



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



UHERSKÝ BROD



Registrační číslo projektu:	CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_024/0006253
Název projektu:	Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu
Název příjemce:	Česká asociace pečovatelské služby, zapsaný spolek

**Analýza výchozího stavu před realizací projektu
„Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního
komunitního modelu“**

Závěrečná zpráva z dotazníkového šetření mezi pečujícími osobami

Pavel Bareš

Obsah

1.	Úvod.....	2
2.	Přehled zjištěných poznatků.....	4
2.1.	Hlavní charakteristiky pečujících osob, osob, kterým je poskytována péče, poskytované péče a zajišťovaných činností	4
2.1.1.	Údaje o pečující osobě a její domácnosti	4
2.1.2.	Údaje o osobě (osobách), které (kterým) je poskytována péče	21
2.1.3.	Údaje o poskytování péče.....	28
2.1.4.	Charakteristika činností při poskytování péče.....	45
2.1.5.	Vybrané otázky týkající se hodnocení vlastní osobní a sociální situace....	67
2.2.	Reflexe poskytování péče a služeb pečujícími osobami	71
2.2.1.	Hodnocení poskytované péče a podmínek pro její poskytování	72
2.2.2.	Hodnocení možnosti uspokojení dalších přání a potřeb příjemců péče	86
2.2.3.	Využívání služeb pečujícími osobami a zjišťování informací o nich.....	90
2.2.4.	Hodnocení nabídky služeb, na které se může pečující obracet	103
3.	Shrnutí hlavních zjištění	114
	Seznam příloh	120

1. Úvod

Tato zpráva shrnuje poznatky získané v rámci prvního dotazníkového šetření mezi pečujícími osobami (dále jen „výzkum“) realizovaného v rámci projektu „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu“ (dále jen „projekt“). Tato data byla shromážděna od začátku měsíce února do začátku měsíce května 2018.

Výzkum se uskutečnil v pěti vybraných městech, respektive v obcích ležících ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností těchto měst (dále též „ORP“), z nichž dvě (Havířov a Uherský Brod) představují „pilotní města“ v tom směru, že v nich probíhá pilotní ověřování zkušeností s novým modelem sdílené péče, který byl navržen a vyvinut v rámci projektu. Další tři města (Blansko, Děčín, Frýdek-Místek) jsou „kontrolní skupinou“, tj. městy, ve kterých byly v rámci dotazníkového zjišťování totožné informace, jako u předchozí skupiny pilotních měst i přesto, že v nich model sdílené péče navržený v tomto projektu není implementován.

Projekt je přitom koncipován tak, že v závěru roku 2018 bude realizováno druhé dotazníkové šetření mezi pečujícími osobami s cílem získat poznatky o tom, jaká je v pilotních městech situace v oblasti sdílené péče po zavedení a několikaměsíčním fungování nového modelu a jaká je ke stejnému datu situace v této oblasti v kontrolních městech. Následné porovnání poznatků z obou šetření pak umožní zjistit, zda během sledovaného období došlo v pilotních a v kontrolních městech ke změně situace a bude možné zachytit to, jaký podíl na těchto změnách lze přičítat novému modelu sdílené péče uplatňovanému v pilotních městech (jako hlavní dopady fungování nového modelu sdílené péče lze zjednodušeně řečeno vnímat především ty změny, které budou v období mezi oběma dotazníkovými šetřeními zaznamenány pouze v pilotních městech, ale ke kterým v tomto období nedojde v kontrolních městech).

Záměry uvedené v předchozím odstavci bude přirozeně možné realizovat až po uskutečnění druhého dotazníkového šetření. Tato zpráva tedy sleduje „poněkud skromnější“ cíl, a to podrobnější zachycení výchozí situace v pilotních a kontrolních městech. Poznatky obsažené v této zprávě tak sice nemohou jakkoli hodnotit efekty nového modelu sdílené péče, i tak ale poskytují velké množství poznatků, které jsou velmi důležité pro realizaci tohoto projektu – v rámci výzkumu se totiž podařilo shromáždit poznatky o situaci pečujících osob, které lze využít při snaze o nastavení některých důležitých parametrů nového modelu sdílené péče tak, aby co nejlépe vycházel vstříc potřebám pečujících osob, osob, kterým je poskytována péče, i dalším významným aktérům, kterých se toto téma dotýká (obce, organizace poskytující zdravotní péči, sociální služby atd.). Některé poznatky, které z tohoto šetření vyplynuly, již takto využity dokonce byly, neboť této zprávě předcházelo vyhodnocení prvních průběžných výsledků pouze za vybrané město (respektive příslušný správní obvod obce s rozšířenou působností) a již tyto první výstupy z výzkumného šetření se ukázaly v mnoha ohledech jako velmi cenné a inspirativní. Jak již bylo uvedeno, tato zpráva shrnuje a srovnává výsledky ze všech pěti sledovaných měst a na rozdíl od prvního vyhodnocení průběžných výsledků již představuje ucelený výstup z provedeného dotazníkového šetření.

V této zprávě (stejně jako i v následující zprávě, jež shrne výsledky druhého dotazníkového šetření a porovnává je s výsledky prezentovanými v této zprávě) budou samostatně sledovány a vzájemně porovnávány výsledky získané v každém z obou pilotních měst a společné výsledky za všechna města z kontrolní skupiny.¹ Důvodem

¹ Vzhledem k tomu, že pro tuto i pro následně plánovanou analýzu je stěžejní právě rozlišení a porovnání skupiny kontrolních měst a obou pilotních měst, je v této analýze kvůli větší srozumitelnosti textu zpravidla používáno zjednodušení označení „kontrolní města“ a „pilotní města“, případně je řeč o „Havířovu“ a „Uherském Brodě“, nikoli o správních obvodech ORP kontrolních a pilotních měst, případně o správních obvodech obou jmenovaných pilotních měst. **Ve všech případech, kdy je přímo použit pojem „město“ nebo je přímo uvedené příslušné pilotní město, tak text odkazuje vždy na situaci v celém příslušném správním**

samostatného sledování poznatků v obou pilotních městech je především to, že v každém z těchto dvou měst je pilotovaný inovativní model sdílené péče uzpůsoben specifickým podmínkám těchto měst a v každém z těchto měst bude implementována jedna ze dvou navržených variant pilotovaného modelu. Zároveň budou v této zprávě prezentovány souhrnné výsledky ze všech pěti měst. Cílem některých podrobnějších vyhodnocení ale vzájemné srovnání pilotních a kontrolních měst nebude. U těchto podrobnějších rozborů budou uvedeny pouze údaje za celý zkoumaný vzorek.

Text této zprávy je rozdělen na dvě části. V první z nich jsou popsány nejdůležitější klíčové charakteristiky dotazovaných pečujících osob a osob, kterým je poskytována péče, včetně bližší charakteristiky poskytované péče a okruhu konkrétních činností, které pečující osoby nebo jiné osoby při poskytování péče zajišťují. Tato první část zprávy je tedy spíše popisná - zaměřuje se na popis důležitých „výchozích“ parametrů, které je ale velmi potřebné reflektovat proto, že na nich do značné míry závisí charakter dalších odpovědí respondentů. Naproti tomu, ve druhé části zprávy jsou prezentovány poznatky zachycující vlastní osobní stanoviska dotázaných a hodnocení vybraných klíčových aspektů týkajících se poskytování péče. V této části tak jsou prezentovány poznatky týkající se více hodnocení vlastní osobní situace pečující osoby, hodnocení podmínek pro poskytování péče nebo téma využívání různých služeb nebo jiných forem podpory a jejich hodnocení. Popsané rozdělení zprávy do těchto dvou kapitol do značné míry vyplynulo i z rozdělení a řazení tematických bloků, které byly zjišťovány otázek v dotazníku (v rámci první části této zprávy jsou prezentovány otázky zařazené v dotazníku do tematických bloků A-E a v druhé části zprávy otázky spadající do tematických bloků F-I)

obvodu (v případě pilotních měst), **respektive ve všech příslušných správních obvodech** (v případě kontrolních měst).

V textu je v některých případech alternativně používán také pojem „region“. Jeho výhodou je, že implicitně odkazuje i na obce ve správním obvodu příslušné obce s rozšířenou působností, nevýhodou naopak to, že správní obvody obcí s rozšířenou působností, které jsou chápány jako kontrolní, nejsou jednotným regionem, ale třemi různými regiony. Při popisu obecnějších souvislostí, ve shrnutích hlavních poznatků, případně v dalších kontextech, v nichž nebylo účelné, rozlišovat „kontrolní města“ a „pilotní města“, tak byl i přes uvedenou nepřesnost preferován právě pojem region (označení „typ regionu“ by v tomto směru vhodnější nebylo, protože správní obvody ORP Havířov i Uherský Brod naopak kategorii „region“ zcela odpovídají a bylo by u nich naopak matoucí hovořit o „typech regionů“). Označení „region“ a „sledovaná města“ tak jsou v tomto textu chápána jako synonymická.

Odlišný způsob pro označování a rozlišení sledovaných území byl zvolen pouze při úvodní charakteristice zkoumaného vzorku, kdy byl preferován větší důraz na přesnost vyjádření a bylo proto používáno nezkrácené sousloví „místo (dle obce s rozšířenou působností)“, a také při vyhodnocení otázky dotazníku, jež zjišťovala, zda dotázaný bydlí přímo v dotazované obci s rozšířenou působností nebo v některé z obcí nacházejících se v jejím správním obvodu.

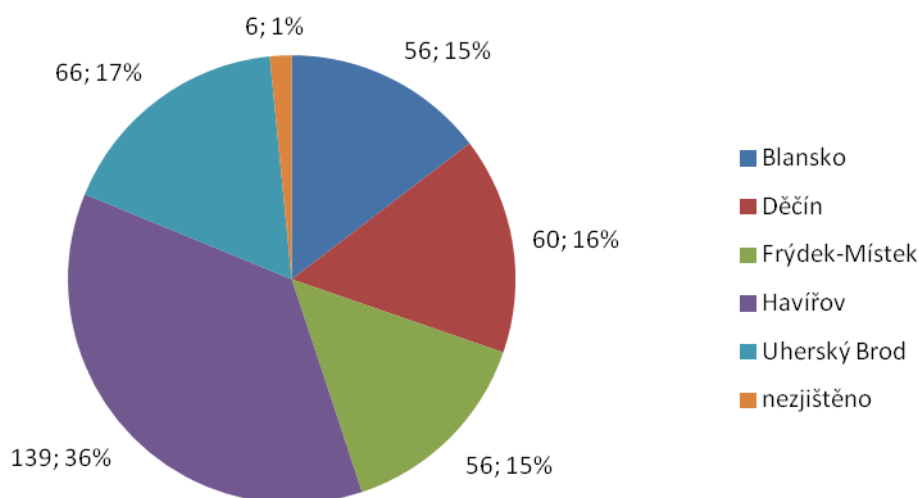
2. Přehled zjištěných poznatků

2.1. Hlavní charakteristiky pečujících osob, osob, kterým je poskytována péče, poskytované péče a zajišťovaných činností

2.1.1. Údaje o pečujících osobě a její domácnosti

V rámci výzkumného šetření bylo **shromážděno celkem 383 dotazníků**, ale v šesti případech nebylo uvedeno místo (dle obce s rozšířenou působností), ve kterém byl dotyčný respondent dotazován.² Do dalšího vyhodnocení tak bylo zahrnuto 377 dotazníků, z nichž téměř dvě pětiny byla získány v městě Havířov. Počet dotazníků získaných v dalších čtyřech městech byl zcela srovnatelný a pohyboval se mezi 15 a 18 %. Pečující z kontrolních měst (tj. Blanska, Děčína a Frýdku-Místku) reprezentovali celkově 46 % z celkového počtu dotázaných. Pečující z kontrolních měst (tj. Blanska, Děčína a Frýdku-Místku) reprezentovali celkově 46 % z celkového počtu dotázaných.

Graf č. 1: Místo (dle obce s rozšířenou působností) dotazování



Tabulka č. 1 - Počet a podíl dotazníků podle města po vyřazení neplatných odpovědí

ORP	četnost	v %
Blansko	56	15%
Děčín	60	16%
Frýdek-Místek	56	15%
Havířov	139	37%
Uherský Brod	66	18%
celkový počet	377*	100%

* Pozn.: 6 dotazníků s chybějícím údajem o místě/ORP není v tomto ani v dalších srovnáních již sledováno.

² Viz otázka č. 4 dotazníku – město nebo obec reprezentované respondentem.

Pro posílení výpovědní hodnoty údajů shromážděných v pilotních a kontrolních městech bylo při sběru dat věnována pozornost **struktuře osídlení příslušného regionu**.³ Z tohoto důvodu byl pro kontaktování respondentů navržen doporučený postup, jehož cílem bylo zajistit, aby byl v pilotních i kontrolních městech dotázán podíl osob, které žijí přímo v dotazované ORP z celkového počtu osob dotázaných v příslušném správním obvodu obce s rozšířenou působností (dále jen „SO ORP“), který se nebude výrazně lišit od podílu obyvatel příslušné ORP z celkového počtu obyvatel příslušného SO ORP vypočteného na základě aktuálně dostupných statistických údajů o počtu obyvatel.

Je zřejmé, že podíl počtu obyvatel ORP z celkového počtu obyvatel SO ORP zdaleka neimplikuje, že v příslušném správním obvodu bude stejně vysoký i podíl osob pečujících osob žijících v ORP z celkového podílu pečujících osob v daném regionu. Takový údaj ale není možné získat a ani sledování obdobného podílu např. u osob starších 75 let nelze v tomto směru brát jako dostatečně vhodné (lze sice předpokládat, že s vyšším počtem osob ve vyšším věku bude růst i potřeba péče, ale péče není poskytována výhradně z důvodu věku, navíc v tomto případě se zase podstatně snižují absolutní počty osob, ze kterých by měl být podíl osob žijících v ORP vypočten, a zvyšuje se tak možnost, že výsledný poměr ovlivní různé další náhodné vlivy).

Jak ukazuje následující srovnání, v kontrolních městech i v obou pilotních městech se podíl dotazníků od obyvatel ORP z celkového počtu obyvatel příslušného (příslušných) SO ORP lišil jen velmi málo od orientačního podílu počtu obyvatel ORP z celkového počtu obyvatel SO ORP. Lze tedy předpokládat, že struktura dotázaných velmi dobře odpovídá struktuře osídlení příslušného regionu z hlediska podílu obyvatel žijících ve správním centru příslušného SO ORP. V kontrolních a ani v jednom z pilotních měst tak nelze předpokládat, že by se vzorek dotázaných osob mohl v určitém ohledu zásadně lišit od (spíše hypoteticky uvažované)⁴ úplné skupiny všech pečujících osob žijících na příslušném území.

Tabulka č. 2 – Podíl obyvatel žijících v obci s rozšířenou působností z celkového počtu obyvatel správního obvodu obce s rozšířenou působností – srovnání situace na příslušném území a charakteristik vzorku

	podíl obyvatel ORP z celkového počtu obyvatel SO ORP na daném území*	zkoumaný vzorek
kontrolní města (N=172)	52%	54%
Havířov (N=136)	83%	85%
Uherský Brod (N=66)	32%	41%
celkem (N=374)	56%	63%

Zdroj: ČSÚ, údaje o počtu obyvatel ORP a SO ORP k 31.12.2016, vlastní výpočet.

Další dvě klíčové sledované charakteristiky respondentů se týkaly **doby, po kterou poskytují péči**.⁵ Vzhledem k tomu, že rozsah péče, kterou je potřebné příjemci péče věnovat, se u osob, které jí poskytují delší dobu, mění, respektive lze předpokládat, že se měnil, byly ve výzkumu zjišťována jak celková doba, po kterou pečující poskytuje péči příjemci péče⁶, tak také doba, po kterou dotázaný poskytuje péči v současném rozsahu. Tento druhý údaj bylo nezbytné zjišťovat proto, že i další otázky dotazníku zaměřené na charakteristiku péče se týkaly péče, kterou dotázaný poskytuje v současnosti. Tento údaj tedy o vzorku zkoumaných osob vypovídá lépe, protože na rozdíl od prvního

³ Viz otázka č. 5 dotazníku – upřesnění místa bydliště respondenta.

⁴ Vzhledem ke specifitě cílové skupiny pečujících osob patrně není možné u této cílové skupiny v rámci dotazníkového šetření patrně oslovit všechny její zástupce, respektive nelze patrně žádným způsobem zjistit, jaký je celkový počet všech zástupců této cílové skupiny na určitém území (tj. dokonce ani v případě hypotetického faktického dotázání úplně všech jejích zástupců na daném území stále nebude možné jakkoli doložit, že skutečně jedná o všechny tyto osoby na daném území).

⁵ Viz otázka č. 1 dotazníku „Jak dlouho poskytujete péči osobě nebo osobám, které jsou na této péči závislé?“

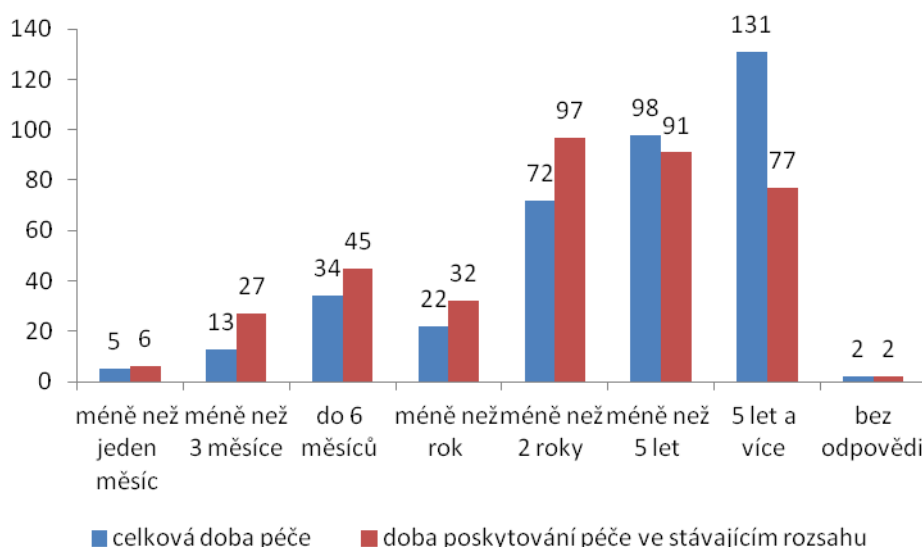
⁶ Tj. časový úsek mezi současností a dobou, kdy se dotázaný začal pravidelně věnovat péči o další osobu nebo osoby nejméně tři hodiny týdně.

jmenovaného údaje je porovnatelný s dalšími zjišťovanými charakteristikami pečujících osob, příjemců péče, charakteristik péče nebo jejího hodnocení. Nicméně, i bez ohledu na to, že jde o údaj, který je zjišťován za stejné období, jako ostatní charakteristiky péče, je samozřejmě potřebné tento údaj sledovat, protože je klíčovou charakteristikou pečující osoby, respektive osoby, jíž je poskytována péče. Z důvodů, které jsou dále uvedeny, je ale potřebné sledovat i celkovou dobu péče.

Více než třetina (35 %) dotázaných reprezentovala osoby, které pečují o další osobu již více než 5 let. Čtvrtina (26 %) dotázaných poskytovala péči 2-5 let a pětina (19 %) 1-2 roky. Méně než rok poskytovala péči jedna pětina dotázaných (20 %). Celkem tři pětiny dotázaných tak poskytovaly péči dva roky nebo déle. Méně než tři měsíce péči poskytovalo pouze 18 dotázaných (4 %).

Co se týče doby péče ve stávajícím rozsahu, tu necelá třetina dotázaných (29 %) poskytovala po dobu kratší než jeden rok. Čtvrtina (26 %) dotázaných osob ji poskytovala 1- 2 roky a další čtvrtina (24 %) 2-5 let. Více než pět let poskytovala péči ve stávajícím rozsahu jedna pětina dotázaných (21 %). Více než dva roky poskytovalo péči ve stávajícím rozsahu celkově 45 % dotázaných. Méně než tři měsíce poskytovalo péči 33 dotázaných (9 %).

Graf č. 2: Počty respondentů podle celkové doby péče a doby péče ve stávajícím rozsahu



Pozn.: V případě chybějícího údaje o době poskytování péče ve stávajícím rozsahu byl doplněn totožný údaj jako u celkové doby péče (dle předpokladu, že nebylo vyplněno, protože se shodují)

Oba tyto údaje je dále vhodné vzájemně porovnat. Jejich srovnáním lze odlišit skupinu osob, které sice péči ve stávajícím rozsahu poskytují kratší dobu, ale mají zkušenost s poskytováním péče v jiném (zpravidla menším) rozsahu, která může být v některých případech i dlouhodobá. **Vzájemný vztah těchto dvou údajů** je tedy užitečné vyhodnotit proto, že lze odůvodněně předpokládat, že situace a potřeby pečujících osob bude odlišná právě toho, jak tyto osoby odpověděly na tyto dvě otázky, tj. podle toho, zda jde o

1. osoby, které poskytují péči celkově ještě relativně krátkou dobu (za tu jsou dále považovány osoby poskytující péči méně než 6 měsíců)
2. osoby, které mají vzhledem k delší celkové době poskytování péče již řadu zkušeností s poskytováním péče, byť ve stávajícím rozsahu ji ještě příliš dlouho neposkytují nebo
3. osoby, které péči ve stávajícím rozsahu poskytují delší dobu (osoby, které péči v tomto rozsahu poskytují dva roky nebo déle).

V prvním případě lze očekávat, že u těchto osob mohou nastat potíže, které např. vyplývají z novosti celé situace nebo nepřipravenosti na ni, může být obtížné zjišťování potřebných informací, orientace v oblasti poskytování patrně bude menší, spíše se mohou objevovat situace jako nejistota nebo strach, že se dotyčnému nepodaří, dobře si osvojit metody usnadňující poskytování péče, zvládat různé nepředvídatelné či konfliktní situace apod.

V případě druhé skupiny osob již lze předpokládat určitou orientaci v dané problematice, ale změna potřeby poskytování péče a s tím spojená změna nároků na pečující osoby jsou pro tuto skupinu novou výzvou, před kterou jsou postaveni a jejíž řešení může přinášet řadu situací, které jsou pro dotyčnou osobu nové nebo obtížně řešitelné. Podobně jako v prvním případě se může objevovat potřeba „nově uspořádat“ vlastní život a denní program. A i přesto, že tato pečující osoba již patrně svůj harmonogram dříve určitým způsobem uzpůsobila tomu, že poskytuje péči, a má také již řadu zkušeností s poskytováním péče, může být tato osoba ve velmi podobně náročné a stresující situaci, jako osoby, které péči poskytují krátkou dobu.

Ani u poslední skupiny osob (tj. osob, které péči poskytující již delší dobu v určitém rozsahu) patrně není možné vyloučit, že bude potřebné, vypořádat se s určitou zcela novou situací. Pakliže nedojde u příjemce péče ke změně její situace a potřeba péče se dále nezvýší a ani nedojde u pečující osoby k nějaké zásadní změně její životní situace (ztráta zaměstnání, zhoršení vlastního zdravotního stavu nebo zdravotního stavu osoby, se kterou společně dotýčný poskytuje péči apod.), lze předpokládat spíše to, že potřeba vypořádat se s novými situacemi bude u těchto osob nastávat již jen poměrně výjimečně. U této skupiny se ale daleko významnější otázkou stávají možné dopady toho, že péče je poskytována dlouhodobě. Tato okolnost se bezpochyby týká i některých pečujících osob zařazených do druhé skupiny, ale až v případě této třetí skupiny lze tuto souvislost vnímat jako typické riziko, případně příznačný rys, který může být charakteristický pro situaci těchto osob obecněji (a to i tehdy, když je péče poskytována i třeba v menším rozsahu, protože pečující osoba je i v takovémto případě dlouhodobě vystavena zvýšeným nárokům).

Toto rozlišení je přirozeně velmi schematické, protože u osob, které uvedly rozdílnou dobu poskytování péče ve stávajícím rozsahu a celkovou dobu péče, nebylo dále zjišťováno, zda byla změna rozsahu péče výrazná či nikoli. Ve většině případů lze u těchto osob předpokládat, že se jednalo o změnu, která životní situaci pečující osoby ovlivnila velmi výrazně, ale tento předpoklad se rozhodně nemusí týkat všech těchto osob. Jinými slovy, určitá část osob, které celkově péči poskytují delší dobu, ale ve stávajícím rozsahu ji poskytují jen krátce, se svými charakteristikami může blížit třetí uvedené skupině.

Zároveň je u této druhé skupiny bezpochyby důležitý také rozdíl mezi dobami péče, které v každé z odpovědí dotýčný uvedl: ve velmi odlišné situaci (natolik, že je možné, každou z nich v rámci popsaného rozlišení zařadit do jiné skupiny) budou patrně osoby, které ve stávajícím rozsahu poskytují péči tři měsíce a celkově šest měsíců (jejich situace tak bude podobná spíše osobám zařazeným do první skupiny), osoby, které ve stávajícím rozsahu poskytují péči tři měsíce a celkově ji poskytují více než 2 roky (druhá skupina) a osoby, které ve stávajícím rozsahu poskytují péči více než dva roky a celkově ji poskytují pět let nebo déle (situace těchto osob může být v určitých ohledech bližší spíše třetí skupině osob než osobám z druhé skupiny). Z těchto důvodů byly při vzájemném srovnání obou odpovědí nejprve rozlišeny tři skupiny osob podle celkové doby péče (osoby poskytující péči méně než 6 měsíců, osoby poskytující péči 6 měsíců až dva roky a osoby poskytující péči dva roky nebo déle). Následně bylo zjištěno, zda se u těchto skupin liší celková doba péče od doby poskytování péče ve stávajícím rozsahu.

V případě skupiny s nejkratší dobou poskytování péče (s celkovou dobou péče do 6 měsíců) nemusí být okolnost, že se rozsah péče změnil, příliš výrazný (tyto osoby patrně

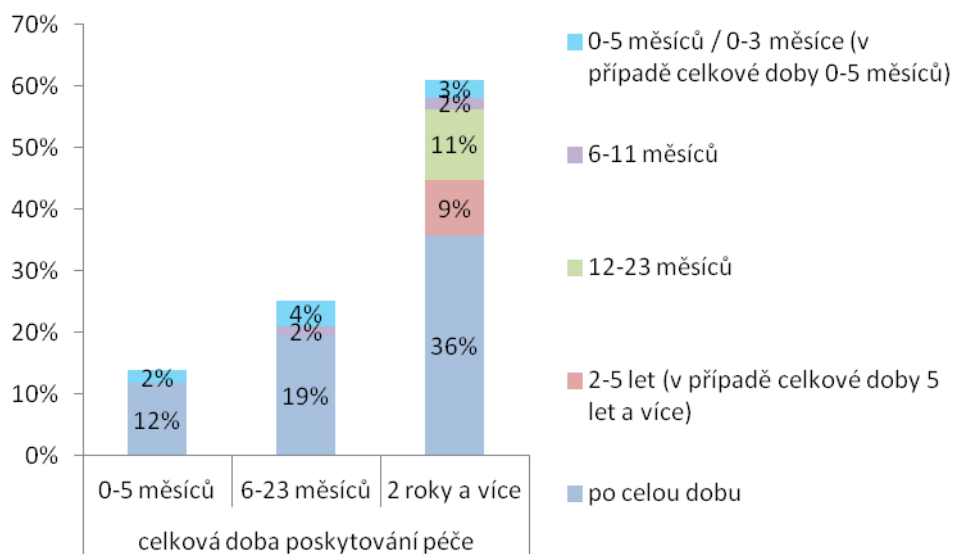
budou v podobné situaci, jako osoby, u kterých je celková doba i doba poskytování péče ve stávajícím rozsahu 6 měsíců). Pro úplnost ale byly rozlišeny i tyto dvě skupiny respondentů. U dalších dvou skupin bylo odlišení těch, u kterých se rozsah péče změnil nezbytností. Zároveň u nich bylo vhodné podrobněji sledovat dobu poskytování péče ve stávajícím rozsahu.

Z provedeného srovnání je potom zřejmé, že nejvíce početnou skupinou osob (36 %) byly pečující, kteří poskytovali péči více než dva roky a rozsah jimi poskytované péče se přitom nezměnil. Dalšími početnými skupinami byly osoby, které péči bez změny rozsahu poskytování péče poskytovaly 6-23 měsíců (19 %), osoby poskytující péči v nezměněném rozsahu 0-5 měsíců (12 %), osoby, které poskytovaly péči více než 2 roky a před jedním až dvěma lety se rozsah jimi zajišťované péče změnil (11 %), a osoby poskytující péči 5 a více let, u kterých se rozsah jimi poskytované péče změnil před 2-5 lety (9 %). Toto srovnání ukazuje, že rozsah péče se u dvou třetin dotázaných vůbec nezměnil (celková doba péče a doba péče ve stávajícím rozsahu se shodovaly) a u další pětiny dotázaných se změnil již před více než rokem.

Po srovnání charakteristik dotázaných s výše popsanou typologií lze konstatovat následující:

- Více než polovinu dotázaných (56 %) je možné jednoznačně přiřadit ke třetí popsané skupině osob (péči poskytují déle než dva roky, většinou po celou dobu ve stejném rozsahu nebo se rozsah jimi poskytované péče změnil před rokem nebo delší dobou).
- Ke skupině osob s již většími zkušenostmi s péčí (u nichž se neměnil rozsah poskytované péče) je možné zařadit také pětinu dotázaných (19 %), kteří měli již půlroční až dvouleté zkušenosti s poskytováním péče, a tato péče byla po tuto dobu poskytována i ve stávajícím rozsahu.
- Druhá skupina pečujících osob, tj. osoby, které charakterizuje sice celkově delší doba poskytování péče, ale ve stávajícím rozsahu je péče poskytována méně než rok, je jen málo početná (5 % u osob s dobou péče 2 a více let a 6 % u „hraniční“ skupiny s celkovou dobou poskytování péče 6-23 měsíců).
- Podíl dotázaných reprezentujících první skupinu osob, tj. osoby, které mají relativně krátkou zkušenost s poskytováním péče (do půl roku), byl 14 %.

Graf č. 3: Stávající rozsah péče podle celkové doby poskytování péče respondentem

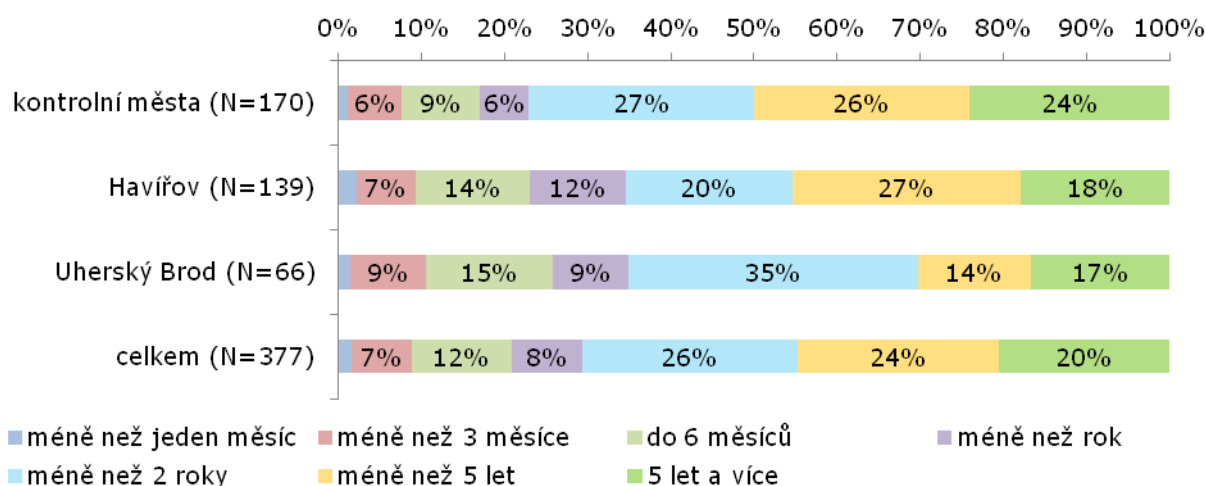


Více než dva roky poskytovalo péči ve stávajícím rozsahu celkově 45 % dotázaných. Méně než tři měsíce poskytovalo péči 33 dotázaných (9 %). Provedené srovnání ukazuje, že i přes určité odlišnosti byla struktura vzorku v Havířově, Uherském Brodě a

kontrolních městech velmi podobná. V Uherském Brodě i Havířově byl podíl dotázaných poskytujících péči ve stávajícím rozsahu méně než jeden rok zcela srovnatelný (35 %), oproti kontrolním městům, u nichž byl podíl této skupiny respondentů nižší (23 %), a to především díky nižšímu podílu osob, které péči ve stávajícím rozsahu poskytovaly 3-5 měsíců a 6-11 měsíců. Kontrolní města se naopak vyznačovala vyšším podílem respondentů poskytujících péči 5 a více let (24 % oproti 17, Respektive 18 % v pilotních městech).

Struktura dotázaných osob podle doby poskytování péče ve stávajícím rozsahu se mezi oběma pilotními městy lišila pouze v jediném ohledu, a to v podílech respondentů poskytujících tuto péči 1-2 roky (podíl této skupiny byl vyšší v Uherském Brodě, kde byl zjištěný údaj zároveň srovnatelný s údajem za kontrolní města), respektive 2-5 let (podíl této skupiny byl vyšší v Havířově, v tomto případě byl s údajem za kontrolní města srovnatelný naopak údaj za město Havířov). Celkový počet respondentů poskytujících péči ve stávajícím rozsahu 1-5 let byl ale v obou městech zcela srovnatelný (47, resp. 48 %).

Graf č. 4: Doba poskytování péče ve stávajícím rozsahu – pilotní a kontrolní města

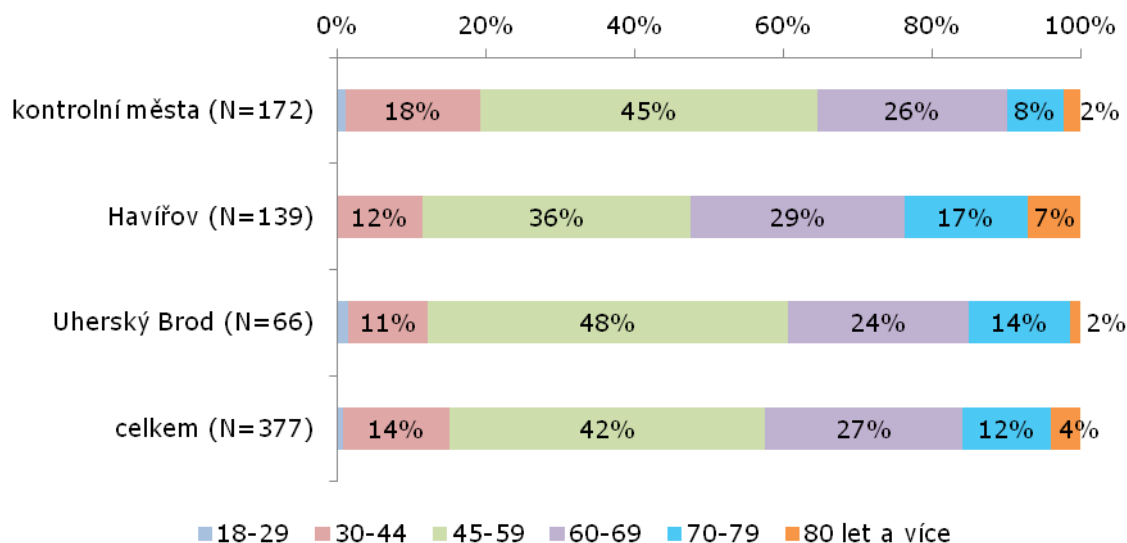


Věková struktura dotázaných pečujících osob⁷ byla v pilotních i kontrolních městech velmi podobná. Nejvíce, přibližně dvě pětiny dotázaných pečujících osob, bylo ve věku 45-59 let, velmi výrazný (více než čtvrtinový) byl také podíl dotázaných pečujících osob věku 60-69 a významná byla i skupina dotázaných pečujících osob ve věku 70 let nebo starších (16 %).

V pilotních městech se věková struktura dotázaných lišila jen minimálně (nižší podíl dotázaných ve věku 45-59 let a vyšší podíl pečujících ve věku 60-69 a 80 a více let v Havířově oproti Uherskému Brodu). V kontrolních městech Byl oproti pilotním městům zaznamenán vyšší podíl respondentů ve věku 30-44 let, nižší v nich byl naopak podíl respondentů ve věku 70-79 let. Celkově ale byla věková struktura respondentů ve sledovaných městech zcela srovnatelná.

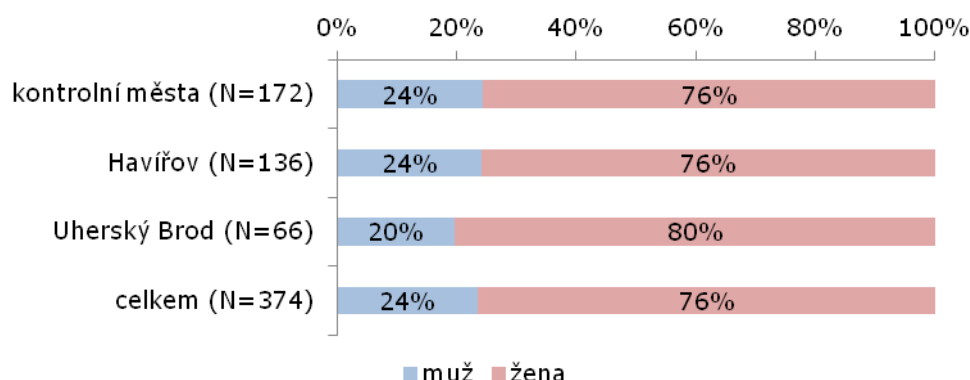
⁷ Viz otázka č. 2 dotazníku – rok narození respondenta.

Graf č. 5 Věková struktura pečujících osob – pilotní a kontrolní města



Ze srovnání dotázaných pečujících osob **podle pohlaví**⁸ bylo patrné, že jak v pilotních městech, tak i v kontrolních městech mezi dotázanými zcela zřetelně převažovaly ženy (tři čtvrtiny všech dotázaných). Podíl mužů byl v Havířově a kontrolních městech čtvrtinový (24 %), v Uherském brodě pětinnový (20 %).

Graf č. 6 – Pohlaví pečujících osob – pilotní a kontrolní města



Pečující osoby reprezentují velmi specifickou skupinu osob, jejíž vyhledání komplikuje řada objektivních překážek a při jejím kontaktování je vhodné kombinovat různé **možnosti kontaktování těchto osob**.⁹ Nejčastější formou kontaktování dotazovaných osob bylo oslovení organizací poskytující sociální služby (rovněž 29 %¹⁰) a kontaktování nebo oslovení ze strany profesionálního pečovatele / pečovatelky (26 %). Další skupinou osob, které respondenty poměrně hojně kontaktovaly, byli rodinní příslušníci těchto osob (15 %). Přibližně desetina dotázaných byla o vyplnění dotazníku požádána na obecním úřadě (11 %) nebo na Úřadu práce (také 11 %). Ve zdravotnických zařízeních byla kontaktována 4 % dotázaných a 5 % dotázaných kontaktovaly jiné osoby (např. přátelé, známí, sousedé apod.).

⁸ Viz otázka č. 3 dotazníku – pohlaví respondenta.

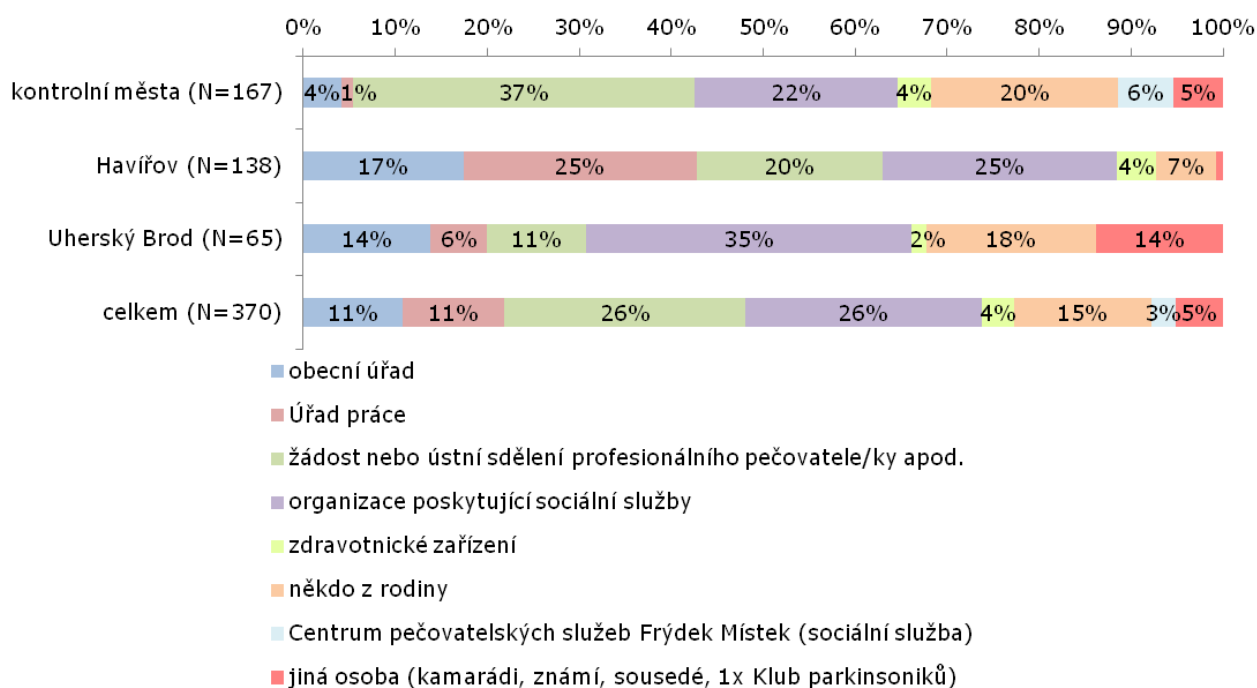
⁹ Viz otázka č. 6 dotazníku „Místo, kde jste byl/a požádán nebo jste se dozvěděl/a o našem aktuálním zájmu o vyplnění dotazníku:“

¹⁰ Z tohoto podílu se ve 3 % případů jednalo o Centrum pečovatelských služeb Frýdek-Místek. Tato organizace je poskytovatelem sociálních služeb, ale jakožto příspěvková organizace města byla v řadě případů samostatně uváděna v možnosti jiné.

V jednotlivých kontrolních a pilotních městech přitom byly možné postupy kontaktování respondentů využívány v různé míře. To je patrné z následujícího grafu, z něhož je zřejmé, že v obou pilotních městech i v kontrolních městech se kanály využitě ke kontaktování respondentů lišily poměrně výrazně.

Pro všechna města je společná patrně pouze méně než pětiprocentní míra využití kontaktů přes zdravotnická zařízení. V obou pilotních městech je pak srovnatelný podíl respondentů, kteří byli kontaktováni přes obecní úřady a také podíl respondentů, kteří byli kontaktováni buďto na základě žádosti nebo ústního sdělení pečovatel/ky, nebo přes organizaci poskytující sociální služby (tyto možnosti lze vnímat jako velmi podobné varianty, při odděleném sledování těchto dvou možností vyhledání respondentů je ale mezi oběma pilotními městy patrný značný rozdíl). V Uherském Brodě a kontrolních městech byl zhruba pětinný podíl respondentů, kteří byli kontaktováni prostřednictvím někoho z rodiny. V Havířově podíl takto oslovených respondentů dosahoval pouze 7 %. Naopak mezi Havířovem a kontrolním městy bylo možné spatřovat shodu v téměř shodném podílu respondentů oslovených přes organizace poskytující sociální služby¹¹. Pro kontrolní města bylo nejtypičtějším způsobem kontaktování respondentů jejich oslovení prostřednictvím pečovatele/ky. V Havířově bylo příznačné vyhledání respondentů přes Úřad práce a v Uherském Hradišti kontaktování respondentů přes organizace poskytující sociální služby a přes jiné osoby (např. kamarádi a známí nebo sousedé).

Graf č. 7 - Způsob či místo kontaktování za účelem vyplnění dotazníku/ způsob či místo získání informace o dotazníku – pilotní a kontrolní města



¹¹ Pozn.: Centrum pečovatelských služeb Frýdek-Místek je organizací poskytující sociální služby, ale jakožto příspěvková organizace města byla v řadě případů samostatně uváděna v možnosti jiné (společně s možností kontaktu přes sociální služby byl tento podíl srovnatelný s příslušným podílem respondentů takto kontaktovaných v Havířově).

Provedené srovnání jasně dokladuje významné odlišnosti při kontaktování respondentů. Jak ale ukazují již uvedená i dále prezentovaná srovnání, struktura vzorku v obou pilotních městech a v kontrolních městech se navzdory tomu z hlediska mnoha klíčových parametrů velmi podobá. Toto konstatování samozřejmě není možné zobecnit tak, že i při využití odlišných způsobů kontaktáže respondentů lze získat velmi podobný vzorek respondentů, faktem ale zůstává, že v případě zde provedeného empirického šetření byl dosažen v tomto směru žádoucí stav, kdy u mnoha důležitých klíčových aspektů existuje mezi dotázanými z jednotlivých sledovaných regionů poměrně značná míra shody. Lze tak říci, že všechny využití postupy vyhledávání respondentů lze i pro chystané druhé dotazníkové šetření považovat za dostatečně relevantní a funkční.

Současně je na tomto místě nutné uvést také to, že některé zjištěné rozdíly mezi dotázanými pečujícími osobami z kontrolních měst a z obou pilotních měst je nutné přičítat primárně různým specifickým regionálním rozdílům v demografické, sociální nebo ekonomické struktuře obyvatel jednotlivých sledovaných regionů (respektive „mixu“ těchto regionálních charakteristik v případě kontrolních měst).

Toto konstatování přitom do značné míry platí i o samotném způsobu kontaktování respondentů, neboť i z výše uvedených dat je patrné, že i některé rozdíly v tomto směru zřejmě odrážejí různé specifické regionální rozdíly. Především vyšší podíl respondentů kontaktovaných přes „někoho z rodiny“ a přes „jiné osoby“, v Uherském Brodě lze patrně spojovat s výraznější úlohou širší rodiny a neformálních sítí v tomto regionu, která je obvykle výraznější ve venkovských oblastech. Pro území SO ORP Uherský Brod je přitom příznačný nejnižší podíl obyvatel žijících v centru správního obvodu z celkového počtu jeho obyvatel (k 31.12.2016 činil tento podíl podle údajů ČSÚ 32 %, i ve zkoumaném vzorku byl nejnižší, kdy dosahoval 41 %). Zároveň se jedná o region nacházející se na jihu Moravy, tedy v oblasti, pro jejíž obyvatele jsou obecně širší rodinné vazby ve srovnání se situací v celé ČR důležitější.

Podobně pak lze interpretovat i nejnižší podíl respondentů kontaktovaných přes rodinné příslušníky a přes jiné osoby v Havířově. Zde naopak většinu obyvatel tvoří obyvatelé správního centra (k 31.12.2016 žilo v centru správního obvodu 83 % jeho obyvatel) respektive obyvatelé správního centra byli v převážné míře mezi dotazovanými osobami (85 % osob dotázaných v tomto regionu žilo v samotné ORP). Obec s rozšířenou působností přitom reprezentuje městské prostředí a současně lze (vzhledem ke vzdálenosti od centra správního obvodu a k počtu obyvatel) jako převážně příměstské prostředí chápat i další čtyři obce ve správním obvodu ORP Havířov (jedna z nich má přímo i status města). Význam širších příbuzenských nebo jiných neformálních vazeb je v tomto prostředí tak naopak nižší.

Odlišný význam podílu dotázaných žijících v centru správního obvodu ve sledovaných regionech se ale přitom nepromítá jen do lišícího se podílu rodinných příslušníků nebo „jiných osob“, přes něž byli respondenti kontaktováni. Nepochybně s ním souvisejí i rozdílné podíly respondentů kontaktovaných na straně jedné přes obecní úřad a Úřad práce a na straně druhé přes profesionální pečovatele/ku a sociální služby. To do značné míry bezpochyby vždy souvisí i s dostupností a rozmístěním služeb v konkrétním regionu, je ale zřejmé, že pro obyvatele správního obvodu, kteří nežijí přímo v obci s rozšířenou působností, je ve většině případů zpravidla poněkud obtížnější kontaktovat pobočku Úřadu práce a že při kontaktování obecního úřadu při řešení jejich sociální situace se budou obracet spíše na pracovníky obcí a obcí s pověřeným obecním úřadem než na pracovníky obce s rozšířenou působností (při realizaci šetření řešitelé spolupracovali ve sledovaných regionech primárně s pracovníky ORP, k pracovníkům obcí nebo obcí s pověřeným obecním úřadem se sice informace o realizaci dotazníkového šetření mohla dostat také, ale tuto možnost lze vnímat jako ne zcela pravděpodobnou, navíc ani při takovémto jejím zprostředkování se již nemuselo podařit přes tyto pracovníky oslovit záměrně o účast v dotazníkovém šetření).

Naproti tomu v případě profesionálních pečovatелů/ek a (zejména terénních) sociálních služeb lze očekávat, že jejich záběr v řadě případů zasahuje různé části regionu. To platilo i o sledovaných regionech, kdy podle dostupných informací byla přinejmenším pečovatelská služba zajišťována nejen v centru správního obvodu, ale i v jeho dalších obcích. Toto se pak přirozeně nejvíce týkalo správního obvodu Uherské Hradiště, který byl ve zkoumaném vzorku regionem s největším podílem obyvatel žijících mimo centrum správního obvodu byl také tvořen velkým počtem malých obcí.

Tyto souvislosti velmi dobře objasňují podstatu zaznamenaných rozdílů v míře kontaktování dotázaných osob prostřednictvím Úřadu práce a obecních úřadů, jež byly zjištěny mezi Havířovem a Uherským Brodem. Avšak nadále tyto souvislosti nepomáhají vysvětlit rozdíly zjištěné u kontrolních měst, u nichž byl podíl osob oslovených přes tyto instituce nižší i než v Havířově. V případě kontrolních měst představovali stěžejní informační kanál profesionální pečovatелé/ky. To může přirozeně souviset s více různými okolnostmi, nejpravděpodobnějším vysvětlením ale v tomto směru patrně bude úzká spolupráce námi oslovených pracovníků obecních úřadů v kontrolních městech s organizacemi poskytujícími sociální nebo zdravotní služby, případně skutečnost, že některá z oslovených měst sama poskytovala terénní sociální nebo zdravotní služby.

Míra využívání jednotlivých komunikačních kanálů při kontaktování respondentů tak velmi závisela i na dalších konkrétních místních podmínkách. Kromě již zmíněné dostupnosti sociálních služeb v regionu a podílu osob, kteří žijí v centru správního obvodu, jsou dalšími důležitými okolnostmi např. také dopravní obslužnost regionu, provázanost a vzájemná spolupráce různých služeb a úřadů, organizační uspořádání služeb zajišťovaných městem (tedy v případě, že se město v této oblasti angažuje), tj. otázka, zda je město přímo jejich poskytovatelem nebo tyto služby poskytuje organizace zřizovaná městem, nebo odlišné pohledy dotázaných na to, zda pečovatele/ky považují za samostatný informační kanál nebo je identifikují s jejich zaměstnavateli (tedy jako zdroj informace uvedou poskytovatele sociálních nebo zdravotních služeb, případně obecní úřad). Ze zjištěných rozdílů ve sledovaných regionech lze přitom odhadovat, že ani poslední uvedná, spíše subjektivní okolnost (tj. otázka individuálního rozhodnutí respondenta mezi odpovědí „pečovatel/ka“ nebo jinou odpovědí) přitom není „čistě individuální“, ale patrně byla v jednotlivých sledovaných regionech velmi silně podmíněna konkrétním kontextem, a to tím, jak obtížné je v příslušném regionu pro respondenty rozlišit pracovníky/ce města, městských organizací, poskytovatelů sociálních služeb a poskytovatelů zdravotních služeb.

Realizované dotazníkové šetření přirozeně neumožňuje podrobnější rozbor těchto otázek (pro vyhodnocení dalších otázek to ale ani není potřebné). Zde předložený rozbor příčin zjištěných rozdílů ve způsobech kontaktování respondentů mezi sledovanými regiony ale jasně ukazuje, že rozdíly mezi regiony co do podílu respondentů kontaktovaných přes jednotlivé informační kanály mají do značné v podstatě přirozené opodstatnění a nelze je vnímat jako okolnost, která by naznačovala, že v jednotlivých regionech byly dotázány kvalitativně odlišné skupiny respondentů. Pokud tedy v dalším textu budou v některých případech konstatovány další významné rozdíly mezi respondenty ze sledovaných regionů, nelze je rozhodně automaticky a v plném rozsahu přičítat odlišnostem ve způsobu kontaktování respondentů. Tento rozbor je vždy potřebné provést samostatně pro každou jednotlivou otázku, u které budou zjištěny rozdíly mezi sledovanými regiony.

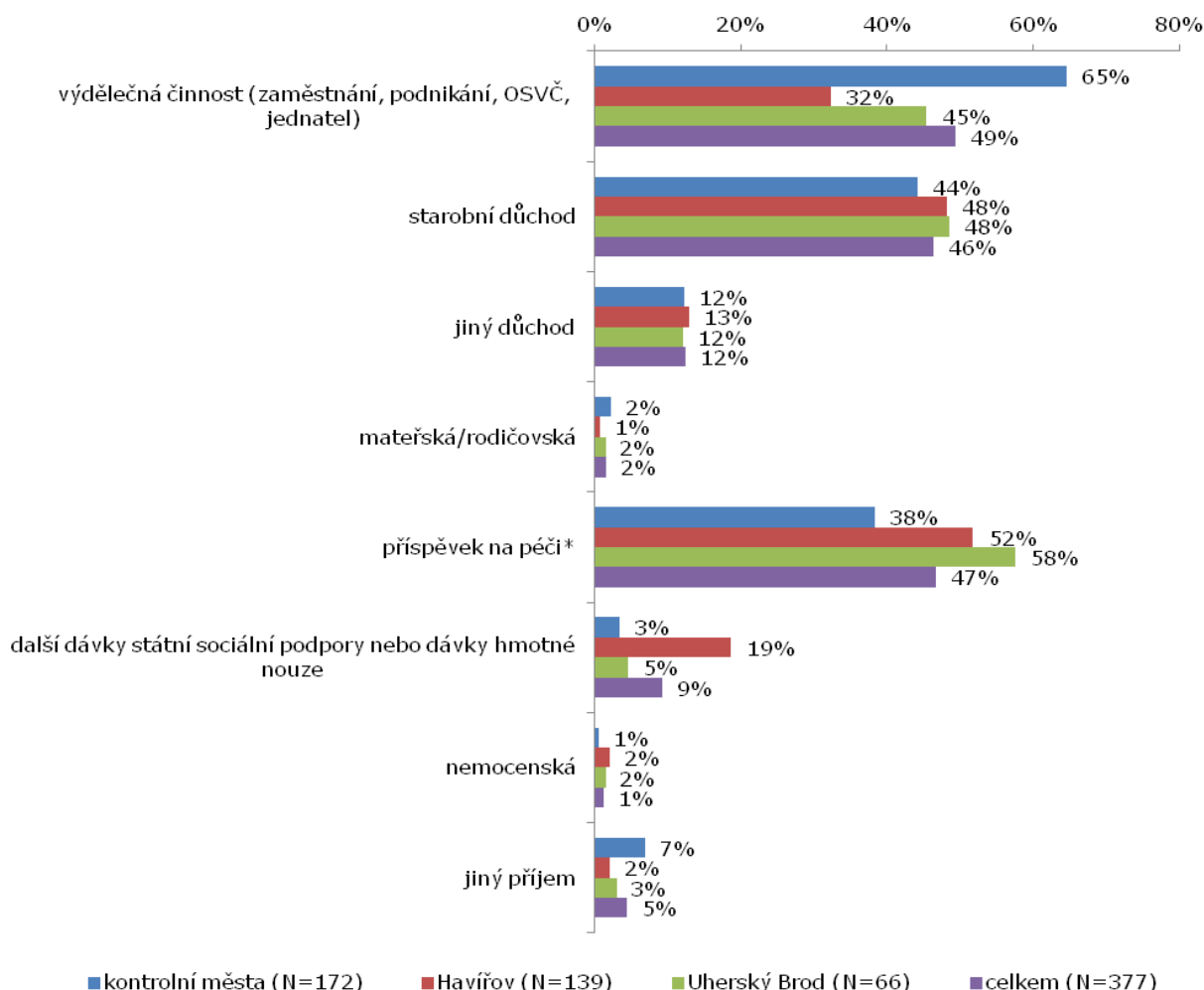
Z těchto důvodů bude u otázek, ve kterých byly mezi sledovanými městy zaznamenány výraznější rozdíly, za úvodním komentářem k datům a za příslušným grafem následovat i i krátký rozbor toho, zda je možné tyto rozdíly dávat do souvislosti se socioekonomickými, demografickými či jinými regionálními charakteristikami, způsobem oslovení respondentů nebo oběma těmito vlivy, případně, zda mohou zjištěné rozdíly souviset s některými dalšími zaznamenanými významnými odlišnostmi mezi respondenty z jednotlivých sledovaných měst.

Z **vyhodnocení struktury příjmů dotázaných**¹² vyplynulo, že polovina všech dotázaných (49 %) měla příjem z výdělečné činnosti. Podíl osob s příjmy z výdělečné činnosti, ze starobního důchodu a z příspěvku na péči byl v celém zkoumaném vzorku zcela srovnatelný (příspěvek na péči pobíralo 47 a starobní důchod 46 % dotázaných).

V případě příjmu z výdělečné činnosti byly mezi pilotními a kontrolními městy zaznamenány značné rozdíly. Nejvyšší podíl osob s příjmem z výdělečné činnosti (65 %) byl zjištěn v kontrolních městech, nejnižší naopak v Havířově (32 %). Také v případě podílu příjemců příspěvku na péči byly zjištěny mezi jednotlivými městy zřetelné rozdíly: nejvyšší byl tento podíl v Uherském Brodě (58 %), v Havířově byla v tomto ohledu situace velmi podobná (příspěvek na péči jako příjem uvedlo 52 % dotázaných), ale u kontrolních měst byl podíl příjemců příspěvku na péči výrazně nižší (38 %).

U starobních důchodů a také u jiných důchodů (ty byly příjmem 12 % dotázaných) v podstatě nebyl mezi sledovanými městy zaznamenán rozdíl. Naopak v případě dávek státní sociální podpory nebo hmotné nouze (jejich příjemcem bylo 9 % dotázaných) byl zřetelně vyšší podíl jejich příjemců mezi dotázanými z Havířova (19 %).

Graf č. 8 – Srovnání podílu příjemců jednotlivých typů příjmu z celkového počtu dotázaných v pilotních a kontrolních městech



* Pozn.: K možnosti „příspěvek na péči“ byla uvedena instrukce, aby byla vybrána jak v případě, že respondent je osobou, které jej poskytuje Úřad práce, tak také v případě, kdy s tímto příspěvkem nebo s jeho podstatnou částí (tj. nejméně ¾ z celkové výše přiznané částky) respondent zpravidla dále nakládá i přesto, že jej Úřad práce zasílá osobě nebo osobám, o které respondent pečuje.

¹² Viz otázka č. 7 dotazníku „Nyní, prosím, v následujícím seznamu zaškrtněte všechny typy příjmů, které se podílejí na Vašem celkovém měsíčním příjmu:“

Zjištěné rozdíly jen do určité míry souvisejí odlišnými s ekonomickými charakteristikami sledovaných regionů. Nejnižší podíl osob s příjmem z výdělečné činnosti byl zaznamenán ve SO ORP Havířov, ve kterém je i nejvyšší podíl nezaměstnaných osob (tento podíl dosahoval k 31.12.2017 hodnoty 8,2 %). S touto okolností patrně může do určité míry souviset i to, že v Havířově byl oproti jiným regionům zaznamenán výrazně vyšší podíl respondentů, kteří jako součást svého příjmu uváděli i další dávky státní sociální podpory nebo hmotné nouze.

V případě srovnání kontrolních měst a SO ORP Uherský Brod ale již nebyla mezi těmito charakteristikami zaznamenána vzájemná souvislost: podíl nezaměstnaných ve SO ORP Uherský Brod dosahoval hodnoty 2,9 %, a podíl nezaměstnaných ve SO ORP Blansko, Děčín a Frýdek-Místek měl (ve stejném pořadí) hodnoty 2,7 %, 5,7 % a 4,3 %). Mezi respondenty z kontrolních měst ale byl, i přes vyšší průměrný podíl nezaměstnaných osob z celkového počtu ekonomicky aktivních osob, podstatně vyšší podíl dotázaných s příjmem z výdělečné činnosti, než tomu bylo v Uherském Brodě. Jednou z okolností, proč je i přesto podíl osob s příjmem z výdělečné činnosti v Uherském Brodě výrazně nižší než v kontrolních městech, by mohla být odlišná skladba dotázaných domácností, kdy v Uherském Brodě byl zjištěn větší podíl rodičů s dítětem (dětmi) nebo jednoho rodiče s dítětem (dětmi) než v obou dalších sledovaných regionech (více viz dále) – u první z těchto možností pak za předpokladu, že respondentem byl právě ten z rodičů, který nemá příjem z výdělečné činnosti.

Podstatně nižší podíl respondentů, kteří jako součást svého příjmu uváděli příspěvek na péči, mezi zástupci kontrolních měst pak souvisel především s tím, že v kontrolních městech pečující poskytovali péči oproti pilotním městům výrazně častěji osobám, které neměly priznaný příspěvek na péči (více viz dále). Právě tuto okolnost lze patrně vnímat i jako nejdůležitější faktor, díky němuž byl mezi respondenty z kontrolních měst zaznamenán i nejvyšší podíl dotázaných s příjmem z výdělečné činnosti.

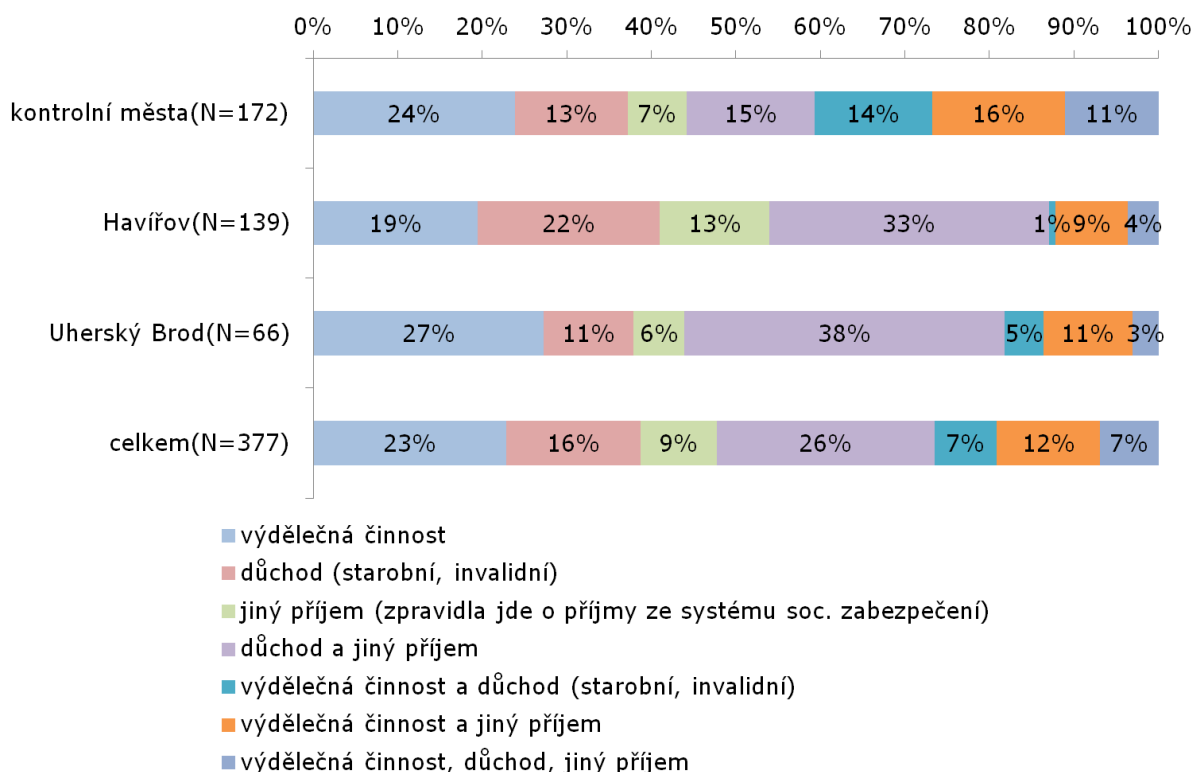
Výrazné rozdíly mezi pilotními a kontrolními městy u výdělečné činnosti a v příjmech, které byly pro účely dalšího vyhodnocení klasifikovány společně jako „jiné příjmy“ (než výdělečná činnost a starobní důchod) byly důvodem značných odlišností mezi sledovanými městy i co se týče podílů dotázaných z hlediska struktury jejich příjmů (výdělečná činnost, starobní důchod, jiné příjmy, vzájemné kombinace těchto tří skupin příjmů).

Zatímco podíly osob, jež měly příjmy pouze z výdělečné činnosti, se ve sledovaných městech výrazněji nelišily, výrazný rozdíl byl zaznamenán v případě souběhu různých typů příjmů v závislosti na tom, zda dotázaný měl nebo neměl kromě jiných příjmů i příjem z výdělečné činnosti.

V kontrolních městech byl podstatně nižší podíl osob, jejichž příjem byl tvořen kombinací starobního důchodu s jiným příjmem (15 % oproti 38 % v Uherském Brodě a 33 % v Havířově). Naopak podstatně častější byla v kontrolních městech kombinace příjmu z výdělečné činnosti s příjmem ze starobního důchodu, s jiným příjmem nebo s oběma těmito typy příjmů (celkem 41 % dotázaných z kontrolních měst, oproti 19 % v Uherském Brodě a 14 % v Havířově). Největší byl tento rozdíl v případě souběhu důchodu s výdělečnou činností (14 % v kontrolních městech oproti 1 % v Havířově a 5 % v Uherském Brodě), jasně patrný byl ale také u podílu osob, které disponovaly současně příjmy z výdělečné činnosti, starobního důchodu a jinými typy příjmů (11 % oproti 4 % v Havířově a 3 % v Uherském Brodě).

Nejvyšší podíl osob, jejichž příjmem byl pouze starobní důchod, a osob, které měly pouze jiné příjmy než příjem z výdělečné činnosti nebo starobní důchod, byl zaznamenán v Havířově (celkový podíl osob v těchto dvou kategoriích dosahoval v Havířově hodnoty 35 %, zatímco v kontrolních městech 20 a v Uherském Brodě 17 %).

Graf č. 9 – Podíly respondentů dle struktury jejich příjmů v pilotních a kontrolních městech



Dvě třetiny (66 %) dotázaných uvedly, že alespoň jedna **osoba, která byla příjemcem péče, byla členem jejich domácnosti**.^{13, 14} Tento podíl byl zcela srovnatelný ve všech sledovaných městech (kontrolní města 65 %, Havířov 68 % a Uherský Brod 62 %).

Ze **srovnání počtu členů domácnosti**¹⁵ vyplynulo, že polovina (49 %) dotázaných žila ve dvoučlenné domácnosti, jedna čtvrtina (24 %) v domácnostech tříčlenných. Ve sledovaných městech byla skladba domácností z hlediska počtu členů u dotázaných osob v řadě ohledů zcela srovnatelná. I tak ale byly patrné dva významné rozdíly mezi oběma pilotními městy, kdy v Uherském Brodě dosahoval podíl domácností s pěti a více členy 17 %, zatímco v Havířově pouze 3 % a naopak, v Uherském Brodě bylo dotázáno 35 % osob žijících ve dvoučlenných domácnostech, zatímco v Havířově 58 %. Podíly dvoučlenných i pětičlenných domácností v kontrolních městech představovaly ve srovnání s Havířovem i Uherským Brodem střední hodnoty (11, respektive 48 %). V případě podílů

¹³ Viz otázka č. 8 dotazníku „Je osoba, o kterou pečujete, (v případě, že pečujete o více osob, jedna nebo více těchto osob) členem Vaší domácnosti?“

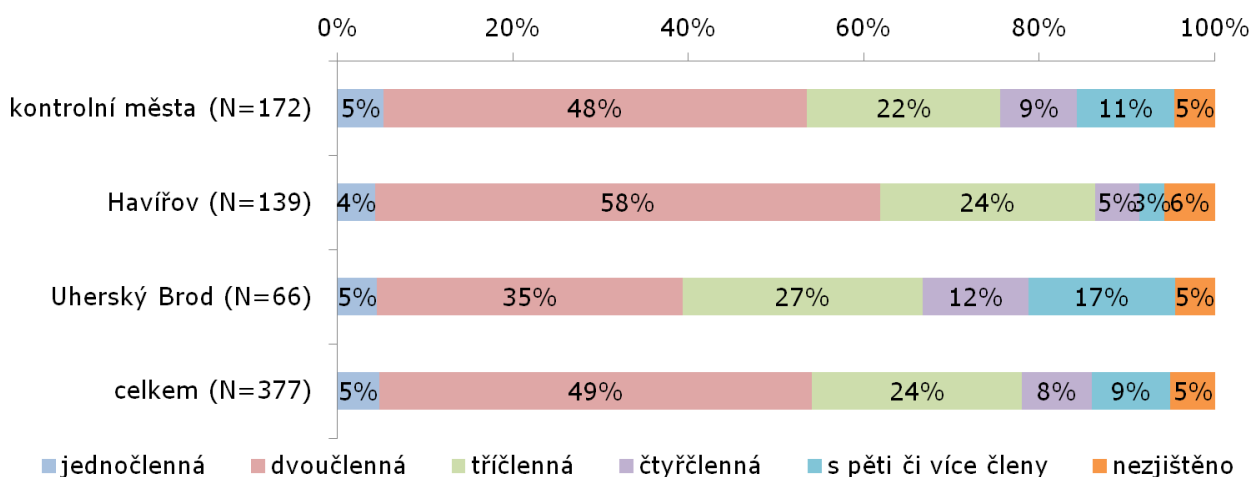
¹⁴ Otázka, zda je pečující osoba členem domácnosti, byla sledována proto, že je třeba ji vnímat nejen jako důležitý deskriptivní znak umožňující popsat základní charakteristické rysy dotazovaných pečujících osob (podobně jako např. věk a pohlaví pečující osoby nebo počet členů domácnosti), ale také jako významný faktor, který může mít značný vliv na nároky spojené s péčí o osobu, již je péče poskytována. V případě, že je příjemce péče členem domácnosti pečující osoby, lze totiž předpokládat poněkud nižší nároky na péči, např. v tom směru, že je snazší zkontrolovat, zda je příjemce péče fyzicky a psychicky v pořádku a jsou uspokojeny jeho potřeby, také není nutné při zajištění péče samostatně organizovat dopravu při poskytování stravy pečující osobě a celkově lze předpokládat nižší časové nároky v důsledku toho, že není nutné za příjemcem péče docházet nebo dojíždět. Z těchto důvodů představuje otázka, zda je příjemce péče členem domácnosti, okolnost, která signalizuje míru náročnosti úkonů spojených s poskytováním péče. Některé další okolnosti (např. výše příspěvku na péči priznaného příjemci péče či věk příjemce péče) sice o náročnosti těchto úkonů vypovídají ještě významněji, je ale zřejmé, že i tak patří mezi důležité determinanty, jež se mohly promítnout do následného subjektivního hodnocení náročnosti poskytované péče vyjádřené dotazovanými osobami či jiných výpovědí respondentů.

¹⁵ Viz otázka č. 9 dotazníku „Vyjmenujte, prosím, osoby, které s Vámi žijí ve společné domácnosti (např. manžel, partnerka, matka, tchán, vnučka, jiný příbuzný, jiná než příbuzná osoba atd.; v případě že je členem Vaší domácnosti více osob z určité skupiny, uveďte prosím také jejich počet - 2 sestry apod.):“

respondentů z dalších typů domácností (tj. jednočlenných, tříčlenných a čtyřčlenných) byly rozdíly mezi všemi sledovanými městy již velmi malé.

Celkově pak z provedeného srovnání vyplývá, že nejpočetnější domácnosti byly v průměru v Uherském Brodě (průměrná velikost domácnosti 3,14 osoby), následovala kontrolní města (průměrně 2,72 členů na jednu domácnost) a Havířov (průměrně na jednu domácnost připadalo 2,43 členů). Srovnání samotných získaných průměrných hodnot pak ukazuje, že zatímco mezi Uherským Brodem a kontrolními městy na straně jedné a kontrolními městy a Havířovem na straně druhé nelze zjištěný rozdíl vnímat jako příliš markantní, mezi Havířovem a Uherským Brodem se ale již průměrný počet členů domácnosti liší poměrně výrazně, byť i v tomto případě se velikosti domácností stále lišily v průměru o méně než jednu osobu.

Graf č. 10 – Podíl dotázaných podle počtu členů domácností – pilotní a kontrolní města

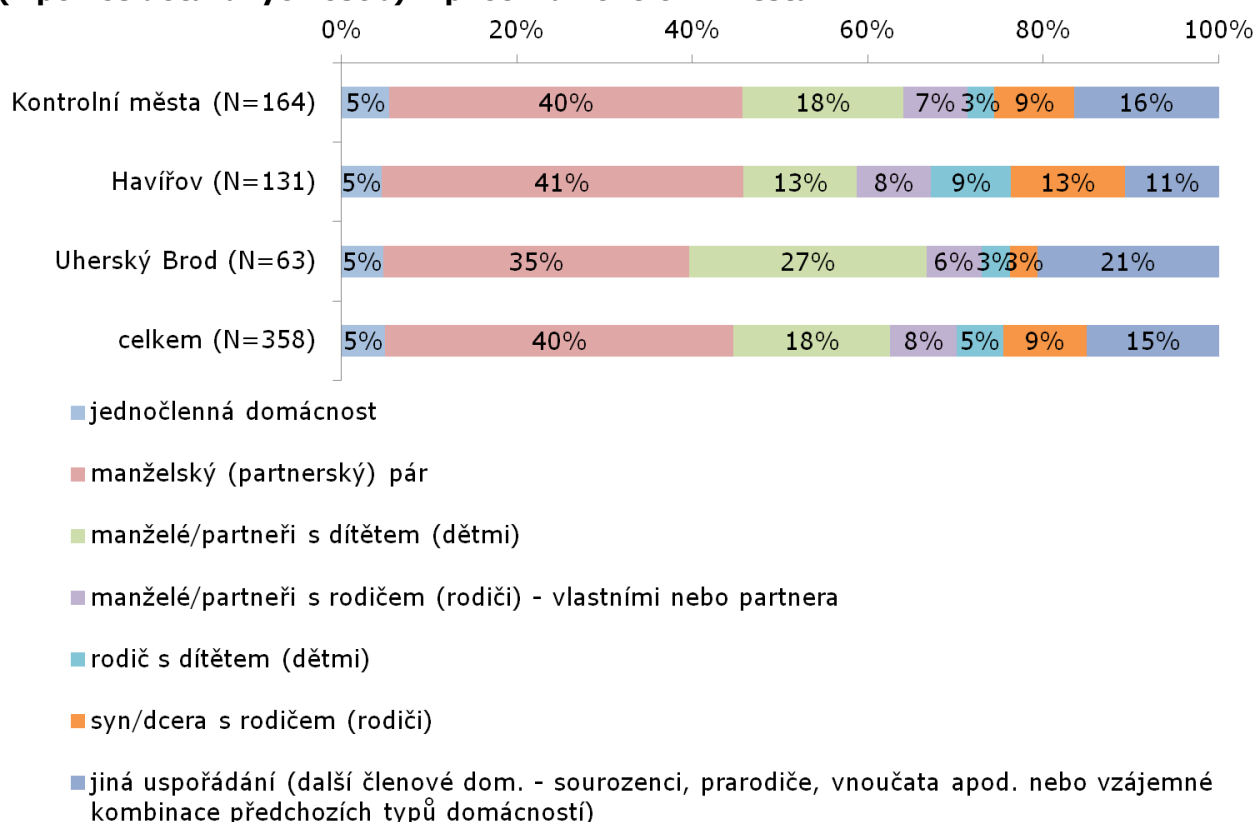


Zjištěné rozdíly v počtech členů domácností v jednotlivých sledovaných regionech bezpochyby, patrně vyplývají, podobně jako tomu bylo v případě rozdílů týkajících se způsobu kontaktování respondentů, do značné míry z toho, že v jednotlivých regionech se lišil podíl obyvatel žijících přímo v centru správního obvodu (u nichž lze předpokládat nejen již zmiňovaný nižší význam rodinných vazeb, ale i menší počty domácností s více členy).

Kromě rozdílného podílu osob žijících v centru správního obvodu je z podstatné části důvodem těchto rozdílů i lišící se charakteristika rodin žijících na celém území jednotlivých sledovaných správních obvodů. Pro potřeby tohoto porovnání byly vypočteny orientační průměry z údajů o zhruba 99,5 % domácnostech v každém ze sledovaných regionů. Ze srovnávaných údajů ze Sčítání lidu, domů a bytů 2011 totiž bylo nutné ve všech regionech vyřadit údaje o domácnostech o 7-30 členech, jež jsou v rámci dostupných statistik sloučeny a nelze je proto pro výpočet průměrného počtu členů domácnosti využít. Dále uvedené údaje tak byly vypočteny pouze pro rodiny s 1-6 členy a o průměrném počtu členů domácností nevypovídají (dále prezentovaný průměrný údaj je nižší, než by byl v případě, že by bylo možné vypočíst průměr za všechny domácnosti), ale pro orientační srovnání jsou zcela postačující. I z tohoto srovnání vyplynul nejvyšší průměrný počet členů domácnosti v Uherském Brodě (průměrný počet členů, vypočtený z 99,3 % údajů o domácnostech s 1-6 členy, byl 2,56 člena na jednu domácnost), následovala kontrolní města (průměr za 99,4 % domácností s 1-6 členy měl hodnotu 2,32) a nejnižší byl průměrný počet členů domácnosti v Havířově (pro 99,6 % domácností s 1-6 členy činil průměrný počet členů domácnosti 2,21). Toto srovnání ukazuje, že i obecně (za celý správní obvod) je regionem s nejpočetnějšími domácnostmi Uherský Brod a regionem s nejméně početnými domácnostmi Havířov. Rozdíly jsou sice menší, než je tomu u zkoumaného vzorku, ale to může odrážet i to, že do srovnání nebylo možné zahrnout domácnosti se sedmi či více členy.

Nejčastějším **typem domácnosti**¹⁶ byly domácnosti tvořené manželskými nebo partnerskými páry (40 %). Druhým nejčastějším uspořádáním (18 %) byly domácnosti tvořené manželskými (partnerským) párem s dítětem nebo dětmi. Toto uspořádání domácnosti bylo nejčastěji (u 27 % dotázaných) zaznamenáno v Uherském Brodě a nejméně často v Havířově (13 %). V Uherském Brodě byl také zjištěn nejvyšší podíl různorodých uspořádání domácnosti (21 %).¹⁷ Podíl těchto domácností byl opět nejnižší v Havířově (11 %). Naopak méně často (ve 3 %) v Uherském Brodě žily dotazované osoby v domácnostech, v nichž dotazovaný poskytoval péči svým rodičům, aniž by s ním v domácnosti žil ještě manžel nebo partner. Nejvyšší podíl domácností dcery nebo syna starající(ho) se o své(ho) rodiče byl zjištěn v Havířově (13 %). V Havířově byl také nejvyšší podíl domácností, ve kterých byl respondent jediným rodičem, který žil ve společné domácnosti s dítětem nebo dětmi (9 % oproti 3 % v Uherském Brodě a v kontrolních městech).

Graf č. 11 – Skladba domácností podle rodinných vazeb mezi členy rodiny (z pozice dotázaných osob) – pilotní a kontrolní města



I rozdíly ve skladbě domácností z hlediska osob, které je tvoří, patrně velmi úzce souvisely s odlišnou skladbou domácností ve sledovaných regionech a se skutečností, že se ve sledovaných regionech lišily podíly respondentů zastupujících centrum správního obvodu a další obce regionu. S těmito okolnostmi bezesporu souvisí to, že nejvyšší podíl domácností tvořených rodičem s dítětem nebo dětmi byl zjištěn v Havířově a nejnižší v Uherském Brodě, a že situace byla opačná v případě podílu domácností tvořených manželi/partnery s dítětem nebo dětmi a také u podílu domácností tvořených jinými osobami (těmi většinou byly rodiny s větším počtem členů, vícegenerační rodiny nebo domácnosti, jejichž členy byli např. sourozenci nebo další příbuzné osoby).

¹⁶ Další zjištění vyplývající z vyhodnocení odpovědí na otázku č. 9.

¹⁷ Různorodých v tom smyslu, že členem domácnosti byly buďto i jiné osoby než manželé, rodiče nebo děti (např. prarodič, vnuk, sourozenec aj.), nebo skladba členů domácnosti byla pestřejší, kdy v domácnosti žilo současně několik různých vytipovaných skupin osob (rozlišených podle rodinné vazby k dotazovanému) členů domácnosti (tj. např. současně rodiče i děti dotazovaného apod.).

Shrnutí I: Stěžejní charakteristiky pečujících osob a jejich domácností

Počet dotazníků získaných ve sledovaných regionech

Z celkem 377 dotazníků zařazených do vyhodnocení jich 172 (46 %) reprezentovalo pečující žijící v kontrolních městech nebo jejich správních obvodech, 139 (37 %) pečující žijící v Havířově nebo jeho správním obvodu a 66 (18 %) pečující žijící ve městě Uherský Brod nebo jeho správním obvodu. Ve všech třech sledovaných regionech odpovídá struktura dotázaných velmi dobře struktuře osídlení příslušného regionu z hlediska podílu obyvatel žijících ve správním centru příslušného SO ORP.

Srovnání celkové doby péče a doby péče ve stávajícím rozsahu

Celkem tři pětiny dotázaných poskytovaly péči dva roky nebo déle. Méně než tři měsíce péči poskytovalo pouze 18 dotázaných (4 %). Více než dva roky poskytovalo péči ve stávajícím rozsahu celkově 45 % dotázaných. Méně než tři měsíce poskytovalo péči 33 dotázaných (9 %).

Více než polovinu dotázaných (56 %) lze přiřadit ke skupině osob poskytujících péči déle než dva roky, většinou po celou dobu ve stejném rozsahu nebo se rozsah jimi poskytované péče změnil před rokem nebo delší dobou. Ke skupině osob s již většími zkušenostmi s péčí (u nichž se neměnil rozsah poskytované péče) je možné zařadit také pětinu dotázaných (19 %), kteří měli již půlroční až dvouleté zkušenosti s poskytováním péče, a tato péče byla po tuto dobu poskytována i ve stávajícím rozsahu.

Podíl osob, které charakterizuje sice celkově delší doba poskytování péče, ale ve stávajícím rozsahu ji poskytují méně než rok, je nízký (5 % u osob s celkovou dobou péče 2 a více let a 6 % u „hraniční“ skupiny s celkovou dobou poskytování péče 6-23 měsíců). Podíl dotázaných reprezentujících osoby, které mají relativně krátkou zkušenost s poskytováním péče (do půl roku), byl 14 %.

Doba poskytování péče ve stávajícím rozsahu

Podíl osob poskytujících péči ve stávajícím rozsahu (tomuto parametru byla, s ohledem na to, že se vztahoval k dalším sledovaným otázkám, byla dále pozornost věnována již výhradně) po dobu kratší než 6 měsíců byl nejvyšší v Uherském Brodě (26 % - oproti 23 % v Havířově a 17 % v kontrolních městech). Podíl osob poskytujících péči více než rok a méně než dva roky byl ve všech třech srovnávaných skupinách regionů srovnatelný (53 % kontrolní města, 48 % Uherský Brod a 47 % Havířov). V kontrolních městech byl nejvyšší podíl dotázaných poskytujících péči 5 a více let (24 % oproti 18 % v Havířově a 17 % v Uherském Brodě). Celkově ale lze konstatovat, že z hlediska doby poskytování péče ve stávajícím rozsahu byla i přes určité odlišnosti (poněkud vyšší podíl osob pečujících delší dobu v kontrolních městech) struktura vzorku v Havířově, Uherském Brodě a kontrolních městech velmi podobná.

Věk a pohlaví dotázaných pečujících osob

Věková struktura pečujících osob byla ve všech třech sledovaných regionech velmi podobná. Nejvíce, přibližně dvě pětiny dotázaných pečujících osob, bylo ve věku 45-59 let, velmi výrazný (více než čtvrtinový) byl také podíl dotázaných pečujících osob věku 60-69 a významná byla i skupina dotázaných pečujících osob ve věku 70 let nebo starších (16 %).

Také z hlediska pohlaví pečujících osob se jednotlivé regiony lišily jen minimálně, kdy se podíl mužů ve všech sledovaných městech pohyboval mezi 20 a 24 %.

Způsob nebo místo kontaktování dotázaných pečujících osob

V jednotlivých regionech byly používány odlišné postupy kontaktování respondentů. Tuto skutečnost ale patrně nelze vnímat jako rozhodující faktor, který by mohl vést k tomu, že by v jednotlivých regionech byly osloveny odlišné skupiny pečujících. U některých

srovnávaných charakteristik pečujících osob sice totiž bylo možné v jednotlivých sledovaných regionech pozorovat rozdíly, ty ale zpravidla nebyly nikterak zásadní a současně některé z těchto rozdílů souvisely spíše s rozdílným vlivem různých demografických, sociálních či ekonomických faktorů, jež jsou specifické pro jednotlivé sledované regiony. Zároveň je potřebné zdůraznit, že z hlediska řady klíčových charakteristik (např. věková struktura, pohlaví apod.) se struktura dotázaných osob v jednotlivých sledovaných regionech v podstatě nelišila.

Struktura příjmů dotázaných osob

Polovina všech dotázaných (49 %) měla příjem z výdělečné činnosti. Podíl osob s příjmy z výdělečné činnosti, ze starobního důchodu a z příspěvku na péči byl v celém zkoumaném vzorku zcela srovnatelný (příspěvek na péči pobíralo 47 a starobní důchod 46 % dotázaných).

V případě příjmu z výdělečné činnosti byly mezi pilotními a kontrolními městy zaznamenány značné rozdíly. Nejvyšší podíl osob s příjmem z výdělečné činnosti (65 %) byl zjištěn v kontrolních městech, nejnižší naopak v Havířově (32 %). Také v případě podílu příjemců příspěvku na péči byly zjištěny mezi jednotlivými městy zřetelné rozdíly: nejvyšší byl tento podíl v Uherském Brodě (58 %), v Havířově byla v tomto ohledu situace velmi podobná (příspěvek na péči jako příjem uvedlo 52 % dotázaných), ale u kontrolních měst byl podíl příjemců příspěvku na péči výrazně nižší (38 %).

U starobních důchodů a také u jiných důchodů (ty byly příjmem 12 % dotázaných) v podstatě nebyl mezi sledovanými městy zaznamenán rozdíl. Naopak v případě dávek státní sociální podpory nebo hmotné nouze (jejich příjemcem bylo 9 % dotázaných) byl zřetelně vyšší podíl jejich příjemců mezi dotázanými z Havířova (19 %).

Počet členů domácnosti pečující osoby

Dvě třetiny (66 %) dotázaných uvedly, že alespoň jedna osoba, která byla příjemcem péče, byla členem jejich domácnosti. Tento podíl byl zcela srovnatelný ve všech sledovaných městech (kontrolní města 65 %, Havířov 68 % a Uherský Brod 62 %).

Polovina (49 %) dotázaných žila ve dvoučlenné domácnosti, čtvrtina (24 %) v tříčlenných domácnostech. Ve sledovaných městech byla skladba domácností z hlediska počtu členů u dotázaných osob částečně srovnatelná. I tak ale byly patrné dva významné rozdíly mezi oběma pilotními městy, kdy v Uherském Brodě dosahoval podíl domácností s pěti a více členy 17 %, zatímco v Havířově pouze 3 % a naopak, v Uherském Brodě bylo dotázáno 35 % osob žijících ve dvoučlenných domácnostech oproti 58 % v Havířově.

Klasifikace domácností podle okruhu osob, které jsou jejich členy

Nejčastějším typem domácnosti byly domácnosti tvořené manželskými nebo partnerskými páry (40 %). Druhým nejčastějším uspořádáním (18 %) byly domácnosti tvořené manželským (partnerským) párem s dítětem nebo dětmi. Toto uspořádání domácnosti bylo nejčastěji (u 27 % dotázaných) zaznamenáno v Uherském Brodě a nejméně často v Havířově (13 %). V Uherském Brodě byl také zjištěn nejvyšší podíl různorodých uspořádání domácnosti (21 %).¹⁸ Podíl těchto domácností byl opět nejnižší v Havířově (11 %). Naopak méně často (ve 3 %) v Uherském Brodě žily dotazované osoby v domácnostech, v nichž dotazovaný poskytoval péči svým rodičům, aniž by s ním v domácnosti žil ještě manžel nebo partner. Nejvyšší podíl domácností dcery nebo syna starající(ho) se o své(ho) rodiče byl zjištěn v Havířově (13 %). V Havířově byl také nejvyšší podíl domácností, ve kterých byl respondent jediným rodičem, který žil ve společné domácnosti s dítětem nebo dětmi (9 % oproti 3 % v Uherském Brodě a v kontrolních městech).

¹⁸ Různorodých v tom smyslu, že členem domácnosti byly buďto i jiné osoby než manželé, rodiče nebo děti (např. prarodič, vnuk, sourozenec aj.), nebo skladba členů domácnosti byla pestřejší, kdy v domácnosti žilo současně několik různých vytipovaných skupin osob (rozlišených podle rodinné vazby k dotazovanému) členů domácnosti (tj. např. současně rodiče i děti dotazovaného apod.).

2.1.2. Údaje o osobě (osobách), které (kterým) je poskytována péče

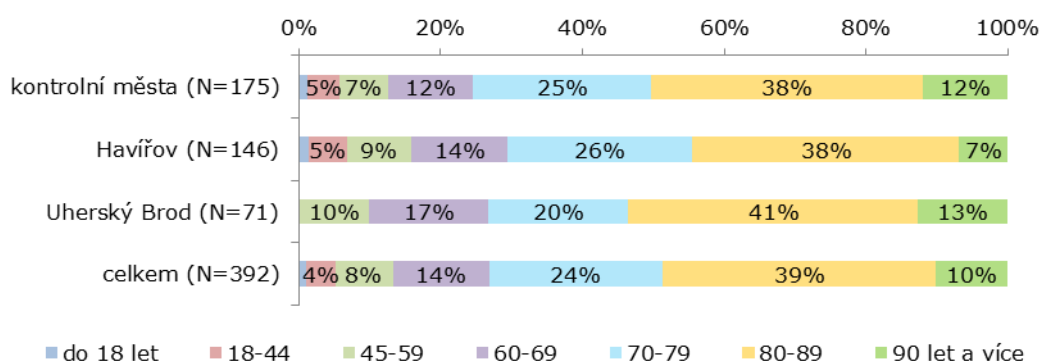
Ze všech 377 dotázaných jich 95 % **poskytovalo péči jedné osobě**¹⁹ a 5 % (19 dotázaných) dvěma osobám. Více osobám péči neposkytoval žádný dotázaný. Nejvyšší podíl osob starajících se o dvě osoby byl zaznamenán v Uherském Brodě (9 %) a nejnižší v kontrolních městech (3 %).

Celkově tak byla dotázanými osobami poskytována péče 396 příjemcům péče a podíl počtu příjemců péče vůči počtu dotázaných pečujících měl hodnotu 1,05. Dotázané osoby z kontrolních měst poskytovaly péči celkem 178 příjemcům péče (45 % ze všech osob, jimž byla péče poskytována všemi dotázanými osobami), v Havířově byla dotázanými péče poskytována 146 osobám (37 %) a v Uherském Brodě 72 osobám (18 %).

V celé této podkapitole jsou prezentovány procentuální údaje, které byly vypočteny z celkového počtu záznamů o osobách, jimž je poskytována péče, tj. z 396 záznamů o těchto osobách (tedy ne z doposud k tomuto účelu používaného údaje o počtu získaných dotazníků od respondentů), respektive z tohoto počtu pouze z těch záznamů, u kterých byla u příslušné otázky uvedena platná odpověď. Při podrobnějším třídění podle města pak byly přirozeně rovněž pro výpočet procentuálního údaje použity údaje o počtu příjemců péče v jednotlivých sledovaných městech (taktéž jen těch, kteří u příslušné otázky uvedli platné odpovědi).

Stěžejní charakteristikou příjemců péče zjišťovanou v dotazníku byl jejich věk, respektive **věková struktura příjemců péče**²⁰. Přibližně dvě pětiny osob v péči dotázaných (39 %) bylo ve věku 80-89 let, další zhruba čtvrtina příjemců (24 %) péče byla ve věku 70-79 let. Ve věku 60-69 let bylo 14 % příjemců péče. Desetina z celkového počtu osob v péči dotázaných byla ve věku 90 a více let a 13 % jich bylo mladších 60 let. Věková struktura příjemců péče byla ve všech sledovaných městech zcela srovnatelná.

Graf č. 12 – Věková struktura příjemců péče v péči dotázaných osob (N=396) – pilotní a kontrolní města



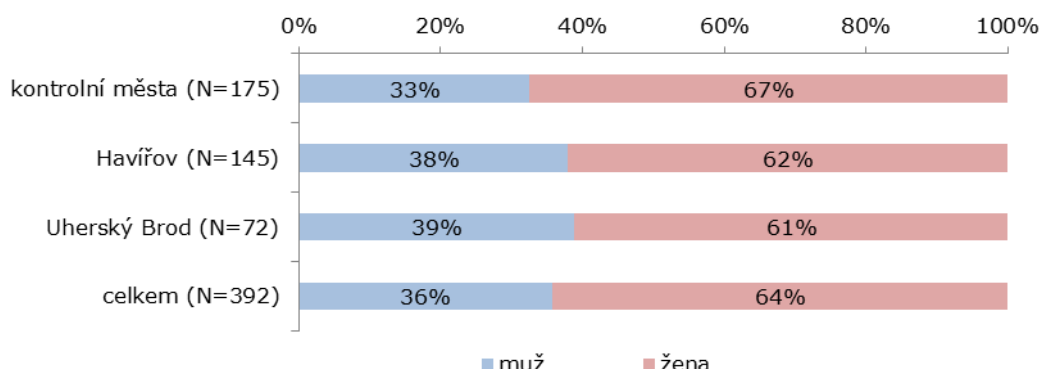
Přibližně třetina osob, jimž byla poskytována péče, (36 %) byli muži. **Podíl mužů a žen**²¹ se ve všech sledovaných městech lišil jen málo (nejnižší podíl mužů, 33 %, byl zaznamenán v kontrolních městech, v Havířově i Uherském Brodě byl jejich podíl vyšší o 5, respektive 6 %).

¹⁹ Viz otázka č. 10 dotazníku „Uvedte počet osob, kterým poskytujete péči (ať už sám/sama nebo ve spolupráci s někým dalším).“.

²⁰ Viz otázka č. 11a dotazníku – věk příjemce péče.

²¹ Viz otázka č. 11b dotazníku – pohlaví příjemce péče.

Graf č. 13 – Pohlaví příjemců péče v péči dotázaných osob (N=396) – pilotní a kontrolní města

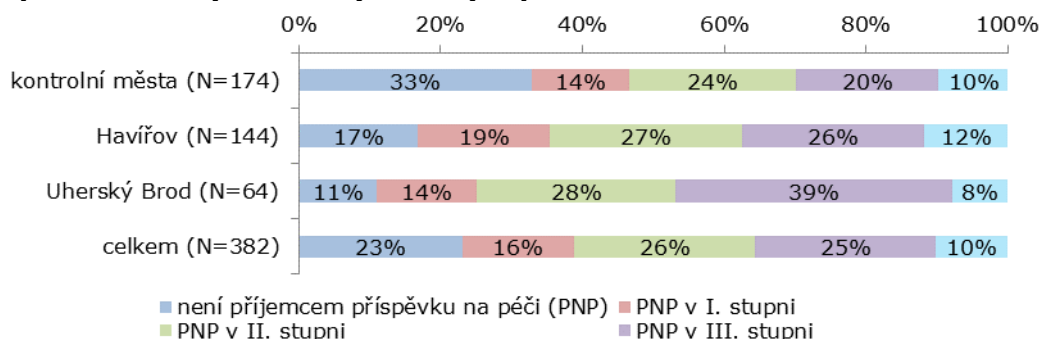


Co se týče **struktury příjemců péče z hlediska výše přiznaného příspěvku na péči²²**, bylo zjištěno, že ze všech osob v péči dotázaných jich přibližně čtvrtina měla přiznaný příspěvek na péči ve druhém stupni, další čtvrtině těchto osob byl přiznán příspěvek na péči ve třetím stupni a další necelou čtvrtinu osob v péči dotázaných reprezentovaly osoby bez příspěvku na péči. Příspěvek na péči v prvním stupni mělo přiznaných 16 a příspěvek ve čtvrtém stupni 10 % dotázaných.

Z hlediska struktury osob v péči dotázaných podle výše přiznaného příspěvku byly mezi sledovanými městy patrné některé významné rozdíly. A to především v případě kontrolních měst, ve kterých byl podíl osob bez příspěvku na péči třetinový (oproti 17 % v Havířově a 11 % v Uherském Brodě). Vzhledem k tomu přirozeně musely být v kontrolních městech nižší i podíly osob s přiznaným příspěvkem na péči v některém nebo ve více různých stupních. Takovýto rozdíl byl patrný především u osob s příspěvkem na péči ve třetím stupni, další, ale už nepříliš velký, rozdíl bylo možné v tomto směru zaznamenat u osob s příspěvkem v druhém stupni. Naopak podíl osob s příspěvkem na péči v prvním a ve čtvrtém stupni odpovídal i v kontrolních městech podílům zjištěným v obou dalších městech nebo alespoň v jednom z nich.

Dalším důležitým rozdílem byl větší podíl osob s příspěvkem na péči ve třetím stupni v Uherském Brodě (39 % oproti 26 % v Havířově a 20 % v kontrolních městech). Bylo možné pozorovat také poněkud vyšší podíl osob s přiznaným příspěvkem na péči ve druhém stupni v Havířově (19 % oproti 14 % v kontrolních městech a v Uherském Brodě).

Graf č. 14 – Stupeň příspěvku na péči přiznaného příjemcům péče, již jsou v péči dotázaných osob (N=396) – pilotní a kontrolní města



²² Viz otázka č 11c) dotazníku „stupeň příspěvku na péči, který je osobě přiznán (uvádí se i v případě, že příjemcem příspěvku není přímo tato osoba)“.

Popsané rozdíly mezi sledovanými městy lze vnímat jako již poměrně výrazné, je ale velmi obtížné odhadovat, zda souvisejí spíše s regionálními rozdíly (v tomto případě nejspíše s roztržitostí přístupů při posuzování příspěvku na péči; jiné okolnosti patrně nelze v tomto směru vnímat jako určující) nebo s okruhem respondentů dotázaných v jednotlivých městech (tuto možnost lze předpokládat i vzhledem k některým dalším zjištěným souvislostem), kdy především vysoký podíl osob bez příspěvku na péči v kontrolních městech mohl odrážet i to, že v těchto městech bylo podstatně méně respondentů než v Havířově a Uherském Brodě kontaktováno přes obecní úřady a Úřad práce.

Zároveň je ale třeba říci, že zjištěné rozdíly jsou sice velmi zřetelné, nikoliv však zásadní. Rozhodně je tedy proto nelze přičítat pouze regionálním rozdílům nebo způsobu kontaktování respondentů, ale do značné míry patrně odrážejí i přirozenou variaci odpovědí dotazovaných osob provázející výběrová šetření a techniky sběru dat založené na náhodném výběru. V případě struktury příjemců na péči ve sledovaných městech je proto třeba na tomto místě zdůraznit, že ta se ve sledovaných městech nepochybně zřetelně liší, nicméně i nadále se jedná „jen“ o rozdíly v proporci jednotlivých skupin příjemců příspěvku na péči a vzorky respondentů ze všech tří sledovaných měst jsou v tomto ohledu stále velmi dobře souměřitelné.

Nejčastějšími uváděnými **typy zdravotního omezení**²³ byly tělesné postižení a závislost na péči z důvodu věku (obojí 34 %). Dalšími často uváděnými zdravotními omezeními byla vnitřní onemocnění (24 %), demence (23 %) a duševní onemocnění, poškození CNS v důsledku mozkové příhody apod. (22 %). Zhruba u desetiny osob v péči dotázaných byly zaznamenány tyto typy zdravotních omezení: sluchové postižení (11 %), zrakové postižení a mentální postižení (obojí 10 %). Možnost konečné stádium nemoci uvedla 3 % dotázaných. Nějaký jiný (než do předloženého seznamu zařazený) typ zdravotního omezení uvedlo pouze šest dotázaných, přičemž respondenti uvedli tyto typy zdravotního omezení: stav po úrazu hlavy (uvedeno 2x, ostatní možnosti uvedeny 1x), Alzheimerovu chorobu, existenční situaci osoby, stav onkologické léčbě a vigilní kóma.

Podíl většiny typů zdravotních omezení byl ve srovnávaných městech velmi podobný. Výraznější rozdíly byly zaznamenány pouze u vnitřních onemocnění – v Uherském Brodě 38 %, zatímco v Havířově 25 a v kontrolních městech 19 %.

Tabulka č. 3 - Typ zdravotního omezení příjemců péče v péči dotázaných osob (N=396) – pilotní a kontrolní města

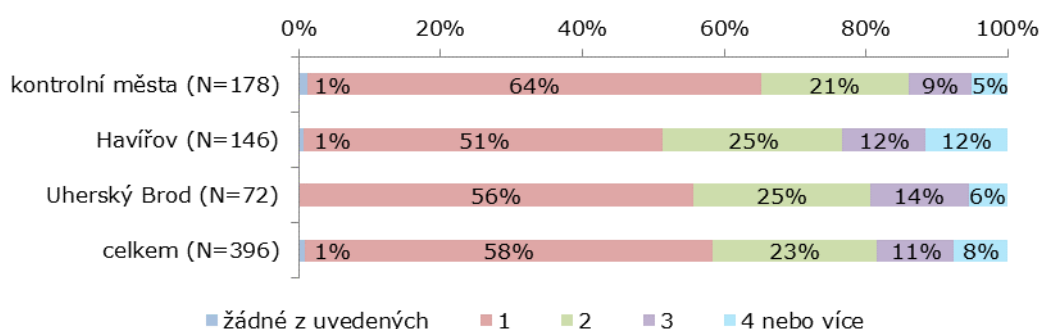
typ zdravotního omezení	kontrolní města (N=178)	Havířov (N=146)	Uherský Brod (N=72)	celkem (N=396)
tělesné postižení	31%	38%	33%	34%
zrakové postižení	8%	12%	10%	10%
sluchové postižení	10%	15%	6%	11%
mentální postižení	6%	11%	17%	10%
duševní onemocnění, poškození CNS v důsledku mozkové příhody apod.	19%	26%	21%	22%
závislost na péči z důvodu věku	40%	29%	32%	34%
vnitřní onemocnění	19%	25%	38%	24%
demence	20%	29%	18%	23%
konečné stádium nemoci	3%	3%	1%	3%

²³ Viz otázka č. 11d) dotazníku – zdravotní omezení příjemce péče.

U dvou pětín osob, kterým byla poskytována péče, zvolili respondenti z předložených možností zdravotního omezení pouze jednu, u další přibližně čtvrtiny dotázaných byly ze seznamu vybrány dvě možnosti a ve zbylé pětině případů z předloženého seznamu respondenti vybrali tři nebo více typů zdravotního omezení.

V kontrolních městech byl podíl příjemců péče, u nichž respondenti vybrali z předloženého seznamu pouze jednu možnost nejvyšší (necelé dvě třetiny, zatímco v obou pilotních městech jejich podíl mírně převyšoval polovinu). Tento rozdíl nepochybně do značné koresponduje s výše popsány rozdíly ve struktuře příjemců příspěvku na péči. Celkově ale lze konstatovat, že z hlediska počtu přidružených nebo kombinovaných omezení sledovaná města lišila jen minimálně.

Graf č. 15 – Struktura příjemců péče v péči dotázaných (N=396) podle počtu zdravotních omezení vybraných ze seznamu – pilotní a kontrolní města



Respondenti, kteří při charakteristice zdravotního omezení uvedli jinou, než v seznamu předloženou možnost nebo k některé z předložených dále doplnili kombinaci s dalším typem zdravotního omezení nebo přidružená zdravotní omezení, uvedli těchto pět dalších možností:

- následky vážného úrazu hlavy (uvedeno 2x, ostatní možnosti pouze 1x),
- Alzheimerova choroba,
- existenční potíže,
- stav po onkologické léčbě a
- vigilní kóma.

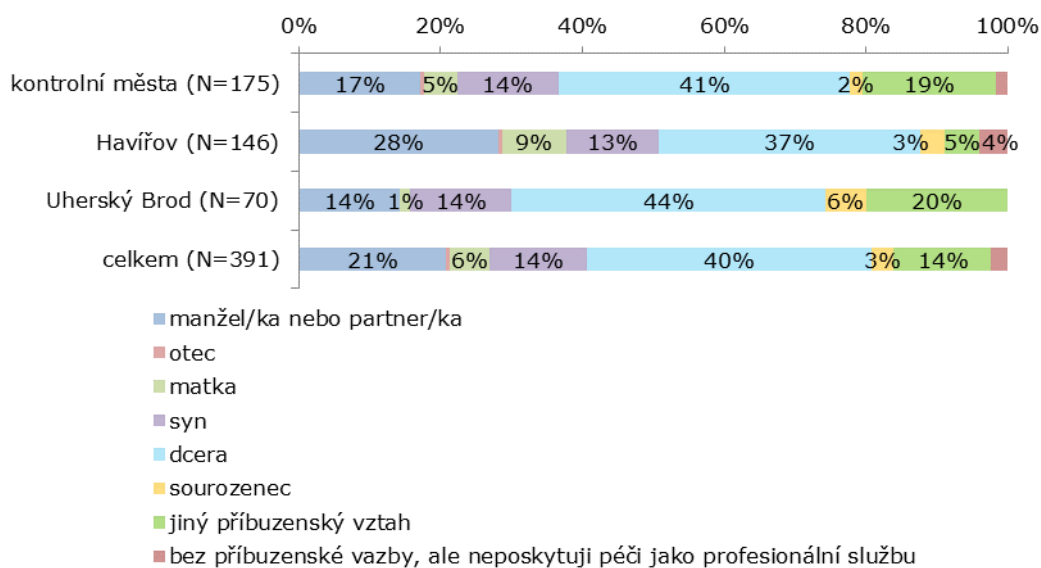
Vztah respondentů k osobě nebo osobám, o které pečují,²⁴ sice představuje primárně charakteristiku pečující osoby, nikoli charakteristiku příjemce péče, nicméně i v tomto případě je vhodné zachytit skladbu příjemců péče z hlediska toho, jaké osoby jim poskytují péči. Zároveň je možné, že v případě péče o dvě osoby, je vztah pečujícího k oběma příjemcům péče odlišný (např. žena, která pečuje o manžela a o sourozence). I odpovědi na tuto otázku tak byly vyhodnoceny mezi příjemci péče (N=396).

Nejčastěji péči příjemcům péče poskytovaly dcery (ty poskytovaly péči 40 % příjemců péče). Jedné pětině příjemců péče (21 %) ji poskytoval manžel/ka (partner/ka). U 14 % příjemců péče se jednalo o syny a u 6 % příjemců péče o matky.

Jako zřetelný rozdíl mezi sledovanými městy bylo třeba vnímat především vyšší podíl pečujících, kteří byli manželem/kou (partnerem/kou) příjemce péče v Havířově (28 % oproti 17 % v kontrolních městech a 14 % v Uherském Brodě). Dalším zřetelným rozdílem byl nižší podíl pečujících osob, které měly k příjemci péče některý jiný příbuzenský vztah než rodičovský, manželský/partnerský, sourozenecký a ani nebyly přímým potomkem příjemce péče, v Havířově.

²⁴ Otázka č. 11e) dotazníku „Jaký je Váš vztah k osobě nebo osobám, o které pečujete? (matka, dcera, syn...)?”

Graf č. 16 – Struktura příjemců péče podle vztahu respondenta k jejich osobě (N=396) – pilotní a kontrolní města



Zjištěné rozdíly, především mezi Havířovem a Uherským Brodem, souvisejí se zjištěnými charakteristikami domácností pečujících osob, kdy v Havířově byl nejvyšší podíl dvoučlenných domácností a také manželských párů (v tomto případě byla ale rozdíl menší), zatímco v Uherském Brodě byly tyto podíly nejnižší. Větším významem širší rodiny v Uherském Brodě i v kontrolních městech oproti Havířovu pak lze patrně vysvětlit i větší podíl respondentů, kteří měli v těchto regionech k příjemci péče jiný příbuzenský vztah. Všechny tyto rozdíly zároveň mají bezpochyby z podstatné části základ již v odlišných charakteristikách skladby domácností ve sledovaných regionech obecně, nejenom v rámci zkoumaného vzorku.

Shrnutí II: Stěžejní charakteristiky příjemců péče v péči dotázaných osob

Počet příjemců péče, jimž dotázaní poskytují péči

Ze všech 377 dotázaných jich 95 % poskytovalo péči jedné osobě a 5 % (19 dotázaných) dvěma osobám. Více osobám péči neposkytoval žádný dotázaný. Nejvyšší podíl osob starajících se o dvě osoby byl zaznamenán v Uherském Brodě (9 %) a nejnižší v kontrolních městech (3 %).

Věk a pohlaví příjemců péče

Přibližně dvě pětiny osob v péči dotázaných (39 %) byly ve věku 80-89 let, další zhruba čtvrtina příjemců (24 %) péče byla ve věku 70-79 let. Ve věku 60-69 let bylo 14 % příjemců péče. Desetina z celkového počtu osob v péči dotázaných byla ve věku 90 a více let a 13 % jich bylo mladších 60 let. Věková struktura příjemců péče byla velmi podobná ve všech sledovaných městech.

Přibližně třetina (36 %) osob, jimž byla poskytována péče, byli muži. Podíl mužů a žen se ve všech sledovaných městech lišil jen málo.

Příspěvek na péči u příjemců péče

Ze všech osob v péči dotázaných jich přibližně čtvrtina měla přiznaný příspěvek na péči ve druhém stupni, další čtvrtině těchto osob byl přiznán příspěvek na péči ve třetím stupni a další necelou čtvrtinu osob v péči dotázaných reprezentovaly osoby bez příspěvku na péči. Příspěvek na péči v prvním stupni mělo přiznaných 16 a příspěvek ve čtvrtém stupni 10 % osob v péči dotázaných.

Z hlediska struktury osob v péči dotázaných podle výše přiznaného příspěvku byly mezi sledovanými městy patrné některé významné rozdíly. A to především v případě kontrolních měst, ve kterých byl podíl osob bez příspěvku na péči třetinový (oproti 17 % v Havířově a 11 % v Uherském Brodě). Vzhledem k tomu přirozeně musely být v kontrolních městech nižší i podíly osob s přiznaným příspěvkem na péči v některém nebo ve více různých stupních. Takovýto rozdíl byl patrný především u osob s příspěvkem na péči ve třetím stupni, další, ale už nepříliš velký, rozdíl bylo možné v tomto směru zaznamenat u osob s příspěvkem v druhém stupni.

Dalším důležitým rozdílem byl větší podíl osob s příspěvkem na péči ve třetím stupni v Uherském Brodě (39 % oproti 26 % v Havířově a 20 % v kontrolních městech). Bylo možné pozorovat také poněkud vyšší podíl osob s přiznaným příspěvkem na péči ve druhém stupni v Havířově (19 % oproti 14 % v kontrolních městech a v Uherském Brodě).

Typ a počet zdravotních omezení u příjemců péče

Nejčastějšími uváděnými typy zdravotního omezení byly tělesné postižení a závislost na péči z důvodu věku (obojí 34 %). Dalšími často uváděnými zdravotními omezení byla vnitřní onemocnění (24 %), demence (23 %) a duševní onemocnění, poškození CNS v důsledku mozkové příhody apod. (22 %). Zhruba u desetiny osob v péči dotázaných byly zaznamenány tyto typy zdravotních omezení: sluchové postižení (11 %), zrakové postižení a mentální postižení (obojí 10 %). Možnost konečné stádium nemoci uvedla 3 % dotázaných. Podíl většiny typů zdravotních omezení byl ve srovnávaných městech velmi podobný.

U tří pětín osob, kterým byla poskytována péče, zvolili respondenti z předložených možností zdravotního omezení pouze jednu, u další přibližně čtvrtiny dotázaných byly ze seznamu vybrány dvě možnosti a ve zbylé pětině případů z předloženého seznamu respondenti vybrali tři nebo více typů zdravotního omezení. Mezi sledovanými městy se struktura příjemců péče z hlediska počtu přidružených nebo kombinovaných omezení lišila jen minimálně.

Struktura příjemců péče podle vztahu respondenta k jejich osobě

Nejčastěji péči příjemcům péče poskytovaly dcery (ty poskytovaly péči 40 % příjemců péče). Jedné pětině příjemců péče (21 %) ji poskytoval/a manžel/ka (partner/ka). U 14 % příjemců péče se jednalo o syny a u 6 % příjemců péče o matky.

Jako zřetelný rozdíl mezi sledovanými městy bylo třeba vnímat především vyšší podíl pečujících, kteří byli manželem/kou (partnerem/kou) příjemce péče v Havířově (28 % oproti 17 % v kontrolních městech a 14 % v Uherském Brodě). Dalším zřetelným rozdílem byl nižší podíl pečujících osob, které měly k příjemci péče některý jiný příbuzenský vztah než rodičovský, manželský/partnerský, sourozenecký a ani nebyly přímým potomkem příjemce péče, ve městě Havířov.

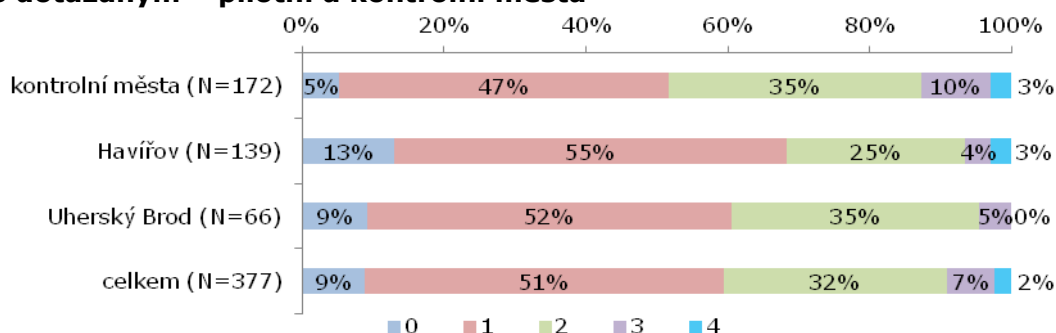
2.1.3. Údaje o poskytování péče

Při výpočtech procentuálních hodnot v této a v dále následujících podkapitolách již byl jako celkový počet (tedy 100 %) opět využíván údaj o počtu získaných dotazníků (tj. 377 shromážděných dotazníků, respektive pouze ty dotazníky z tohoto počtu, ve kterých byly u příslušné otázky uvedeny platné odpovědi) a příslušné počty dotazníků shromážděných v jednotlivých sledovaných městech (rovněž pomenšené o počet neplatných odpovědí na příslušnou otázku, jež byly vyřazeny).

První sledovanou charakteristikou vypovídající o poskytování péče byl **počet osob, které se společně s dotázaným zapojují do poskytování péče**.²⁵ Polovina dotázaných uvedla, že na poskytování péče příjemci (příjemcům) péče se podílí jedna další osoba. Další dvě osoby se na péči podílely v jedné třetině případů a téměř desetina dotázaných uvedla, že na péči se společně s dotázaným podílejí 3 nebo 4 osoby. Stejný (9%) podíl osob uvedl, že na poskytování péče příjemci (příjemcům) péče se kromě dotázaného nikdo další nepodílí.

Struktura odpovědí podle toho, kolik dalších osob je zapojeno do poskytování péče, byla ve všech sledovaných městech velmi podobná. Pouze v Havířově byl zjištěn zřetelně nižší (25%) podíl respondentů, s nimiž se na poskytování péče podílely dvě osoby. Mírně vyšší pak byl mezi respondenty z Havířova podíl těch, kteří péči poskytovali sami, a těch, kteří ji zajišťovali společně s jednou další osobou.

Graf č. 17 – Počet osob, které příjemci péče poskytují péči společně s dotázaným – pilotní a kontrolní města



Ze srovnání průměrného počtu osob zapojených do poskytování péče v jednotlivých městech je pak jasně patrné, že mezi kontrolními a pilotními městy jsou v tomto směru jen velmi malé rozdíly (v Havířově byla hodnota průměrného počtu osob na jednoho dotázaného hodnotu 1,28, v Uherském Brodě 1,35 a v kontrolních městech 1,59).

Dotazníkové šetření se ale neomezilo pouze na zjištění počtu osob zapojených do poskytování péče a byl v něm zjišťován také **okruh osob, které se společně s dotázaným zapojují do poskytování péče**.²⁶ Nejčastěji se na poskytování péče příjemcům péče podíleli manželé či partneři (tuto možnost uvedlo 34 % dotázaných), vlastní děti a profesionální pečovatelé (každou z těchto možností uvedlo 33 % dotázaných). Významně se na poskytování péče podíleli také sourozenci (18 %).

Porovnání jednotlivých měst ukázalo, že zapojení některých členů rodiny do poskytování péče je ve všech městech srovnatelné, zatímco u jiných lze pozorovat velmi výrazné rozdíly.

²⁵ Otázka č. 12 dotazníku „Podílejí se na péči o osobu nebo osoby, kterým poskytujete péči, v současnosti kromě Vás také nějaké další osoby?“

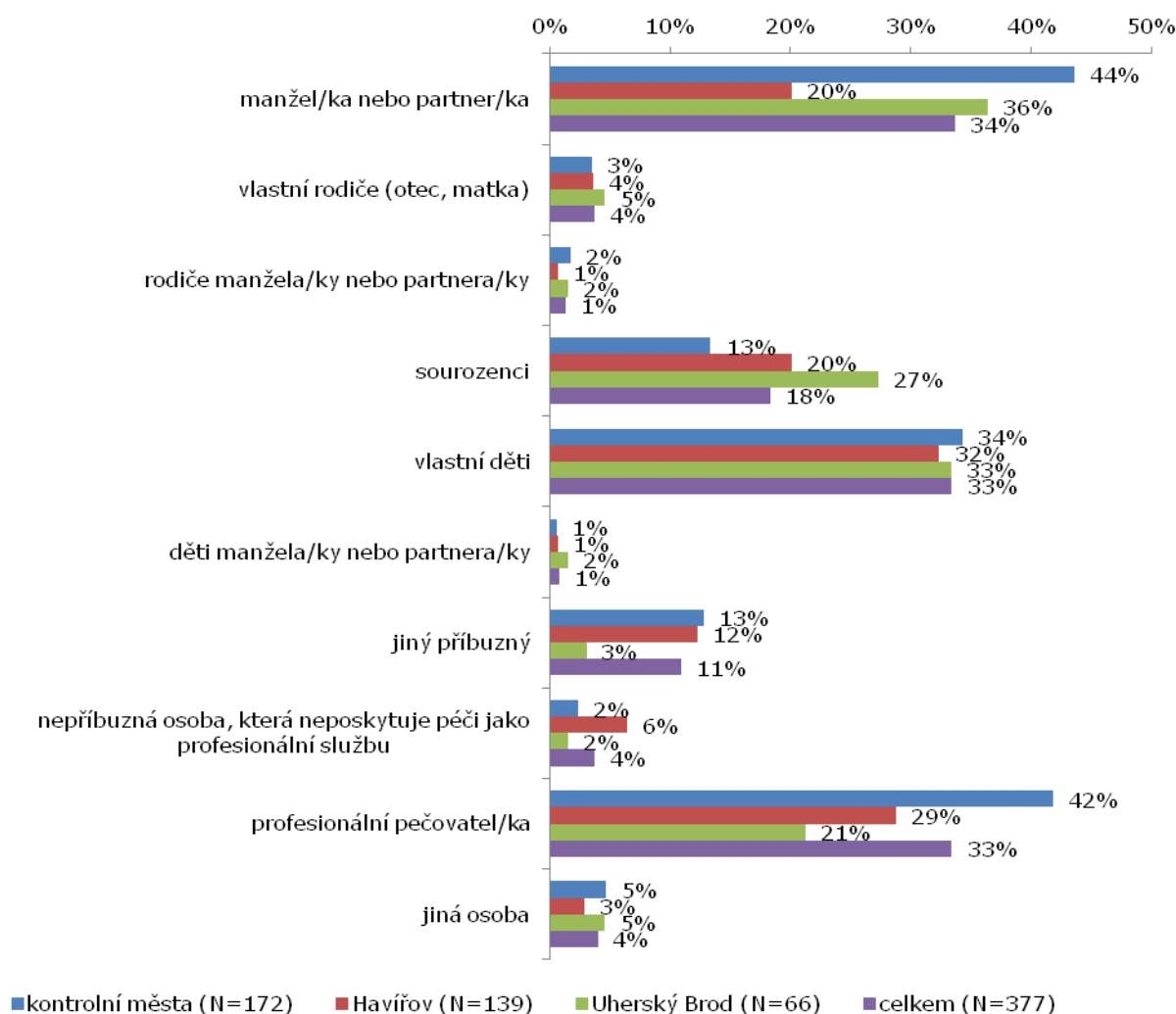
²⁶ Další podrobné vyhodnocení otázky č. 12.

Míra zapojení do péče byla ve všech městech srovnatelná u těchto rodinných příslušníků: vlastní rodiče (v celém souboru je mezi pečujícími osobami uvedlo 1 % dotázaných), vlastní děti (33 %) a rodiče i děti manžela/ky nebo partnera/ky (rodiče i děti 1 %). Kromě toho byla míra zapojení ve všech městech srovnatelná také u nepříbuzných osob, které poskytují péči, ale ne z pozice profesionálního pečovatele (4 %) a u jiných osob (4 %).

Rozdíly mezi městy co do míry zapojení do péče byly patrné u manželů (partnerů), profesionálních pečovatelů, sourozenců a také u jiných příbuzných (tj. jiných osob než zde i v předchozím odstavci uvedených skupin rodinných příslušníků).

Manželé se do poskytování péče nejčastěji zapojovali v kontrolních městech (44 %), nejméně často v Havířově (20 %). Profesionální pečovatelé participovali na poskytování péče také nejčastěji v kontrolních městech (42 %), nejméně pak v Uherském Brodě (21 %). Naopak výrazně méně než v obou pilotních městech se do poskytování péče v kontrolních městech zapojovali sourozenci (13 %). Zapojení sourozenců do poskytování péče bylo nejvyšší v Uherském Brodě (27 %). Naopak výrazně nižší než v kontrolních městech a v Havířově byl v Uherském Brodě podíl respondentů uvádějících, že do poskytování péče se zapojují jiné příbuzné osoby (3 % oproti 13, respektive 12 %).

Graf č. 18 – Další osoby podílející se na péči o osobu nebo osoby, kterým dotazovaný poskytuje péči – pilotní a kontrolní města



U některých vytipovaných skupin osob souvisela zjištěná rozdílná míra jejich zapojení do poskytování péče s některými charakteristikami popsanými již v předchozím textu. Nižší zapojení manželů/partnerů v Havířově než v jiných městech tak je z velké části odrazem toho, že v Havířově jsou tito členové domácnosti častěji než v jiných regionech sami příjemci péče. Podobně lze patrně vysvětlit i vyšší zapojení sourozenců do péče v Uherském Brodě vyšším významem širší rodiny v jednotlivých regionech.

Na druhou stranu není možné na základě dříve popsaných souvislostí objasnit podstatu nižšího zapojení jiných příbuzných do péče v Uherském Brodě a odlišností zaznamenaných v kontrolních městech. V těch byl zjištěn největší podíl respondentů, s nimiž se na poskytování péče podíleli manželé/partneři a profesionální pečovatelé/ky, zatímco nejméně se do péče zapojovali sourozenci.

V případě odlišných podílů profesionálních pečovatелů/ek podílejících se na péči lze předpokládat, že ty souvisely mj. s konkrétním okruhem dotázaných osob, sítí organizací poskytujících služby pro osoby závislé na péči nebo i mírou spolupráce úřadů s těmito organizacemi, nebo tím, že tyto služby zajišťuje obecní úřad. Právě to se patrně týká i kontrolních měst, protože vyšší míra zapojení profesionálních pečovatелů/ek do poskytování péče koresponduje s tím, že v kontrolních městech nejvíce respondentů uvedlo, že je s žádostí o vyplnění dotazníků oslovili pečovatelé/ky.

Zároveň ale další zjištění naznačují, že zapojení profesionálních pečovatелů/ek do poskytování péče může být v jistém směru „komplementární“ k tomu, nakolik se do péče zapojují jiné osoby. To naznačuje situace v Uherském Brodě, kde se do péče zapojovali výrazně další členové rodiny a zapojení profesionálních pečovatелů/ek bylo díky tomu nižší (ve všech regionech byl průměrný počet osob zapojených společně s respondentem do poskytování péče srovnatelný). Toto vysvětlení ale rozhodně neplatí všeobecně, což je patrné z údajů za kontrolní města (výsledný průměrný počet dalších osob zapojených do poskytování péče zde převyšoval obdobný údaj za pilotní města, i když jen mírně, a současně bylo možné vzájemně „komplementární“ vztah v tomto případě konstatovat spíše v případě míry zapojení různých členů rodiny).

Z charakteristik zjišťovaných v rámci dotazníkového šetření souvisí zjištěná rozdílná míra zapojení různých členů rodiny do poskytování péče především charakteristikami domácností pečujících osob, nicméně v případě této charakteristiky nebyly zaznamenány žádné výraznější rozdíly, jež by umožnily vysvětlit rozdílnost odpovědí u zde sledované otázky. Odlišné odpovědi respondentů v této otázce tak lze přisoudit spíše různým nahodilým vlivům, případně vlivům, které nebylo možné při dotazování podrobněji sledovat (např. vztahy pečujících osob a příjemců péče k jednotlivým rodinným příslušníkům apod.).

Podle 12 % dotázaných se do poskytování péče zapojovali pouze profesionální pečovatelé/ky, podle dalších 21 % respondentů pak profesionální pečovatelé/ky i nějaká další osoba. Jak bylo již uvedeno, 9 % dotázaných zajišťovalo péči bez pomoci další osoby. S další osobou, ale vyjma profesionálního pečovatele/ky, spolupracovaly dvě pětiny dotázaných (58 %). Nejčastěji se jednalo o manžele (26 %) nebo vlastní děti (22 %)²⁷, s nimiž se na péči v některých případech podílely i další osoby. Pouze jiné osoby (než manželé, děti a pečovatelé) byly zapojeny do poskytování péče v 16 % případů.

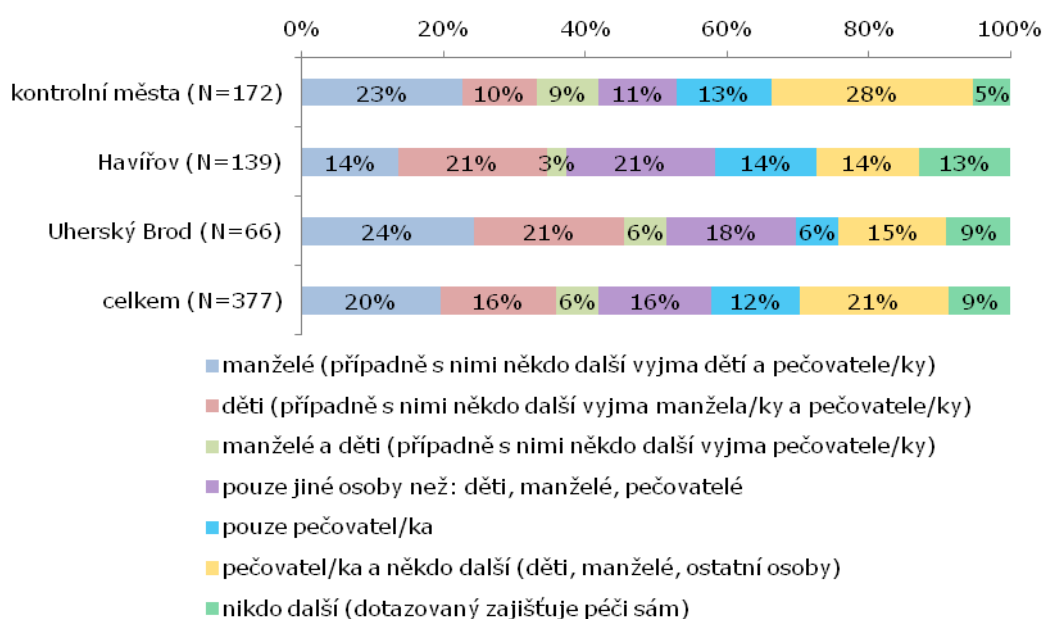
²⁷ Kvůli větší srozumitelnosti textu není v této popisce k následujícímu grafu (na rozdíl od grafu samotného) rozlišováno mezi respondenty, kteří uvedli pouze děti, pouze manžele a těmi, kteří uvedli, že do péče se zapojují obě tyto skupiny rodinných příslušníků. Údaj za poslední jmenovanou skupinu (tj. skupinu kombinující obě výchozí skupiny) tak byl kvůli tomuto zjednodušení textu prostě přičten k údajům o každé výchozí skupině. Údaj tedy byl přičten dvojité a výsledek kontrolního součtu hodnot uvedených v popisce ke grafu přesahuje hodnotu 100 %. Prezentované údaje ale jsou i přesto v pořádku - v případě popisu všech tří popsaných kategorií odděleně by totiž nedošlo k opakovanému započtení údajů za kombinovanou skupinu a kontrolní součet by již měl hodnotu 100 %.

Mezi srovnávanými městy byly zaznamenány tyto rozdíly:

- V kontrolních městech se více než v pilotních městech do péče výrazněji zapojovali pečovatelé společně s dalšími osobami a byl v nich nižší podíl dotázaných, kterým při poskytování péče pomáhaly pouze jejich děti nebo pouze jiné osoby (než manželé, děti a pečovatelé).
- V Uherském Brodě byl nižší podíl respondentů, kteří při poskytování péče spolupracovali pouze s pečovatelem/kou.
- V Havířově byl nejnižší podíl respondentů, kterým pomáhal/a pouze manžel/ka (partner/ka).

Obecně ale lze konstatovat, že procentuální zastoupení jednotlivých skupin osob zapojených do péče bylo ve všech sledovaných městech velmi podobné a celková struktura odpovědí v jednotlivých městech je zcela srovnatelná.

Graf č. 19 – Okruh všech skupin osob, které se společně podílejí na péči o osobu nebo osoby, kterým dotazovaný poskytuje péči – pilotní a kontrolní města



Kromě vyhodnocení celkového počtu osob zapojených do poskytování péče (viz graf č. 17), porovnání podílu respondentů, kteří uvádějí jednotlivé skupiny osob, které se do péče zapojují (graf č. 18), a vyhodnocení toho, se kterými skupinami osob respondenti při péči spolupracují (ať už výhradně s tou či onou skupinou nebo s více různými skupinami osob současně) - graf č. 19, je vhodné, věnovat pozornost také otázce, jaká je (respektive zda se ve sledovaných městech liší) celková skladba osob, které jsou zapojeny do péče o příjemce péče, již jim poskytují dotázané osoby.

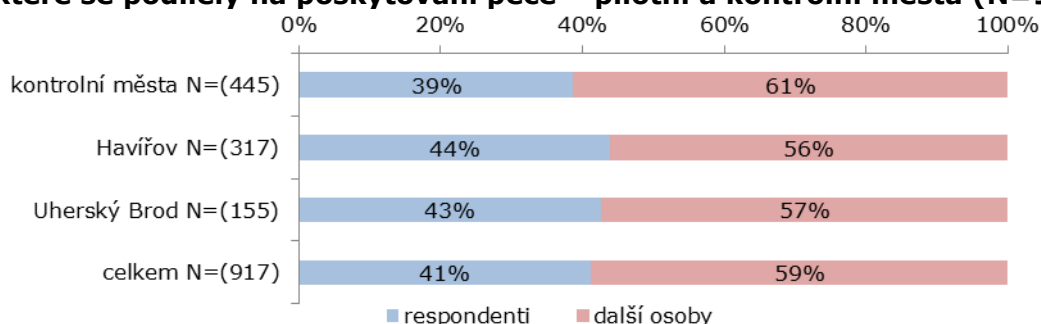
V případě vyhodnocení této otázky neodpovídá počet všech zkoumaných jednotek (100 %) počtu dotázaných osob, ale součtu všech osob, o kterých respondenti uvedli, že se podílejí na poskytování péče (N=540) s počtem dotázaných osob (N=377). Následující dvě vyhodnocení tedy necharakterizují respondenty samotné (ty charakterizovaly předchozí tři grafy), ale okruh osob, jež se podílejí na zajištění péče. Zatímco tedy grafy č. 17 a 18, vypovídaly o počtu osob podílejících se na péči, respektive o tom, jak velké části dotázaných pomáhá při zajištění péče ta či ona skupina osob (v prvním případě vždy za každou skupinu zvlášť, ve druhém vzájemné kombinace), následující srovnání poměří mezi sebou navzájem míru zapojení jednotlivých skupin osob do péče, a to nejprve prostým srovnáním míry zapojení respondentů s mírou zapojení dalších osob (graf č. 20, N=917), a posléze vyhodnocením celkové skladby všech dalších osob, které

se na poskytování péče spolu s respondenty podílejí (graf č. 21, v tomto případě vzorek reprezentují již pouze další respondenty uvedené osoby, tj. N=540).

Je zřejmé, že vyhodnocení zachycená v grafech č. 17-21 vycházejí stále ze stejných údajů. Tyto údaje ale jsou pokaždé vyhodnoceny a prezentovány odlišným způsobem tak, aby bylo možné zachytit poněkud odlišné aspekty vyplývající ze získaných dat. Údaje prezentované v grafech č. 17 a 20, respektive v grafech č. 18, 19 a 21 tak mezi sebou vzájemně souvisejí, zachycují ale vždy různé skutečnosti a je proto smysluplné, věnovat se jim v této zprávě takto podrobně.²⁸

Z celkového počtu osob, které se podílely na poskytování péče (tj. počet respondentů i všech jimi uvedených dalších osob podílejících se na poskytování péče), reprezentovaly respondenti v průměru dvě pětiny. Mezi sledovanými městy se tento průměrný podíl lišil jen minimálně.

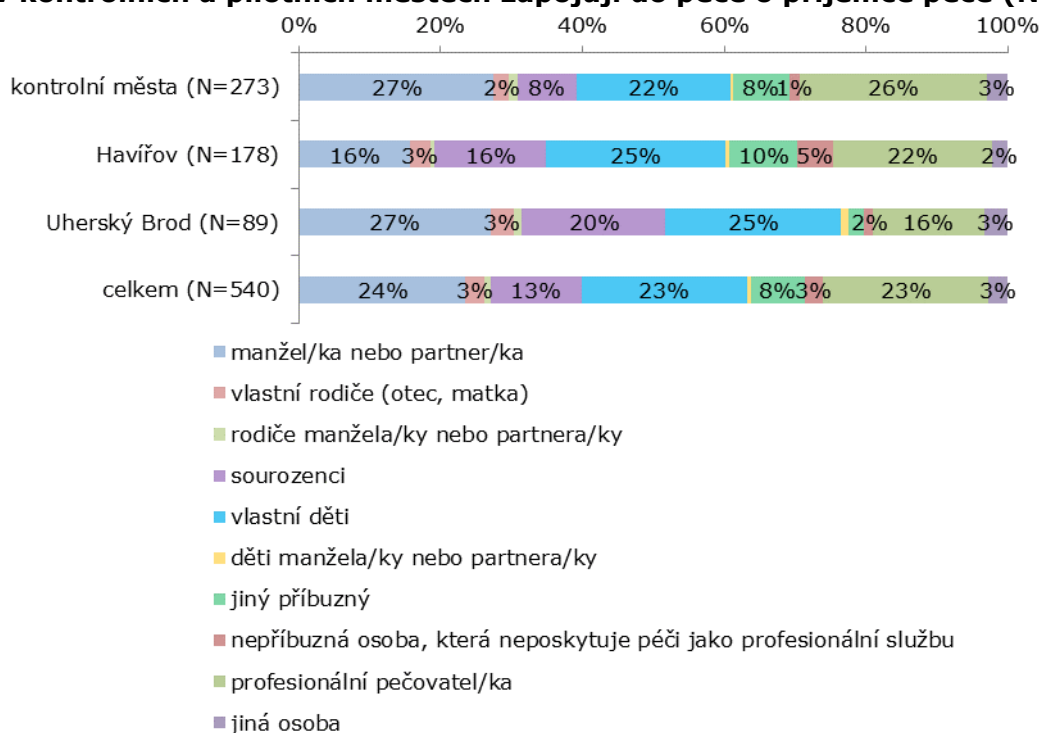
Graf č. 20 – Průměrný podíl respondentů a dalších osob z celkového počtu osob, které se podílely na poskytování péče – pilotní a kontrolní města (N=917)



Stejně jako z grafu č. 18, je i z grafu č. 21 jasně patrné, že z dalších osob pomáhajících při poskytování péče se do péče nejvíce zapojují manžel/ka (partner/ka), vlastní děti, profesionální pečovatelé a sourozenci. Ze zde provedeného srovnání je ale lépe patrné např. to, že v kontrolních městech tvořili profesionální pečovatelé čtvrtinu (26 %) ze všech dalších osob podílejících se na péči, zatímco v Uherském Brodě 16 %. Dále je zřejmé, že v Havířově reprezentovali manželé 16 % z celkového počtu všech dalších osob podílejících se na péči, zatímco v kontrolních městech a v Uherském Brodě 27 %. Patrné je také pouze 8% poměrné zastoupení sourozenců mezi dalšími osobami pomáhajícími s péčí v kontrolních městech (oproti 16, respektive 20 % v Havířově a v Uherském Brodě) a pouze 2 % podíl dalších příbuzných v Uherském Brodě (oproti 8, respektive 10 % v kontrolních městech a v Havířově).

²⁸ Jak údaje vztažené k respondentům, tak údaje přepočtené na celkové počty osob podílejících se na péči (respektive na počet dalších osoby podílejících se na péči vyjma respondentů samotných) totiž mají určité výhody a vzájemně doplňují. Hlavní výhoda, kterou má vyhodnocení „prostých“ podílů respondentů uvádějících jednotlivé skupiny (v grafech č. 17 a 18), spočívá ve větší srozumitelnosti a snazší možnosti interpretace dat. Výhodou srovnání „poměrné role“ jednotlivých skupin osob pomáhajících při péči (grafy č. 20 a 21) je srovnání všech získaných odpovědí podle jednotného měřítka, díky němuž bude možné mezi sebou snáze porovnat výsledky tohoto šetření s výsledky plánovaného navazujícího šetření (a toto srovnání je pro tyto účely přirozeně zároveň i mnohem lépe použitelné než vyhodnocení kombinovaných údajů prezentované v grafu č. 19).

Graf č. 21 – Skladba dalších osob (tj. vyjma samotných respondentů), které se v kontrolních a pilotních městech zapojují do péče o příjemce péče (N=540)



Co se týče **otázky, nakolik se na poskytování péče podílí sám respondent**,²⁹ bylo zjištěno, že 20 % dotázaných se na péči podílelo přibližně z poloviny (40-59 %). Nižší podíl na péči (méně než ze dvou pětín) byl zaznamenán u 14 % respondentů. Celkem 14 % respondentů poskytovalo větší část péče, ale stále ještě mělo významnou podporou dalších osob (tj. péče byla těmito osobami poskytována z více než poloviny, ale méně než ze tří čtvrtin). Další pětina respondentů (20 %) se do péče zapojovala již rozhodující měrou (ze tří čtvrtin nebo více, ale méně než z 90 %). Téměř naprosto sama péči obstarávala (90-99 % podíl na péči) další pětina respondentů (20 %). Výhradně o osobu (osoby) v péči pečovalo 13 % dotázaných.

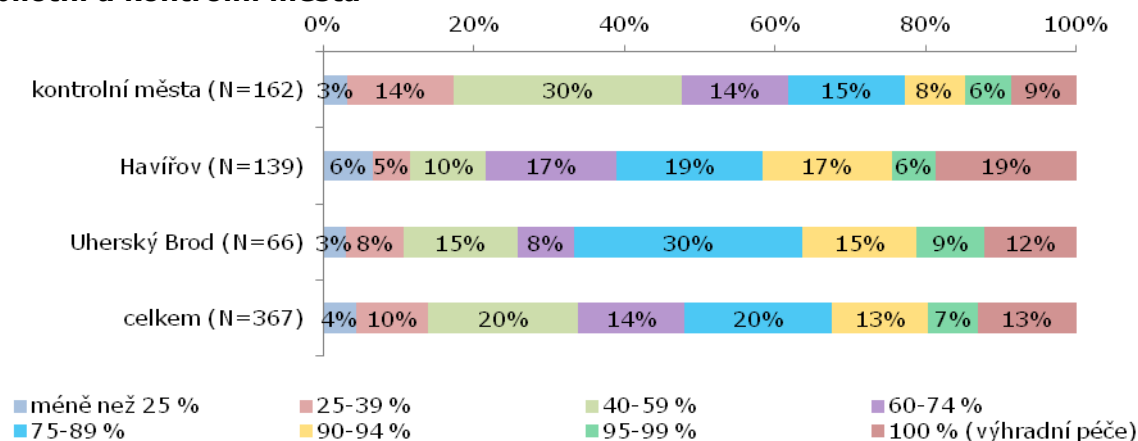
Celkový podíl osob podílejících se na péči z menší části byl ve všech městech srovnatelný. Podstatně se ale lišil podíl osob podílejících se na péči přibližně z poloviny. Ten byl nejvyšší v kontrolních městech (30 %) a nejnižší v Havířově (10 %). Větší část péče, stále ale ještě s významnou podporou dalších osob (60-74 % z celkového objemu potřebné péče) poskytovalo nejméně respondentů v Uherském Brodě (8 % oproti 17 % v Havířově a 14 % v kontrolních městech). Celkový podíl respondentů, kteří poskytovaly péči s velmi významnou nebo poměrně významnou podporou dalších osob tak byl nejvyšší v kontrolních městech (62 %). V Uherském Brodě a Havířově byl tento podíl výrazně nižší a v podstatě srovnatelný (Havířov 39 %, Uherský Brod 33 %).

Mezi sledovanými městy se lišily i podíly respondentů, kteří se na poskytování péče podíleli rozhodujícím způsobem (tj. ze 75-89 % poskytované péče), téměř úplně sami (90-99 %) a výhradně. První uvedená kategorie byla nejčastěji zastoupena v Uherském Brodě (30 % oproti 19 % v Havířově a 15 % v kontrolních městech). V kontrolních městech byl oproti pilotním městům nižší podíl respondentů, kteří péči poskytovali téměř úplně sami (14 % oproti 23 % v Havířově a 24 % v Uherském Brodě), i respondentů poskytujících péči výhradně (9 % oproti 12 % v Uherském Brodě a 19 % v Havířově).

²⁹ Otázka č. 13 dotazníku „Do jaké míry Vy sám/sama v současné době zajišťujete péči o osobu nebo osoby, o které pečujete? Zkuste odhadnout podíl Vámi poskytované péče (v %) z celkového objemu péče, která je této osobě nebo osobám poskytována společně Vámi i dalšími osobami.“

Podíl respondentů reprezentujících kategorie osob s nejvyšším zapojením do péče tak byl nejvyšší v Havířově a nejnižší v kontrolních městech.

Graf č. 22 – Respondenty odhadovaná míra zapojení do poskytování péče (vyjádřená procentuálním podílem z celkového objemu poskytované péče) – pilotní a kontrolní města



Popsané rozdíly v odhadované míře zapojení respondenta do poskytování péče mezi sledovanými městy lze patrně z určité části dát do souvislosti s počtem osob podílejících se na péči (graf č. 17) a podílem respondentů z celkového počtu osob, které se na péči podílejí (graf č. 20) na straně jedné a se strukturou příjemců příspěvku na péči ve sledovaných městech na straně druhé (viz graf č. 14). Zatímco totiž první dva uvedené parametry jsou ve všech sledovaných městech naprosto srovnatelné (tj. ze všech osob zapojených do poskytování péče se respondenti ve všech sledovaných městech podílejí ve srovnatelné míře), struktura příjemců příspěvku na péči vykazuje ve sledovaných městech poměrně výrazné odlišnosti, a to především výrazně vyšším podílem osob bez příspěvku na péči v kontrolních městech.

U pečujících osob žijících v kontrolních městech tak je (z logiky věci) nižší již samotná celková potřeba poskytování péče („100 % péče“). Zároveň ale lze vyslovit hypotézu, že v situaci, kdy jsou nároky na zajištění péče celkově nižší a počty osob zapojených do této péče zůstaly srovnatelné, je patrně snazší poskytování péče sdílet s dalšími osobami zapojenými do péče (respektive si ji patrně lze snáze „rovnoměrněji“ rozdělovat). To patrně do jisté míry platí i tehdy, když se na péči podílí další člen domácnosti respondenta, nicméně týká se to především případů, kdy je další pečující osobou profesionální pečovatel (pečovatelka), neboť v případě nižších celkových nároků na zajištění péče patrně může právě profesionální pečovatel nebo pečovatelka zajistit větší proporční podíl poskytované péče. Z grafu č. 18 přitom vyplynulo, že v kontrolních městech se na poskytování péče výrazně více podíleli právě profesionální pečovatelé (v kontrolních městech poskytovali péči společně se 42 % dotázaných, oproti 29 % dotázaných v Havířově a 21 % v Uherském Brodě)

I vzhledem k tomuto hypotetickému předpokladu lze konstatovat, že rozdílná míra zapojení respondentů v kontrolních městech patrně nemá příliš výraznou souvislost s regionálními rozdíly nebo se způsobem kontaktování respondentů.

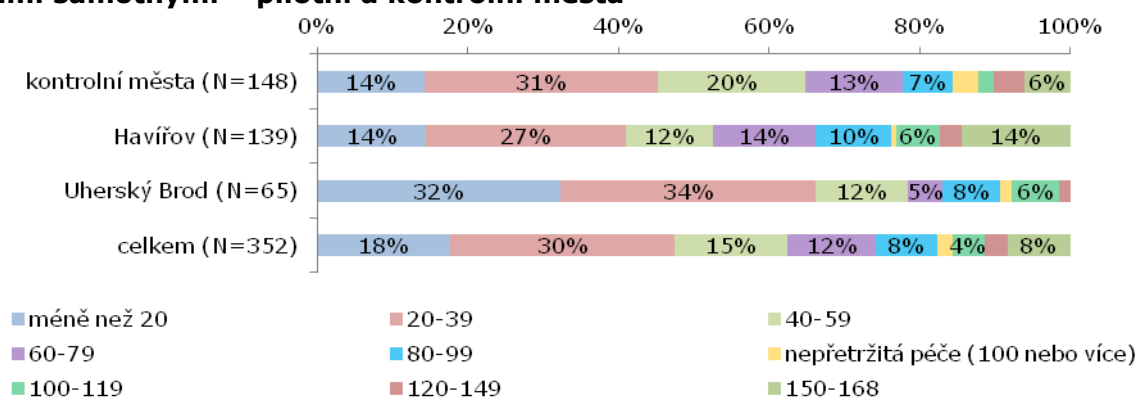
Při **odhadu počtu hodin, které dotázaný během jednoho týdne věnuje péči**,³⁰ odhadovala přibližně polovina dotázaných (48 %), že se poskytování péče věnuje méně než 40 hodin týdně (tj. méně než přibližně čtvrtinu z veškerého času, který je během týdne k dispozici). Další přibližně čtvrtina dotázaných uvedla, že se péči věnují 40-79

³⁰ Otázka č. 14 dotazník „Kolik času v současné době Vy sám/sama obvykle věnujete péči o osobu nebo osoby, o které pečujete? Uveďte, prosím, celkový počet hodin, který péči obvykle věnujete za týden.“

hodin týdně, tj. péče jim z celého týdne zabírá čtvrtinu či více, ale méně polovinu z celkového počtu hodin v jednom týdnu. Poskytování péče v rozsahu 80 či více, ale méně než 100 hodin týdně uvedlo 8 % dotázaných. Celkem 17 % dotázaných pak buďto uvedlo, že péči poskytují více než 100 hodin týdně nebo uvedlo slovní odpovědi či jiná početní vyjádření toho, že poskytují nepřetržitou péči.

Podíl respondentů věnujících péči více než 80 hodin byl nejvyšší v Havířově (34 % oproti 22 % v kontrolních městech a 17 % v Uherském Brodě). V kontrolních městech byl nejvyšší podíl respondentů poskytujících péči 40-79 hodin (32 % oproti 25 % v Havířově a 17 % v Uherském Brodě). Méně než 40 hodin péči poskytovalo 66 % dotázaných z Uherského Brodu, 45 % dotázaných z kontrolních měst a 41 % dotázaných z Havířova.

Graf č. 23 – Respondenty odhadovaný počet hodin péče poskytované za týden jimi samotnými – pilotní a kontrolní města



Mezi sledovanými regiony jsou zřetelné rozdíly co do počtu hodin, které respondenti týdně věnují poskytování péče. Ukazuje se přitom, že tyto rozdíly zjevně nekorrespondují s výše přiblíženými zjištěními o poměrné míře zapojení respondentů do poskytování péče. Pokud by mezi těmito zjištěními měla existovat vzájemná souvislost, muselo by se u nyní sledované otázky ukázat, že nejvyšší podíly respondentů poskytujících péči v rozsahu méně než 40 hodin, respektive v rozsahu 40-79 hodin jsou mezi respondenty z kontrolních měst. Tak tomu ale není. Současně vzájemnou souvislost těchto otázek vylučuje také to, že v případě poměrného zapojení respondentů do poskytování péče byla zjištěna podobná situace v Havířově a v Uherském Brodě, zatímco v případě počtu hodin péče poskytovaných za jeden týden byla zjištěna podobná situace v kontrolních městech a v Havířově.

Získané poznatky o počtu hodin, které respondenti věnují péči týdně, zároveň ani nekorrespondují se zjištěnými rozdíly ve struktuře příjemců příspěvku na péči u respondentů v jednotlivých sledovaných městech. Takovou souvislost by bylo možné očekávat pouze tehdy, pokud by nejnižší podíl respondentů, kteří budou péči poskytovat v rozsahu nad 80 hodin týdně, případně i v rozsahu nad 40 hodin týdně, byl zjištěn v kontrolních městech (podobně jako bylo v těchto městech u předchozí otázky zjištěno nejmenší poměrné zapojení respondentů do zajištění péče o příjemce péče). U těchto dvou parametrů ale byly zjištěny nejnižší podíly respondentů v Uherském Brodě, přičemž rozdíl mezi charakteristikami respondentů z tohoto hlediska v Uherském Brodě a v kontrolních městech jsou u obou těchto parametrů zřetelně patrné. Proti hypotéze o možné souvislosti odpovědí na tuto otázku s výší příspěvku na péči přiznaného příjemcům péče hovoří také to, že v odpovědích na tuto otázku byl zaznamenán značný rozdíl odpovědí mezi respondenty z Uherského Brodu a Havířova (struktura příjemců příspěvku na péči se přitom mezi respondenty z těchto měst nelišila příliš výrazně), a naopak odpovědi respondentů na tuto otázku neukazují příliš výrazné rozdíly mezi respondenty z kontrolních měst a respondenty z Havířova, zatímco struktura příjemců příspěvků na péči byla v kontrolních městech a v Havířově značně odlišná.

Z těchto důvodů lze předpokládat, že odhad počtu hodin věnovaných týdně poskytování péče ovlivňují jiné okolnosti než stupeň příspěvku na péči nebo poměrná míra zapojení respondentů do poskytování péče. Za této situace lze uvažovat tato dvě hypotetická vysvětlení: Buď by (v souvislosti s regionálními rozdíly) v obou pilotních městech a v kontrolních městech měl být odlišným způsobem posuzován stupeň příspěvku na péči – s takovým předpokladem ale nekorespondují poznatky vyplývající z odpovědí respondentů vyhodnocených v předchozí otázce. Zde popsany rozpor by tak mohly spíše vysvětlovat případné rozdíly v charakteru poskytované péče nebo ve využívání různých služeb mezi sledovanými městy. Proti druhému z obou těchto předpokladů ale hovoří dále prezentované údaje o využívání služeb (viz grafy č. 24 a 25). Důvodem toho, že počet hodin péče poskytovaných týdně nekoresponduje s poměrným zapojením respondentů do poskytování péče, tak může být buďto charakter poskytované péče (viz kapitola 2.1.4) nebo vliv využívání různých služeb na rozsah péče, kterou musí příjemci péče zajistit samotný respondent (viz kapitola 2.2.3).

Tyto a další otázky jsou podrobněji rozebrány v dalším textu této zprávy a jejich vzájemná souvislost s otázkou počtu hodin věnovaných respondentem péči je diskutována dále v textu.

Při hodnocení **míry zapojení pracovníků dalších organizací poskytujících sociální nebo zdravotní služby**³¹ uvedly čtyři pětiny dotázaných (79 %), že tito pracovníci se na poskytování péče společně s nimi podíleli, respektive že dotázaní při poskytování péče využívali některé služby zajišťované těmito pracovníky.

Míra spolupráce s dalšími organizacemi byla nejvyšší v kontrolních městech (některou z organizací nebo služeb uvedlo 85 % dotázaných). Poněkud nižší, i když stále velmi vysoká míra spolupráce s dalšími organizacemi byla zjištěna v Havířově (79 %). Nejmenší podíl dotázaných s pracovníky dalších organizací při poskytování péče spolupracoval v Uherském Brodě (61 %).

Nejčastěji využívanými službami byly služby poskytované v ambulantních zdravotnických zařízeních. Tuto možnost uvedla téměř polovina dotázaných (46 %). Třetina dotázaných (34 %) uvedla, že do poskytování péče se zapojovali také pracovníci terénních sociálních služeb. Pětina dotázaných (20 %) mezi využívanými typy služeb uvedla terénní zdravotnické služby. U pobytových zdravotnických zařízení, pobytových sociálních služeb a ambulantních sociálních služeb byl zcela srovnatelný podíl osob, které s nimi při poskytování péče spolupracují (6-8 %).

Jinak než v rámci zvolené typologie využívané druhy služeb charakterizovala 3 % dotázaných. Respondenti v těchto případech uvedli tyto odpovědi: rozvoz obědů (tato a dvě následující možnosti byly uvedeny 2x), rehabilitace, konkrétní organizace, taxi pro seniory (tato a další možnosti uvedeny 1x), onkologie a terénní hospicová péče.

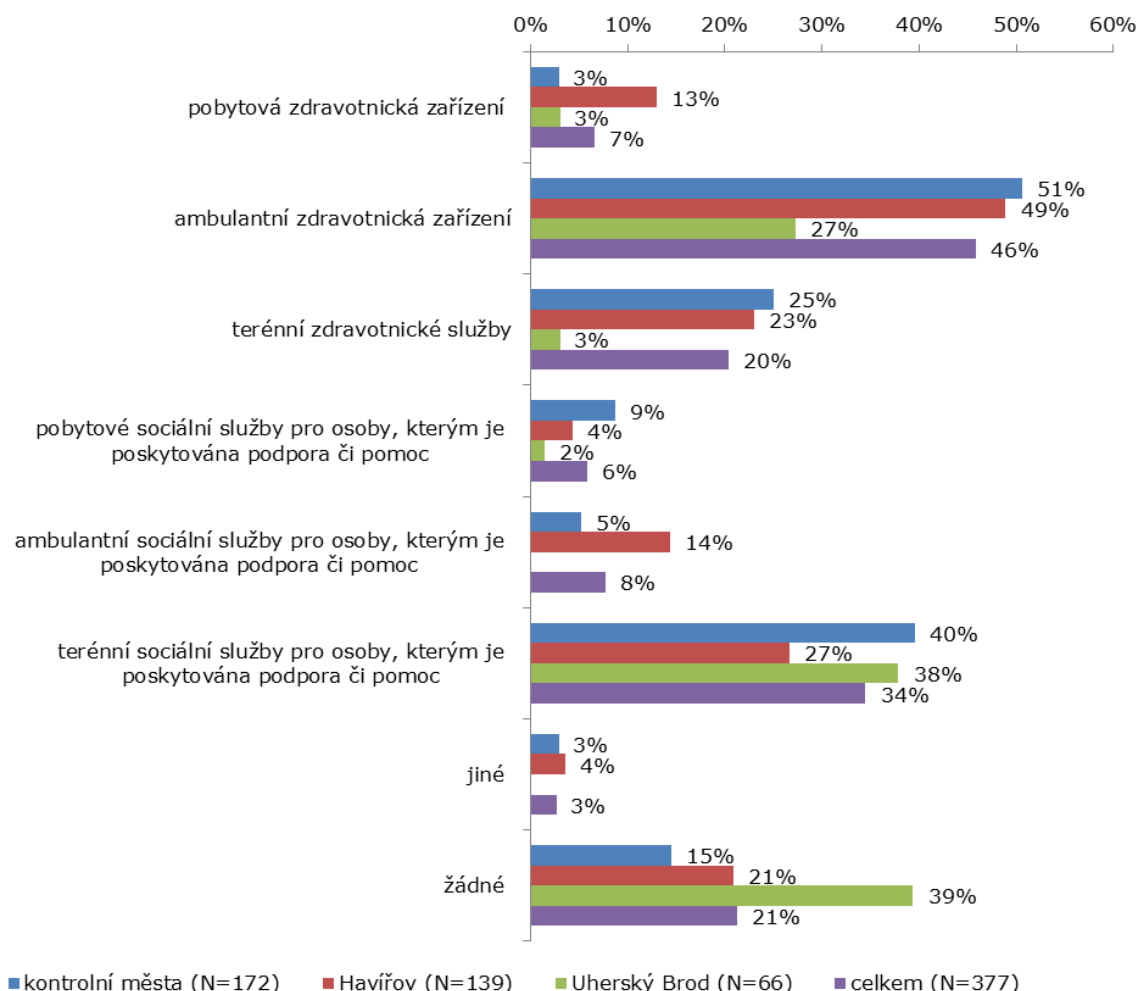
Ze sledovaných měst byla u většiny sledovaných druhů služeb míra jejich využívání nejnižší v Uherském Brodě:

- zapojení ambulantních zdravotnických zařízení do poskytování péče: v Uherském Brodě 27 %, oproti 49 % v Havířově a 51 % v kontrolních městech,
- terénní zdravotní služby: Uherský Brod 3 %, oproti 23 % v Havířově a 25 % v kontrolních městech,
- pobytové sociální služby: v Uherském Brodě 2 %, v Havířově 4 % a v kontrolních městech 9 %.
- ambulantní sociální služby: v Uherském Brodě nikdo z dotázaných, oproti 5 % v kontrolních městech a 14 % v Havířově a

³¹ Otázka č. 16 dotazníku „Podílejí se na péči o osobu nebo osoby, kterým poskytujete péči, kromě Vás také pracovníci organizací poskytujících sociální nebo zdravotní služby?“

Míra spolupráce dotázaných s terénními sociálními službami byla nejnižší v Havířově (27 % dotázaných oproti 38 % dotázaných v Uherském Brodě a 40 % dotázaných v kontrolních městech). Naopak nejvíce dotázaných v Havířově spolupracovalo při poskytování péče s pobytovými zdravotnickými zařízeními (13 % oproti 3 % v kontrolních městech a v Uherském Brodě) a s ambulantními sociálními službami (viz poslední bod v předchozím odstavci).

Graf č. 24 – Podíl respondentů, kteří při poskytování péče využívají služeb různých organizací, podle typu služby – pilotní a kontrolní města



Získané odpovědi potvrdily, že odpovědi respondentů na podotázku týkající se míry zapojení profesionálních pečovatелů/ek (zjištěné v rámci otázky porovnávající míru zapojení dalších osob do poskytování péče) do určité míry souvisejí i s hodnocením celkové míry zapojení všech dalších institucí podílejících se na poskytování péče (zapojení pečovatелů/ek: v Uherském Brodě 21 %, v Havířově 29 % a v kontrolních městech 42 %; zapojení pracovníků organizací poskytující sociální nebo zdravotní služby celkem – ve stejném pořadí: 61 %, 79 %, 85 %).

Obě otázky ale sledují velmi odlišné otázky, přičemž první jmenovaná otázka srovnávala podíl různých skupin osob na poskytování péče a nerozlišovala okruh služeb, které profesionální pečovatелé/ky reprezentují, druhá se naopak již výhradně soustředila na využívané služby, jež přitom byly rozlišeny podrobněji. Zatímco v prvním případě tak byla sledována míra přímého zapojení do poskytování péče, ve druhém mohla být důvodem pro uvedení typu služby jakákoliv forma jejího využití. Zároveň byly mezi předložené možnosti zařazeny i takové služby, jako např. ambulantní zdravotní péče, u níž lze předpokládat, že ji respondenti uvedou i tehdy, pokud služby poskytnuté

v ambulantním zdravotnickém zařízení poskytování péče přímo neovlivňují (spíše je respondenti uvádějí proto, že jsou „součástí komplexu služeb“ zajišťovaných při poskytování péče). V neposlední řadě se pak podíl respondentů konstatujících využívání určitých služeb odvíjel od uvedení i jen jednoho z předložených typů služeb. Z těchto důvodů je tedy ve všech třech regionech míra využívání sociálních nebo zdravotních služeb podstatně vyšší než míra zapojení profesionálních pečovatелů/ek do poskytování péče. A také vzájemná souvislost obou těchto otázek je jen poměrně volná.

Lze proto předpokládat, že i důvody rozdílů zaznamenaných u této otázky, a především při vzájemném srovnání míry využívání jednotlivých typů služeb mezi sebou, budou také odlišné, než tomu bylo u otázky věnující se míře zapojení různých osob do poskytování péče. I v tomto případě ale některé zaznamenané rozdíly patrně budou souviset s odlišnými charakteristikami regionů z hlediska vybavenosti různými typy služeb, popřípadě jejich lišící se kapacitou, dostupností apod. K tomu ale lze dále předpokládat možnost lišící se informovanosti respondentů o různých typech služeb v jednotlivých regionech a samozřejmě také možnost lišících se preferencí pečujících osob nebo příjemců péče. Nelze přitom vyloučit, že na tyto charakteristiky mohly mít určitý vliv i lišící se způsob nebo místo oslovení respondentů, primárně ale rozdíly v odpovědích na tuto otázku mezi regiony odrážejí především objektivní charakteristiky sítě služeb v daném regionu, míru informovanosti respondentů o nich nebo subjektivní vnímání jednotlivých typů služeb respondenty (důvěra vůči nim, zkušenosti s nimi atd.).

Jak již bylo naznačeno v souvislosti s počtem hodin péče poskytovaných respondenty týdně, i při využívání různých forem sociálních nebo zdravotních služeb jsou mezi sledovanými městy značné rozdíly, kdy nejnižší míra využívání jakýchkoli těchto služeb byla zjištěna v Uherském Brodě a nejvíce byly tyto služby využívány v kontrolních městech (rozdíl oproti Havířovu ale byl již méně výrazný), a v Uherském Brodě byla současně respondenty využívána odlišná skladba služeb, než v Havířově a kontrolních městech (v nich byla skladba využívaných služeb velmi podobná).

V souvislosti s tím, jaké rozdíly mezi sledovanými městy byly zjištěny u otázky týkající počtu hodin poskytované péče za týden, je přitom zřejmé, že rozdíly v míře využívání služeb, a to ani v případě terénních sociálních služeb, nemohou popsaný rozpor vysvětlit, dokonce spíše do možnosti porozumět této otázce vnáší další otázky.

Ukázalo se totiž, že vyšší míra využívání terénních sociálních služeb sama o sobě rozhodně nemůže rozdíl v počtu hodin poskytované péče vysvětlit. Podíl respondentů, kteří využívají terénní sociální služby, z celkového počtu respondentů je totiž sice v Uherském Brodě výrazně vyšší než v Havířově (38 % v Uherském Brodě a 27 % Havířově), ale je mírně nižší než obdobný podíl v kontrolních městech (40 %).

Samotný okruh využívaných služeb a míra jejich využívání tedy na počet hodin péče poskytovaných týdně patrně určitý vliv mají, ale tento vliv je spíše zanedbatelný. Mnohem důležitějšími faktory ovlivňujícími počet hodin péče poskytované týdně jsou proto spíše konkrétní nastavení a fungování takových služeb ve sledovaných městech a charakter poskytované péče (více k tomu viz dále), respektive jejich vzájemná souvislost (tj. konkrétní dopady využívání služeb na možnosti, rozsah či způsob poskytování péče).

Zde uvedené rozlišení (podle resortní příslušnosti a podle formy poskytování na terénní, ambulantní a pobytové služby) nepostihuje povahu (obsah) služeb. Z tohoto důvodu počet respondenty zvolených možností odpovědi v této otázce, stále nevypovídá o počtu fakticky využívaných služeb, s nimiž respondenti při poskytování péče spolupracují.

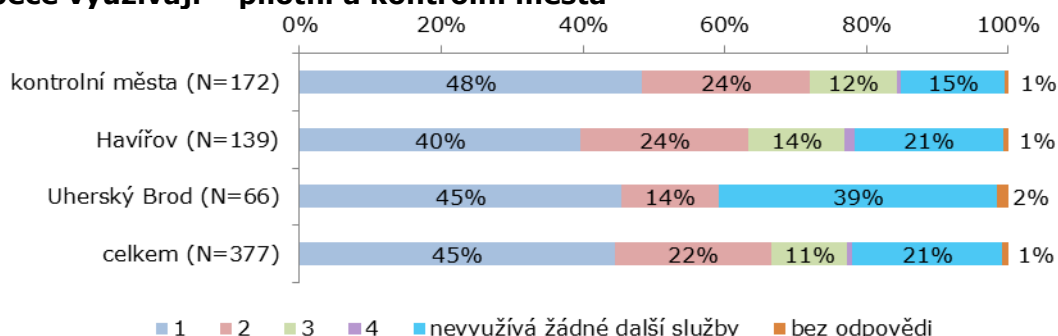
I tak je ale vhodné sledovat i informaci o tom, zda dotázaní využívají souběžně zdravotní a sociální služby, respektive zda využívají více různých forem jejich poskytování (terénní, ambulantní nebo pobytovou formu poskytování u obou skupin služeb). Tento údaj totiž ukazuje, zda se respondenti při využívání služeb pomáhajících jim při poskytování péče

obracejí na služby v jednom či více resortů, respektive jak často respondenti využívají zároveň dvě nebo více různých forem pomoci a podpory (z hlediska místa pobytu příjemce péče a místa poskytnutí příslušné služby). Takovéto srovnání tak sice zahrnuje dvě velice rozdílné typové charakteristiky využívaných služeb. I tak ale je zřejmé, že rozlišení služeb pouze podle jejich formy (tj. na terénní, ambulantní a pobytové služby) nebo pouze dle jejich resortní příslušnosti by postihovalo vždy pouze jeden z aspektů týkajících se otázky, zda respondenti v této situaci kombinují více různých typově odlišných služeb.

Provedené srovnání ukázalo, že dvě nebo více typově odlišných služeb využívá při poskytování péče třetina dotázaných (33 %). Podíl osob, které využívali při poskytování péče dvě nebo více typově odlišných služeb, byl nejnižší v Uherském Brodě (14 %). V Havířově a kontrolních městech byl podíl těchto osob zcela srovnatelný (39 % Havířově a 37 % kontrolní města).

Z obou posledních provedených srovnání je patrné, situace v Uherském Brodě se od města Havířova i kontrolních měst liší výrazně vyšším podílem respondentů, kteří nevyužívají žádné další služby, a současně výrazně nižším zjištěným podílem osob, které využívají dvě či více typově odlišných služeb. Naopak podíly osob, které při poskytování péče využívají pouze jednu z uvedených typově odlišných služeb, je ve všech sledovaných městech srovnatelný.

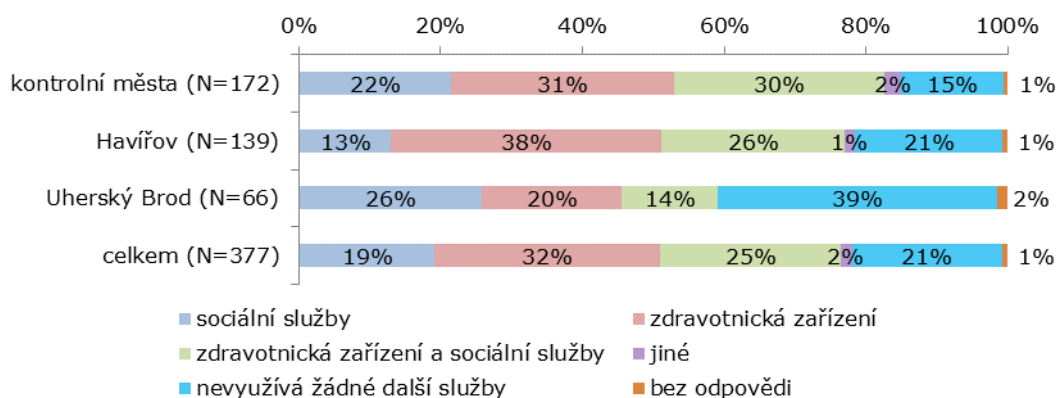
Graf č. 25 – Počet typově odlišných služeb, které respondenti při poskytování péče využívají – pilotní a kontrolní města



Třetina dotázaných (32 %) využívala pouze zdravotní služby (terénní, ambulantní nebo pobytové), pětina dotázaných (19 %) sociální služby (opět v kterékoli z uvedených forem) a čtvrtina (25 %) sociální a zdravotní služby zároveň (v kterékoli formě).

Podíl respondentů využívajících zdravotní služby byl nejnižší v Uherském Brodě (20 % oproti dvěma pětinám v Havířově a kontrolních městech), stejně jako podíl respondentů využívajících současně sociální a zdravotní služby (14 %, oproti 26 % v Havířově a 38 % v kontrolních městech). Nejnižší byl podíl respondentů využívajících sociální služby v Havířově (13 %, oproti zhruba čtvrtině v Uherském Brodě a kontrolních městech).

Graf č. 26 – Okruh služeb využívaných respondenty, kteří při poskytování péče využívají služeb různých organizací – pilotní a kontrolní města



Podobně jako při srovnávání míry zapojení různých dalších osob do poskytování péče bylo i u této otázky vhodné porovnat podíly jednotlivých typově odlišných služeb z celkového počtu všech respondenty využívaných typově odlišných služeb. I v tomto případě jsou některé zjištění zachycená v následujícím grafu velmi podobná zjištěním zachyceným ve výše uvedeném grafu (graf č. 24), nicméně až z tohoto srovnání je dostatečně patrné, jaký je mezi podíly využívání jednotlivých typově odlišných služeb ve sledovaných městech vzájemný poměr. Podobně jako v případě výše zmíněné otázky týkající se zapojení různých osob do poskytování péče, navíc toto srovnání také lépe než úvodní srovnání umožňuje porovnávat poznatky získané v prvním a druhém dotazníkovém šetření.

Celkový počet zkoumaných jednotek (100 %) měl v tomto případě hodnotu 468. Do tohoto počtu byly započteny všechny odpovědi uvedené respondenty, kteří při poskytování péče, využívají služby různých organizací (tj. kromě odpovědí respondentů, kteří žádné další služby nevyužívají).

Z provedeného vzájemného srovnání počtu uvedení jednotlivých skupin služeb je patrné, že z dalších služeb využívaných respondenty při poskytování péče mají největší význam ambulantní zdravotnická zařízení (reprezentují téměř dvě pětiny všech respondenty využívaných služeb) a terénní sociální služby (více než čtvrtina všech využívaných služeb). Jednu šestinu (16 %) využívaných služeb reprezentovaly terénní zdravotnické služby a srovnatelný podíl (18 %) připadal na ostatní sledované typy služeb.

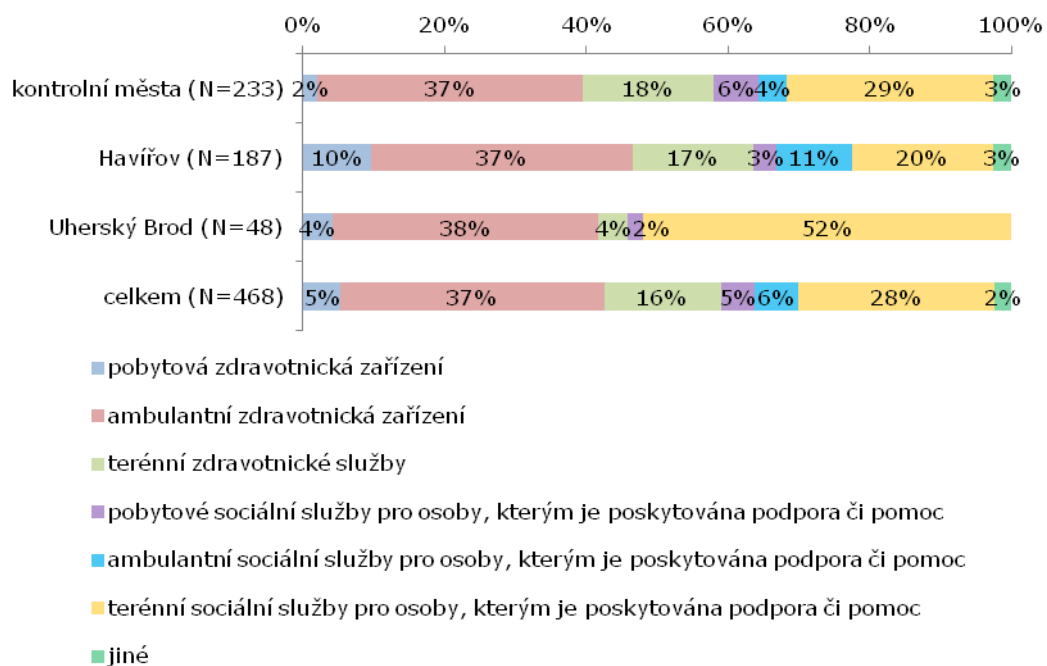
Mezi Havířovem a kontrolními městy byly co do vzájemného poměru jednotlivých skupin služeb zjištěny jen velmi malé rozdíly (nejvýraznějším rozdílem bylo 10% poměrné zastoupení pobytových zdravotních služeb mezi využívanými službami v Havířově oproti jejich 2% podílu v kontrolních městech a 29% podíl terénních sociálních služeb v kontrolních městech oproti 20% podílu v Havířově). V Havířově i kontrolních městech se tak vzájemná proporce využívání jednotlivých služeb příliš nelišila od situace v celém sledovaném vzorku.

Naproti tomu v Uherském Brodě se míra využívání jednotlivých služeb lišila zcela zásadně: pouze desetina respondentů z Uherského Brodu využívala jiné než terénní sociální služby nebo ambulantní zdravotní služby (v kontrolních městech využívala další typy služeb třetina dotázaných a v Havířově dvě pětiny dotázaných). Zatímco míra využívání ambulantních zdravotních služeb byla ve všech sledovaných městech naprosto srovnatelná (37-38 %), výrazně vyšší byla v Uherském Brodě oproti kontrolním městům a Havířovu míra využívání terénních sociálních služeb (přibližně polovina z celkového počtu využívaných služeb).³²

³² K výše uvedenému komentáři k případné vzájemné souvislosti této otázky a počtu hodin týdně věnovaných péči respondentem nebyly využity nyní prezentované údaje, ale vycházel z údajů prezentovaných již v grafu č. 24. Graf č. 27 totiž není pro tyto účely vhodný, protože nezohledňuje to, že v Uherském Brodě byl podstatně nižší i podíl respondentů, kteří využívali alespoň některý z typů služeb uvedených v předloženém seznamu. Při využití údajů uvedených v grafu č. 27 by tak byl prezentovaný údaj zkreslující, neboť podíl respondentů využívajících terénní sociální služby v Uherském Brodě je dokonce mírně nižší, než je tomu v kontrolních

městech. Pro potřeby srovnání s jinou otázkou ale není možné porovnat až tyto „přepočtené údaje“, ale je nutné se opírat o výchozí podíl počtu osob, které využívají terénní služby. Zde provedené srovnání ale jasně dokumentuje v jednotlivých regionech zcela odlišné preference při využívání různých typů služeb mezi těmi respondenty, kteří nějaké služby využívají.

Graf č. 27 – Skladba služeb, které v kontrolních a pilotních městech využívají pečující osoby (N=468) – pilotní a kontrolní města



Shrnutí III: Stěžejní parametry péče poskytované respondenty

Počet osob, podílejících se s dotázanou osobou na poskytování péče

Polovina dotázaných uvedla, že na poskytování péče příjemci (příjemcům) péče se podílí jedna další osoba. Další dvě osoby se na péči podílely v jedné třetině případů a téměř desetina (9 %) dotázaných uvedla, že na péči se společně s dotázaným podílejí tři nebo čtyři osoby. Stejný (9%) podíl osob uvedl, že na poskytování péče příjemci (příjemcům) péče se kromě dotázaného nikdo další nepodílí.

Struktura odpovědí podle toho, kolik dalších osob je zapojeno do poskytování péče, byla ve všech sledovaných městech velmi podobná. Pouze v Havířově byl zjištěn zřetelně nižší (25%) podíl respondentů, s nimiž se na poskytování péče podílely dvě osoby. Mírně vyšší pak byl mezi respondenty z Havířova podíl těch, kteří péči poskytovali sami, a těch, kteří ji zajišťovali společně s jednou další osobou.

Průměrné procento respondentů z celkového počtu osob poskytujících péči

Z celkového počtu osob, které se podílely na poskytování péče (tj. počet respondentů i všech jimi uvedených dalších osob podílejících se na poskytování péče), reprezentovali respondenti v průměru dvě pětiny. Mezi sledovanými městy se tento průměrný podíl lišil jen minimálně.

Okruh osob, podílejících se s dotázanou osobou na poskytování péče

Nejčastěji se na poskytování péče příjemcům péče podíleli manželé či partneři (tuto možnost uvedlo 34 % dotázaných), vlastní děti a profesionální pečovatelé (každou z těchto možností uvedlo 33 % dotázaných). Významně se na poskytování péče podíleli také sourozenci (18 %).

V jednotlivých regionech bylo možné pozorovat tyto nejvýraznější rozdíly ve struktuře dalších osob zapojených do poskytování péče: V kontrolních městech tvořili profesionální pečovatelé čtvrtinu (26 %) ze všech dalších osob podílejících se na péči, zatímco v Uherském Brodě 16 %. V Havířově reprezentovali manželé 16 % z celkového počtu všech dalších osob podílejících se na péči, zatímco v kontrolních městech a v Uherském Brodě 27 %. Patrné je také pouze 8% poměrné zastoupení sourozenců mezi dalšími osobami pomáhajícími s péčí v kontrolních městech (oproti 16, respektive 20 % v Havířově a v Uherském Brodě) a pouze 2 % podíl dalších příbuzných v Uherském Brodě (oproti 8, respektive 10 % v kontrolních městech a v Havířově).

Odhadovaná míra zapojení respondentů do poskytování péče v %

Přibližně z poloviny (40-59 %) se na péči podílelo 20 % dotázaných, nižší podíl na péči (méně než ze dvou pětín) byl zaznamenán u 14 % respondentů. Celkem 14 % respondentů poskytovalo větší část péče, ale stále ještě mělo významnou podporou dalších osob (tj. péče byla těmito osobami poskytována z více než poloviny, ale méně než ze tří čtvrtin). Další pětina respondentů (20 %) se do péče zapojovala již rozhodující měrou (ze tří čtvrtin nebo více, ale méně než z 90 %). Téměř naprosto sama péči obstarávala (90-99 % podíl na péči) další pětina respondentů (20 %). Výhradně o osobu (osoby) v péči pečovalo 13 % dotázaných.

Celkový podíl osob podílejících se na péči z menší části byl ve všech městech srovnatelný. Podstatně se ale lišil podíl osob podílejících se na péči přibližně z poloviny. Ten byl nejvyšší v kontrolních městech (30 %) a nejnižší v Havířově (10 %). Větší část péče, stále ale ještě s významnou podporou dalších osob (60-74 % z celkového objemu potřebné péče) poskytovalo nejméně respondentů v Uherském Brodě (8 % oproti 17 % v Havířově a 14 % v kontrolních městech). Celkový podíl respondentů, kteří poskytovaly péči s velmi významnou nebo poměrně významnou podporou dalších osob tak byl nejvyšší v kontrolních městech (62 %). V Uherském Brodě a Havířově byl tento podíl výrazně nižší a v podstatě srovnatelný (Havířov 39 %, Uherský Brod 33 %).

Mezi sledovanými městy se lišily i podíly respondentů, kteří se na poskytování péče podíleli rozhodujícím způsobem (tj. ze 75-89 % poskytované péče), téměř úplně sami (90-99 %) a výhradně. První uvedená kategorie byla nejčastěji zastoupena v Uherském Brodě (30 % oproti 19 % v Havířově a 15 % v kontrolních městech). V kontrolních městech byl oproti pilotním městům nižší podíl respondentů, kteří péči poskytovali téměř úplně sami (14 % oproti 23 % v Havířově a 24 % v Uherském Brodě), i respondentů poskytujících péči výhradně (9 % oproti 12 % v Uherském Brodě a 19 % v Havířově). Podíl respondentů reprezentujících kategorie osob s nejvyšším zapojením do péče tak byl nejvyšší v Havířově a nejnižší v kontrolních městech.

Počet hodin věnovaný respondentem týdně poskytování péče

Přibližně polovina dotázaných (48 %) odhadovala, že se poskytování péče věnuje méně než 40 hodin týdně (tj. méně než přibližně čtvrtinu z veškerého času, který je během týdne k dispozici). Další přibližně čtvrtina dotázaných uvedla, že se péči věnují 40-79 hodin týdně, tj. péče jim z celého týdne zabírá čtvrtinu či více, ale méně než polovinu z celkového počtu hodin v jednom týdnu. Poskytování péče v rozsahu 80 či více, ale méně než 100 hodin týdně uvedlo 8 % dotázaných. Celkem 17 % dotázaných pak buďto uvedlo, že péči poskytují více než 100 hodin týdně nebo uvedlo slovní odpovědi či jiná početní vyjádření toho, že poskytují nepřetržitou péči.

Podíl respondentů věnujících péči více než 80 hodin byl nejvyšší v Havířově (34 % oproti 22 % v kontrolních městech a 17 % v Uherském Brodě). V kontrolních městech byl nejvyšší podíl respondentů poskytujících péči 40-79 hodin (32 % oproti 25 % v Havířově a 17 % v Uherském Brodě). Méně než 40 hodin péči poskytovalo 66 % dotázaných z Uherského Brodu, 45 % dotázaných z kontrolních měst a 41 % dotázaných z Havířova.

Míra zapojení pracovníků organizací poskytujících sociální nebo zdravotní služby

Podle čtyř pětín dotázaných se na poskytování péče podíleli pracovníci sociálních nebo zdravotních služeb, popřípadě dotázaní při poskytování péče využívali jimi zajišťované služby. Míra spolupráce s dalšími organizacemi byla nejvyšší v kontrolních městech (některou z organizací nebo služeb uvedlo 85 % dotázaných). Poněkud nižší, i když stále velmi vysoká míra spolupráce s dalšími organizacemi byla zjištěna v Havířově (79 %). Nejmenší podíl dotázaných s pracovníky dalších organizací při poskytování péče spolupracoval v Uherském Brodě (61 %).

Třetina dotázaných (32 %) využívala pouze zdravotní služby (terénní, ambulantní nebo pobytové), pětina dotázaných (19 %) sociální služby (opět v kterékoli z uvedených forem) a čtvrtina (25 %) sociální a zdravotní služby zároveň (v kterékoli formě).

Podíl respondentů využívajících zdravotní služby byl nejnižší v Uherském Brodě (20 % oproti dvěma pětinám v Havířově a kontrolních městech), stejně jako podíl respondentů využívajících současně sociální a zdravotní služby (14 %, oproti 26 % v Havířově a 38 % v kontrolních městech). Nejnižší byl podíl respondentů využívajících sociální služby v Havířově (13 %, oproti zhruba čtvrtině v Uherském Brodě a kontrolních městech).

Ze srovnání míry využívání služeb v jejich podrobnějším rozlišení (tj. současně podle resortu a podle formy jejich poskytování) vyplynulo, že v Havířově i kontrolních městech se vzájemná proporce využívání jednotlivých podrobně rozlišených služeb příliš nelišila od situace v celém sledovaném vzorku. Naproti tomu v Uherském Brodě se míra využívání jednotlivých služeb lišila zcela zásadně: pouze desetina respondentů z Uherského Brodu využívala jiné než terénní sociální služby nebo ambulantní zdravotní služby (v kontrolních městech jiné služby využívala třetina dotázaných a v Havířově dvě pětiny dotázaných). Zatímco míra využívání ambulantních zdravotních služeb byla ve všech sledovaných městech naprosto srovnatelná (37-38 %), výrazně vyšší byla v Uherském Brodě oproti kontrolním městům a Havířovu míra využívání terénních sociálních služeb (přibližně polovina z celkového počtu využívaných služeb).

2.1.4. Charakteristika činností při poskytování péče

Pro charakteristiku činností spojených s poskytováním péče byla zvolena série pěti na sebe navazujících otázek, z nichž u každé byl respondentům předložen seznam sedmi shodných činností spojených s poskytováním péče, přičemž respondenti v každé otázce vybírali u jednotlivých činností nejlépe odpovídající možnost odpovědi z předloženého seznamu.

Za účelem ucelené charakteristiky realizovaných činností při poskytování péče tak byly respondentům předloženy tyto konkrétní otázky:

- jak často v současné době respondenti vykonávají jednotlivé uvedené činnosti,
- zda při poskytování péče některou ze sledovaných činností kromě respondenta v současnosti vykonává také někdo další,
- do jaké míry rozsah respondenty poskytované péče podle jejich názoru umožňuje plné uspokojení potřeb příjemců péče v příslušné oblasti,
- nakolik jsou možnosti respondentů vykonávat příslušné činnosti omezeny různými nepříznivými okolnostmi, ztěžujícími faktory nebo překážkami a
- jak respondenti vnímají podporu svého okolí v jejich úsilí o takové zajištění jednotlivých činností, které umožní, co možná nejlépe uspokojit potřeby příjemců péče.

Z uvedené charakteristiky je patrné, že pouze první a druhý uvedený bod jsou důležité pro samotnou charakteristiku toho, jaké činnosti a v jakém rozsahu dotázané pečující osoby vykonávají. Další tři otázky již zachycují spíše to, jak respondenti vykonávání jednotlivých činností reflektují. Vzhledem k tomu, že ve všech pěti uvedených otázkách byla věnována pozornost (téměř – viz dále) shodným činnostem, byl při jejich vyhodnocení použit shodný postup. Právě z tohoto důvodu proto jsou v rámci této kapitoly popsány i výsledky tří otázek, jejichž účelem nebyla „jen“ charakteristika toho, jaké činnosti respondenti při poskytování péče vykonávají a s jakým zapojením dalších osob a jež se zaměřily na zachycení toho, jak respondenti vnímají vybrané klíčové aspekty týkající se vykonávání jednotlivých činností.

V případě první uvedené otázky obsahoval seznam předložených konkrétních činností následujících osm činností, v případě dalších čtyř otázek pak byly zjišťovány odpovědi pouze na sedm z nich. Ve všech pěti otázkách mohli respondenti předložený seznam doplnit uvedením další činnosti v rámci možnosti „jiné“:

- a) pomoc při péči o domácnost,
- b) doprovázení osoby, doprava,
- c) jednání s úřady, návštěva lékaře apod.,
- d) vyhledání a nákup různých služeb,
- e) hygienická péče,
- f) základní sebeobslužné úkony,
- g) rehabilitace, cvičení a
- h) zajištění kontaktu s okolím (pouze v případě první sledované otázky)

Při vyhodnocení údajů o všech pěti sledovaných charakteristikách péče byly odpovědi „nevím“ a ponechání příslušné otázky bez odpovědi vnímány jako neplatné odpovědi. Samotné vyhodnocení otázek pak bylo provedeno ve dvou fázích: nejprve byly přiblíženy podrobnější údaje za celý sledovaný vzorek a posléze byly prezentovány vybrané údaje získané v celém zkoumaném souboru a v pilotních a kontrolních městech.

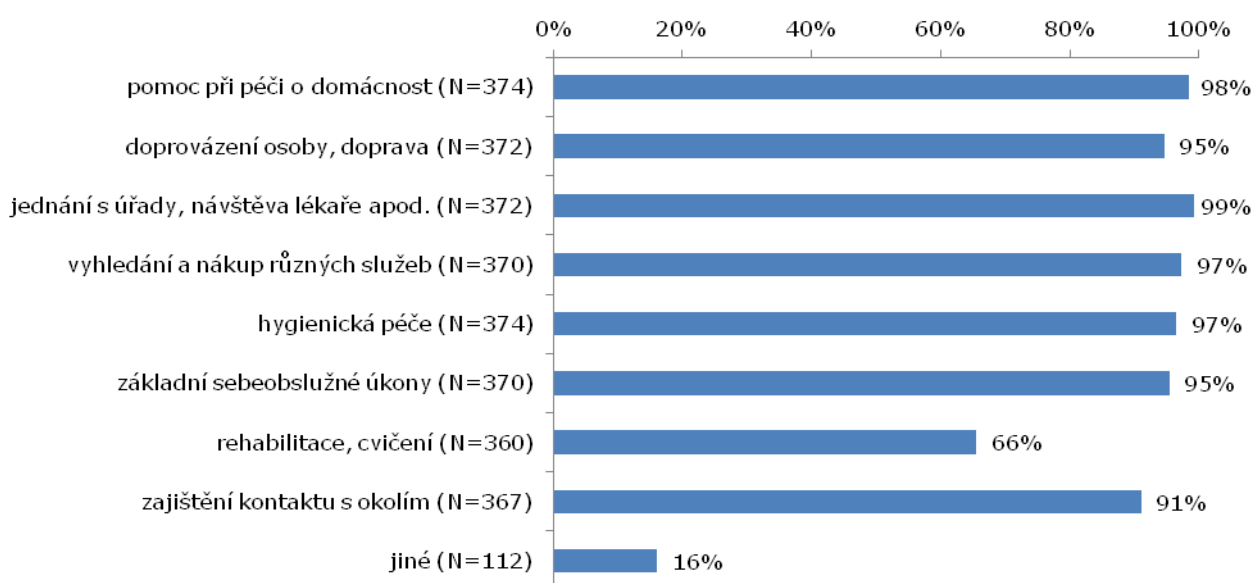
U všech pěti otázek přitom byla v obou těchto fázích provedena dvě odlišně zaměřená srovnání: cílem prvního z nich bylo vyhodnotit relevanci příslušné činnosti pro respondenty. Do tohoto vyhodnocení byly zahrnuty všechny validní (platné) odpovědi, tj. stanoviska respondentů k hodnocené činnosti dle příslušné škály (dále též „hodnotící stanoviska“) i odpovědi respondentů uvádějících možnost „netýká se“. Porovnáván při

něm potom byl poměr odpovědí reprezentujících hodnotící stanoviska z celkového počtu platných odpovědí.

Cílem druhého srovnání bylo zjistit u sledovaných otázek převládající hodnotící stanoviska respondentů k hodnoceným činnostem. Zahrnuta do něho proto byla již pouze hodnotící stanoviska a byl porovnáván podíl určitého stanoviska (nebo kombinace určitých stanovisek – např. podíl odpovědí „omezují velmi silně“ nebo kombinace odpovědí „určitě ano“ a „spíše ano“) ze všech hodnotících stanovisek.

Sedm z osmi hodnocených činností bylo při poskytování péče relevantní³³ nejméně pro 90 % dotázaných. *Jednání s úřady, návštěva lékaře apod., péče o domácnost, vyhledání a nákup různých služeb a hygienická péče* byly relevantní pro téměř všechny dotázané. Pro dvě třetiny dotázaných (66 %) byly při poskytování péče relevantní *rehabilitace nebo cvičení* a pro 16 % jiné činnosti.

Graf č. 28 – Relevance jednotlivých činností spojených s poskytováním péče zaznamenaná při hodnocení frekvence vykonávání těchto činností



V rámci možnosti „jiné“ respondenti uvedli, že při poskytování péče příjemcům péče zajišťují také tyto činnosti: zajištění návštěvy duchovního (uvedeno 3x), dohled - kontrola, že je vše v pořádku (uvedeno 2x), celková péče (tato a další možnosti uvedeny 1x), dohled - hospodaření s finančními prostředky, dohled - podání a aplikace léků, kulturní akce, organizace času, péče o domácí zvíře, péče o zahradu, trávení času s příjemcem péče - každodenní návštěvy, povídání si a vzdělávání.

V případě činností uvedených v možnosti „jiné“, byl tedy uveden značný počet činností s natolik rozdílným charakterem, že u nich nebylo vhodné společné vyhodnocení frekvence jejich vykonávání, ani společné vyhodnocení dalších v této kapitole sledovaných vyjádření respondentů k dalším otázkám týkajícím se činností péče. S ohledem na vysokou variabilitu získaných odpovědí přitom přirozeně nebylo ani možné činnosti uvedené v možnosti „jiné“ hodnotit jednotlivě. V následujícím textu jim proto nebude věnována pozornost a cílem této kapitoly v tomto ohledu tak bylo pouze přiblížit okruh těchto dalších činností prostřednictvím právě předloženého výčtu.

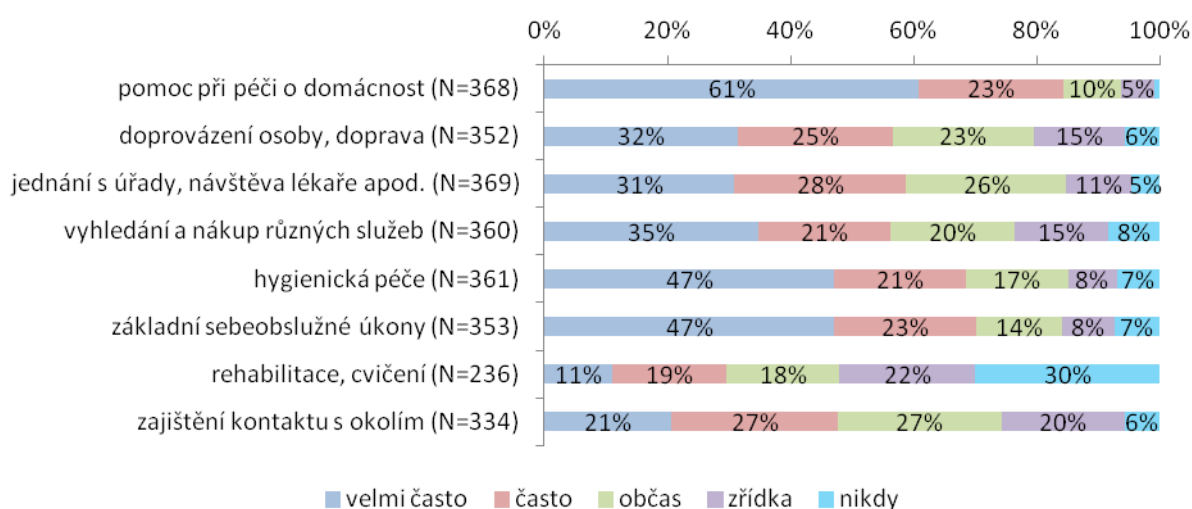
³³ Vyhodnocení relevance jednotlivých činností při poskytování péče dle odpovědí na otázku č. 17 dotazníku „Nyní bychom Vás chtěli požádat o podrobnější charakteristiku toho, jak často v současné době vykonáváte jednotlivé činnosti spojené s poskytováním péče.“

Ze srovnání **frekvence poskytování jednotlivých činností**³⁴ je jednoznačně patrné, že nejčastěji vykonávanou aktivitou byla *pomoc při péči o domácnost*. Tu „velmi často“ nebo „často“ poskytovalo 84 % dotázaných uvádějících hodnotící stanovisko. Následovaly *základní sebeobslužné úkony* (70 %) a *hygienická péče* (68 %). Více než polovina respondentů při poskytování péče „velmi často“ nebo „často“ zajišťovala také tyto činnosti:

- *jednání s úřady, návštěva lékaře apod.* (59 %)
- *doprovázení osoby, doprava* (57 %) a
- *vyhledání a nákup různých služeb* (56 %).

Přibližně polovina (48 %) dotázaných hodnotících *kontakt s okolím* zajišťovala při poskytování péče příjemci péče tuto činnost „velmi často“ nebo „často“. Z respondentů uvádějících hodnotící stanovisko u činnosti *rehabilitace nebo cvičení* jich odpovědi „velmi často“ nebo „často“ uvedla necelá třetina (30 %).

Graf č. 29 – Frekvence vykonávání jednotlivých činností spojených s poskytováním péče



Podobně jako při tomto vyhodnocení údajů za celý zkoumaný soubor byla i při srovnání jednotlivých sledovaných měst mezi sebou nejprve vyhodnocena relevance jednotlivých činností a posléze porovnána již pouze uvedená hodnotící stanoviska. Postup hodnocení byl tedy v tomto případě shodný, pouze s tím rozdílem, že do grafu obsahujícího porovnání hodnotících stanovisek byly již uvedeny souhrnné údaje za odpovědi „velmi často“ a „často“ a na rozdíl od výše provedeného srovnání stanovisek v celém souboru tak již nebylo možné, dohledat v případě zájmu další podrobnosti.

Jak již bylo uvedeno výše, u všech předložených činností s výjimkou *rehabilitace a cvičení* uvedlo v celém zkoumaném souboru hodnotící stanovisko více než 90% dotázaných uvádějících platné odpovědi (pouze méně než desetina dotázaných konstatovala u všech těchto činností, že se jich příslušná činnost netýká). Mezi jednotlivými sledovanými městy byly v tomto ohledu u všech těchto činností zaznamenány jen naprosto minimální rozdíly.

Pouze v případě *rehabilitace a cvičení* se relevance této činnosti pro respondenty při poskytování péče mezi městy lišila, kdy v celém zkoumaném souboru uvedlo hodnotící stanovisko 66 % ze všech respondentů uvádějících platné odpovědi, v kontrolních městech 57 %, v Havířově 70 % a v Uherském Brodě 77 %.

³⁴ Vyhodnocení frekvence vykonávání jednotlivých činností v otázce č. 17 dotazníku.

Tabulka č. 4 - Relevance jednotlivých činností spojených s poskytováním péče zaznamenaná při hodnocení frekvence vykonávání těchto činností – pilotní a kontrolní města

	kontrolní města		Havířov		Uherský Brod		celkem	
	N (172)	hodnotící stanovisko	N (139)	hodnotící stanovisko	N (66)	hodnotící stanovisko	N (377)	hodnotící stanovisko
pomoc při péči o domácnost	170	99%	138	99%	66	95%	374	98%
doprovázení osoby, doprava	169	95%	137	95%	66	92%	372	95%
jednání s úřady, návštěva lékaře apod.	168	99%	138	99%	66	100%	372	99%
vyhledání a nákup různých služeb	169	96%	135	99%	66	98%	370	97%
hygienická péče	170	98%	139	96%	65	95%	374	97%
základní sebeobslužné úkony	168	97%	138	95%	64	92%	370	95%
rehabilitace, cvičení	163	57%	135	70%	62	77%	360	66%
zajištění kontaktu s okolím	164	91%	137	90%	66	92%	367	91%

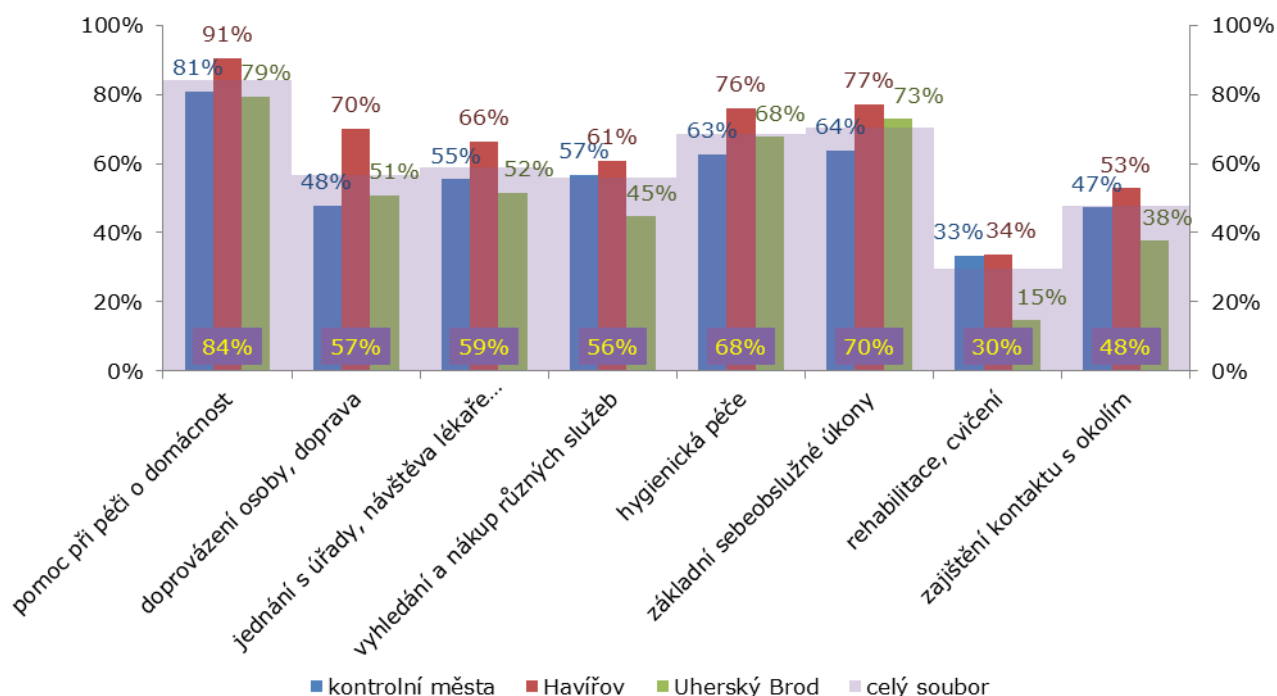
Pozn.: Levý z obou sloupců shrnuje počet získaných platných odpovědí (v prvním řádku je uveden celkový počet dotazníků), pravý pak procentuální podíl odpovědí vyjadřujících hodnotící stanoviska (tj. bez odpovědi „netýká se“) z celkového počtu získaných platných odpovědí.

Podíl respondentů uvádějících vysokou frekvenci poskytování činnosti (tj. odpovědi „velmi často“ nebo „často“) se mezi sledovanými městy nejvýrazněji (až o 22 %) lišil u zajištění *doprovázení osoby, dopravy* (70 % v Havířově oproti 48 % v kontrolních městech a 51 % v Uherském Brodě). Druhý největší rozdíl co se týče podílu respondentů uvádějících vysokou frekvenci poskytování činnosti (až o 19 %) byl zjištěn u *rehabilitace, cvičení* (v Havířově 34 %, v kontrolních městech 33 % a v Uherském Brodě 15 %).

U ostatních činností hodnocených v předloženém výčtu se mezi sledovanými městy podíl respondentů uvádějících vysokou frekvenci jejich poskytování lišil (při srovnání měst s nejvyšším a nejnižším podílem) o 11-16 % (*pomoc při péči u domácnost, jednání s úřady, návštěva lékaře apod., vyhledání a nákup služeb hygienická péče, základní sebeobslužné úkony a zajištění kontaktu s okolím*).

Ze vzájemného srovnání všech odpovědí získaných u této otázky v jednotlivých městech je patrné, že ve všech městech nejvyšší podíl respondentů při poskytování péče *pomáhal s péčí o domácnost*. Druhou nejčastěji vykonávanou činností byly ve všech srovnávaných městech *základní sebeobslužné úkony* a třetí *hygienická péče*. Pořadí dalších tří činností podle počtu respondentů, kteří je při poskytování péče vykonávali, se již mezi sledovanými městy mírně lišilo, ale ve všech třech sledovaných městech k těmto činnostem patřily *doprovázení osoby nebo doprava* (v Havířově čtvrtý nejvyšší podíl respondentů, v Uherském Brodě pátý, v kontrolních městech šestý nejvyšší), *jednání s úřady, návštěva lékaře apod.* (v Havířově a kontrolních městech pátý nejvyšší podíl respondentů, v Uherském Brodě čtvrtý nejvyšší) a *vyhledávání a nákupu různých služeb* (v Havířově a Uherském Brodě šestý nejvyšší podíl respondentů, v kontrolních městech čtvrtý nejvyšší). Ve všech sledovaných městech byl z osmi sledovaných činností téměř nejnižší podíl respondentů, kteří při poskytování péče zajišťovali *kontakt s okolím*, a nejnižší byl podíl respondentů, kteří při péči *vykonávali rehabilitační činnosti nebo pomáhali se cvičením*.

Graf č. 30 – Frekvence vykonávání činností spojených s poskytováním péče (podíl respondentů uvádějících odpovědi „velmi často“ nebo „často“ z počtu respondentů uvádějících hodnotící stanoviska)- – pilotní a kontrolní města



Z provedeného srovnání je zároveň zřejmé, že u všech osmi stěžejních činností zařazených do předloženého výčtu (vyjma možnosti „jiné“) byl nejvyšší podíl respondentů uvádějících vyšší frekvenci jejich zajišťování (tj. uvádějících odpovědi „velmi často“ nebo „často“) zaznamenán v Havířově. Podíl těchto odpovědí se v Havířově nejvýrazněji lišil (byl vyšší o 13 % oproti celému sledovanému vzorku) u *doprovázení osoby, dopravy* a nejméně se lišil (o 4 % vyšší než v celém souboru) u *základních sebeobslužných úkonů* a *rehabilitace, cvičení*. V průměru za všech osm sledovaných činností byl v Havířově podíl respondentů uvádějících odpovědi „velmi často“ nebo „často“ vyšší o 7 % oproti situaci v celém souboru.

Naopak nejnižší byl podíl respondentů uvádějících vysokou frekvenci zajišťování jednotlivých činností v Uherském Brodě. S údaji za celý soubor se zcela shodoval (tj. rozdíl o 0 %) pouze podíl respondentů uvádějících vysokou frekvenci poskytování *základních sebeobslužných úkonů*, v případě ostatních činností byly podíly respondentů uvádějících vysokou frekvenci poskytování v Uherském Brodě vždy nižší, než tomu bylo v celém zkoumaném vzorku. Podíl respondentů uvádějících vysokou frekvenci zajišťování činnosti se v Uherském Brodě nejvíce lišil u *vyhledání a nákupu různých služeb* (oproti údajům za celý soubor byl nižší o 11 %). Průměrný podíl těchto respondentů za všech osm hodnocených činností byl v Uherském Brodě o 6 % nižší než v celém zkoumaném souboru.

V kontrolních městech byl průměrný podíl respondentů uvádějících vyšší frekvenci poskytování (tj. průměr z jednotlivých podílů těchto osob zjištěných u všech osmi sledovaných činností) nižší o 3 % oproti tomuto údaji za celý zkoumaný soubor. Nejvýraznější rozdíl oproti příslušnému podílu v celém souboru byl zjištěn u *doprovázení osoby, dopravy* (o 9 % méně oproti celému souboru). U dalších pěti činností byl již tento rozdíl menší (podíl respondentů uvádějících vyšší frekvenci poskytování byl u těchto činností v kontrolních městech nižší o 3-6 %) a u dvou (*vyhledání a nákup různých služeb*, a *rehabilitace, cvičení*) se shodoval nebo téměř shodoval s podílem zjištěným v celém souboru.

Mezi sledovanými městy se tedy velmi výrazně lišily podíly pečujících osob, u kterých byla při poskytování péče zjištěna vysoká frekvence vykonávání jednotlivých činností péče. Mezi městy ale byla až překvapivě výrazná shoda v tom, jaké činnosti v nich jsou často vykonávány největšími počty respondentů. Mezi městy se totiž prakticky shodovalo nejen pořadí jednotlivých činností (podle hodnoty podílu respondentů uvádějících vysokou frekvenci jejich vykonávání), ale velmi podobné byly i „rozestupy“ mezi jednotlivými činnostmi (měřené rozdílem mezi těmito hodnotami u jednotlivých činností v každém z měst).

Lze proto říci, že ve všech sledovaných městech byla zjištěna velmi silná míra shody v otázce, které činnosti pečující osoby při poskytování péče vykonávají nejčastěji. Ve všech městech tak bylo možné hovořit o v podstatě shodném „profilu“ činností, které jsou respondenty při poskytování péče vykonávány nejčastěji. Současně ale mají jednotlivá města odlišné „referenční hladiny“, jež tyto, ve všech městech velmi podobné, „profily“ následně zesilují nebo oslabují už jako celek. Zatímco tedy z hlediska „profilu“, (tj. relativního srovnání činností mezi sebou za každé město zvlášť) je mezi městy velmi výrazná podobnost, z celkového hlediska, kdy je kromě příslušného „profilu“ zohledněno i to, na jaké „hladině“ se „profil“ fakticky nachází (tj. srovnání absolutních hodnot zaznamenaných u jednotlivých činností mezi městy navzájem), se každé ze tří sledovaných měst nachází v jiné situaci. Z tohoto zjištění lze usuzovat, že sledovaná města se liší určitou „všeobecnou potřebou“ zajišťovat obecně veškeré činnosti péče v určitém, pro dané město charakteristickém, rozsahu (tj. v Havířově v největším, v Uherském Brodě v nejmenším) a tato potřeba v jednotlivých městech ovlivňuje hodnotu podílu respondentů vykonávajících častěji příslušnou činnost u všech osmi sledovaných činností velmi podobným způsobem.

Tyto poznatky je možné zobecnit tak, že *charakter péče* (právě tím je totiž výše zmiňovaný „profil“ činností vykonávaných při poskytování péče vyplývající ze srovnání podílů respondentů vykonávajících jednotlivé činnosti častěji) se mezi sledovanými městy příliš neliší. Podstatnou odlišností srovnávaných měst ale je lišící se *proporce osob zajišťujících* tuto (charakterem se takřka nelišící) *péči intenzivněji* (o té vypovídá právě odlišná „referenční hladina“, jež příslušný „profil“ situuje v každém městě do jiné „horizontální úrovně“). Ačkoli tedy mají pro respondenty ve sledovaných městech jednotlivé činnosti při poskytování péče navzájem mezi sebou zcela srovnatelný význam, v absolutním vyjádření se jednotlivá města liší tím, jak intenzivně v nich jsou tyto činnosti vykonávány (respektive podílem respondentů, kteří je vykonávají často).

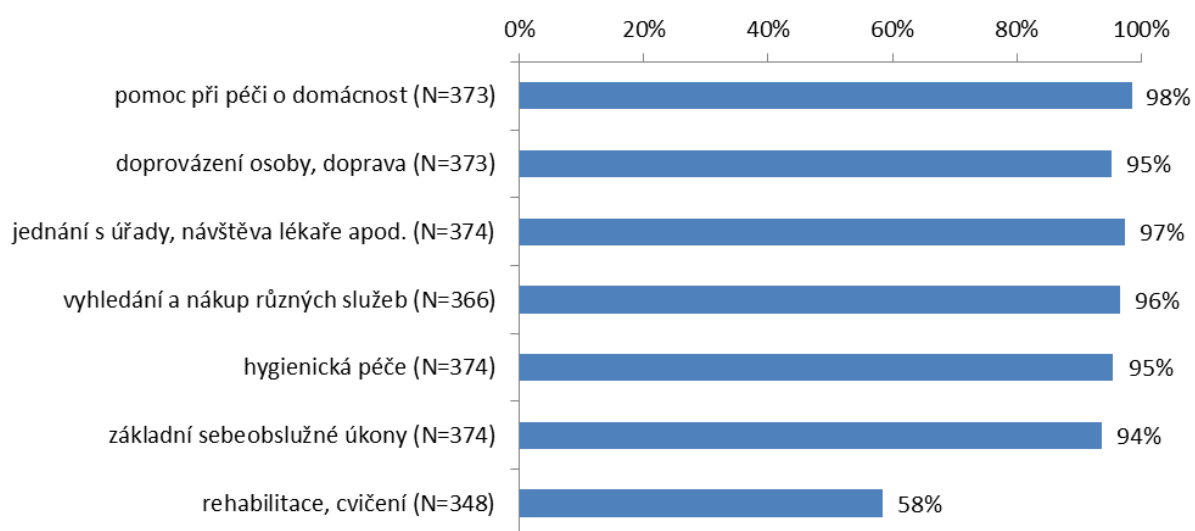
Je nepochybné, že zjištěné rozdíly mají zřetelnou souvislost s různými regionálními charakteristikami (např. s okruhem činností, které mohou v jednotlivých regionech být zajištěny různými službami, prostorovou dostupností těchto služeb pro respondenty, a to včetně souvislosti s dopravní infrastrukturou příslušného regionu, podílem obyvatel žijících mimo centrum správního obvodu atd.). Jak ale ukazuje povaha zaznamenaných rozdílů, tyto faktory ovlivňují veškeré sledované činnosti patrně ve srovnatelné míře a nedochází v jejich důsledku k výraznější diferenciaci relativního významu jednotlivých činností při poskytování péče (tj. při jejich srovnání mezi sebou v rámci jednoho města) a tedy ani k tomu, že by se v jednotlivých sledovaných městech výrazně změnily vzájemné proporce ve frekvencích vykonávání jednotlivých činností.

Je také patrná souvislost zjištěných rozdílů s rozdíly mezi sledovanými regiony v počtu hodin péče poskytované za týden (v kapitole 2.1.3). V Uherském Brodě byl totiž nejnižší podíl respondentů vynakládajících na péči větší počet hodin týdně, což koresponduje i se zde prezentovanými údaji o menší frekvenci vykonávání jednotlivých sledovaných činností péče v Uherském Brodě). Naopak nejvyšší podíly respondentů vynakládajících na péči větší počet hodin týdně a současně i nejvyšší podíl respondentů vykonávajících častěji sledované činnosti zajišťované při poskytování péče byl zjištěn v Havířově.

Hodnocení míry relevance u dalších otázek se do značné míry odvíjelo od toho, jak respondenti odpovídali (respektive jaký byl podíl respondentů uvádějících odpověď „netýká se“ z celkového počtu respondentů uvádějících platné odpovědi) v předchozí sledované otázce. Při hodnocení dalších otázek se ale mohl tento podíl lišit, a byl proto i při vyhodnocení těchto dalších otázek vždy opětovně sledován. Zatímco ale v případě předchozí otázky představovala informace o relevanci poskytování té které činnosti sama o sobě informativní údaj (tj. sama o sobě vypovídala o obecné důležitosti jednotlivých činností, a to ještě před tím, než byla následně vyhodnocena samotná frekvence jejich poskytování), v případě následujících otázek byl údaj o relevanci vnímán pouze jako pomocný, kdy byl sledován pouze pro ověření toho, zda byl pro následné srovnání a vyhodnocení hodnotících stanovisek respondentů k příslušné otázce získán v jednotlivých městech dostatečný počet odpovědí.

Při hodnocení míry zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností³⁵ vnímaly zhruba tři pětiny dotázaných jako relevantní činnost *rehabilitaci nebo cvičení*. U dalších pěti činností (*hygienickou péči, základní sebeobslužné úkony, doprovázení osoby nebo doprava, jednání s úřady nebo návštěva lékaře a vyhledání nebo nákup různých služeb*) uvedla hodnotící stanoviska naprostá většina (95 % nebo více) dotázaných uvádějících platné odpovědi a u činnosti *pomoc při péči o domácnost* skoro všichni dotázaní (98 %).

Graf č. 31 – Relevance jednotlivých činností spojených s poskytováním péče při hodnocení míry zapojení dalších osob do vykonávání příslušné činnosti



Celkové srovnání získaných údajů o **míře zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností**³⁶ ukazuje, že u všech sledovaných činností s výjimkou *rehabilitace nebo cvičení* uváděly zhruba třetina až dvě pětiny respondentů, že do poskytování příslušné činnosti se nikdo další nezapojuje. V případě *rehabilitace nebo cvičení* byl podíl těchto respondentů poloviční.

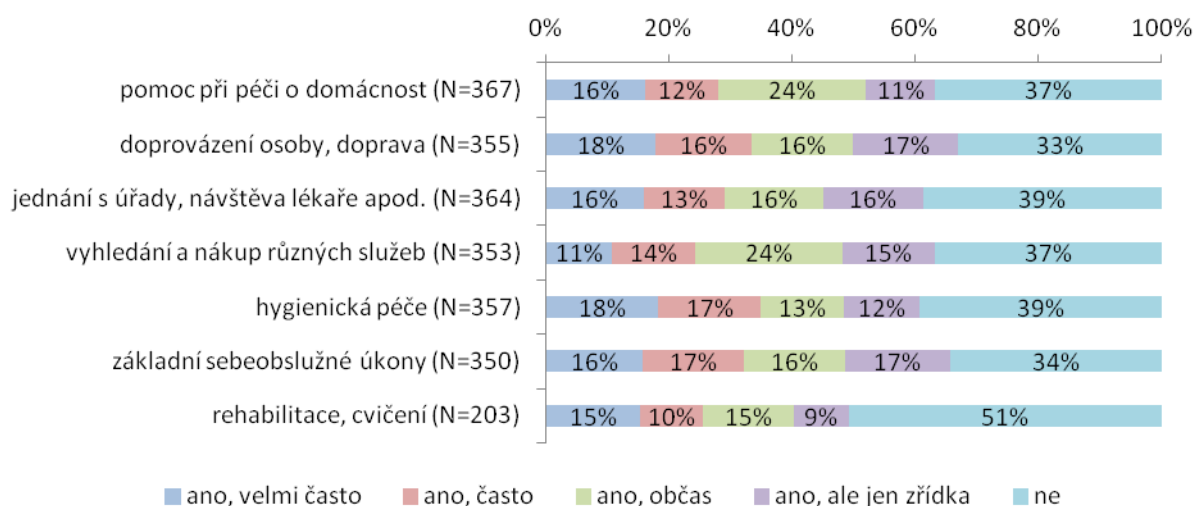
U všech sedmi sledovaných činností se přitom jen poměrně málo lišil podíl respondentů, podle nichž se do vykonávání činnosti další osoby zapojovaly výrazně (tj. byly uvedeny odpovědi „ano, velmi často“ nebo „ano, často“), oproti podílu respondentů, kterým při výkonu činnosti další osoby poskytovaly pomoc jen občas nebo zřídka.

³⁵ Otázka č. 21 dotazníku „Vykonává při poskytování péče osobě nebo osobám, o které pečujete, některou z následujících činností kromě Vás v současnosti také někdo další (např. další členové Vaší domácnosti, jiní členové rodiny nebo blízké osoby, profesionální pečovatel/ka apod.)?“

³⁶ Vyhodnocení míry zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností v otázce č. 21 dotazníku.

Pro potřeby dalšího vyhodnocení míry zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností byly proto již porovnávány pouze podíly respondentů, kteří uváděli nejvýraznější míru zapojení dalších osob (tj. odpovědi „ano, velmi často“ nebo „ano, často“) z celkového počtu respondentů uvádějících u příslušné činnosti hodnotící stanovisko. Tento podíl se u sledovaných činností pohyboval v rozmezí 24 – 35 % a lze tedy říci, že u všech srovnávaných činností byl srovnatelný podíl respondentů, kterým s výkonem příslušné činnosti pomáhal někdo další často nebo velmi často.

Graf č. 32 – Míra zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností spojených s poskytováním péče



Hodnocení míry relevance jednotlivých činností zaznamenané u otázky týkající se míry zapojení dalších osob do vykonávání příslušné činnosti se u všech sledovaných činností mezi jednotlivými sledovanými městy lišilo jen zcela zanedbatelně. U všech činností ve všech městech tak byl získán dostatečný počet odpovědí pro vyhodnocení a srovnání podílu respondentů uvádějících výraznější zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností.

Tabulka č. 5 - Relevance jednotlivých činností spojených s poskytováním péče zaznamenaná při hodnocení míry zapojení dalších osob do vykonávání příslušné činností – pilotní a kontrolní města

	kontrolní města		Havířov		Uherský Brod		celkem	
	N (172)	hodnotící stanovisko	N (139)	hodnotící stanovisko	N (66)	hodnotící stanovisko	N (377)	hodnotící stanovisko
pomoc při péči o domácnost	169	99%	138	98%	66	97%	373	98%
doprovázení osoby, doprava	170	97%	138	94%	65	92%	373	95%
jednání s úřady, návštěva lékaře apod.	170	99%	138	96%	66	95%	374	97%
vyhledání a nákup různých služeb	170	98%	133	95%	63	97%	366	96%
hygienická péče	171	96%	139	94%	64	95%	374	95%
základní sebeobslužné úkony	171	95%	138	91%	65	94%	374	94%
rehabilitace, cvičení	159	55%	131	62%	58	59%	348	58%

Pozn.: Levý z obou sloupců shrnuje počet získaných platných odpovědí (v prvním řádku je uveden celkový počet dotazníků), pravý pak procentuální podíl odpovědí vyjadřujících hodnotící stanoviska (tj. bez odpovědi „netýká se“) z celkového počtu získaných platných odpovědí.

Podíl respondentů uvádějících výraznější zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností (odpovědi „ano, velmi často“ nebo „ano, často“) z celkového počtu respondentů uvádějících hodnotící stanoviska se mezi sledovanými městy lišil velice výrazně hned u několika hodnocených činností.

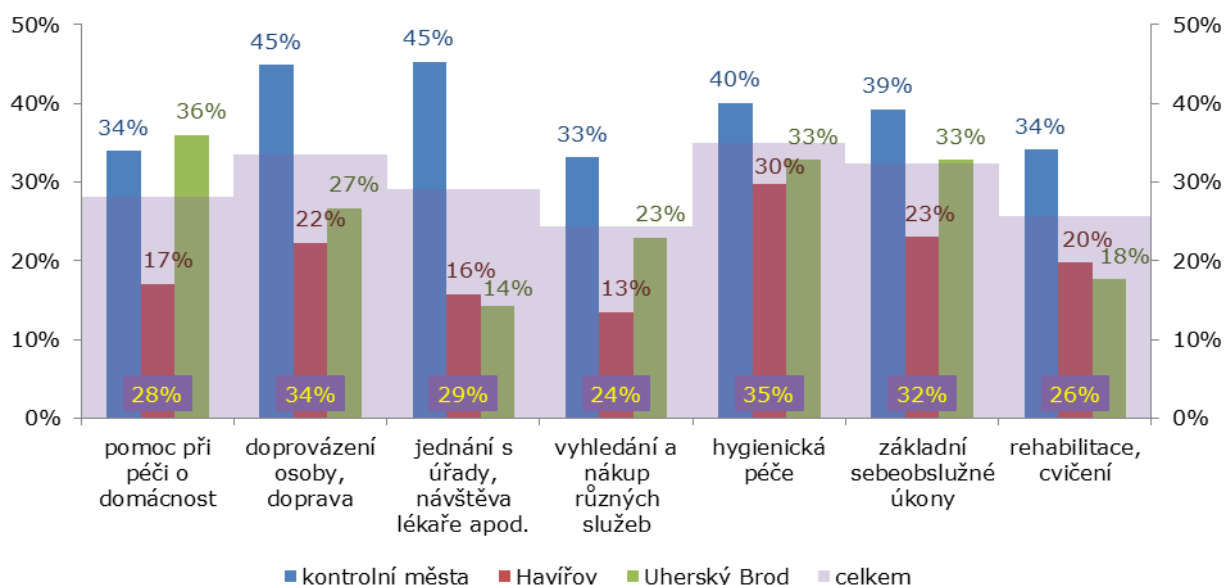
Nejvýraznější rozdíly byly zaznamenány ve vyjádřeních respondentů k míře zapojení dalších osob do vykonávání činnosti *jednání s úřady nebo návštěva lékaře* (výrazné zapojení dalších osob u této činnosti konstatovalo 45 % respondentů uvádějících hodnotící stanoviska z kontrolních měst, ale pouze 16 % respondentů uvádějících hodnotící stanovisko z Havířova a 14 % z Uherského Brodu).

Výrazné rozdíly ale byly zjištěny také u *doprovázení osoby nebo dopravy* (kontrolní města 45 %, Havířov 22 %, Uherský Brod 27 %), *vyhledání a nákupu různých služeb* (33 %, 13 %, 23 %) a *pomoci při péči o domácnost* (34 %, 17 %, 36 %), *základních sebeobslužných úkonů* (39 %, 23 %, 33 %) a *rehabilitace nebo cvičení* (34 %, 20 %, 18 %). Pouze v případě *hygienické péče* bylo možné vnímat zjištěné rozdíly již jako málo výrazné.

Zároveň se ukazuje, že se jednotlivá města lišila okruhem činností, s nimiž respondentům při poskytování péče nejčastěji pomáhaly další osoby. Zatímco v Havířově nejvíce respondentům při poskytování péče pomáhaly další osoby s *hygienickou péčí* a se zajištěním *základních sebeobslužných úkonů*, v Uherském Brodě tyto dvě činnosti následovaly až po *pomoci při péči o domácnost*, a v kontrolních městech tyto dvě činnosti následovaly až po *doprovázení osoby nebo dopravě* a *jednáním s úřady nebo návštěvou lékaře*. Z hlediska podílu respondentů, jimž při poskytování péče častěji pomáhaly další osoby, pak byly mezi městy patrné rozdíly i u dalších hodnocených činností.

Ve všech třech sledovaných městech se také více lišily podíly podíl respondentů uvádějících častou pomoc dalších osob zjištěné u jednotlivých činností. Zatímco v celém souboru se podíl respondentů uvádějících odpovědi „velmi často“ nebo „často“ u sedmi sledovaných činností pohyboval v rozpětí hodnot 24 - 35 %, v Havířově v rozpětí hodnot 13 - 30 %, v Uherském Brodě 14 - 36 % a v kontrolních městech 33 - 45 %.

Graf č. 33 - Podíl respondentů uvádějících výraznější zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností (podíl respondentů uvádějících odpovědi „ano, velmi často“ nebo „ano, často“ z počtu respondentů uvádějících hodnocení) – pilotní a kontrolní města



Celkově je dále patrné to, že průměrný podíl respondentů uvádějících výraznou míru zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností byl nejvyšší v kontrolních městech. Podíl těchto odpovědí se v kontrolních městech nejvýrazněji lišil (byl vyšší o 16 % oproti celému sledovanému vzorku) u *jednání s úřady nebo návštěv lékaře* a nejméně se lišil (o 5 % vyšší než v celém souboru) u *hygienické péče*. V průměru za všech sedm sledovaných činností byl v kontrolních městech podíl respondentů uvádějících tyto odpovědi vyšší o 9 % oproti situaci v celém souboru.

Naopak nejnižší byl podíl respondentů uvádějících výraznou míru zapojení dalších osob v Havířově. Podíl těchto odpovědí se v Havířově nejvýrazněji lišil (byl nižší o 13 % oproti celému sledovanému vzorku) u *jednání s úřady nebo návštěv lékaře* a nejméně se lišil (o 5 % nižší než v celém souboru) u *hygienické péče*. V průměru za všech sedm sledovaných činností byl v Havířově podíl respondentů uvádějících tyto odpovědi nižší o 10 % oproti situaci v celém souboru.

V Uherském Brodě byl podíl respondentů uvádějících vyšší míru zapojení dalších osob do poskytování všech sedmi činností v průměru nižší o 4 % oproti údajům za celý zkoumaný soubor. Nejvýraznější rozdíl oproti příslušnému podílu v celém byl zjištěn u *jednání s úřady nebo návštěv lékaře* (o 15 % méně oproti celému souboru). Nejmenší byl tento rozdíl u třech činností (*vyhledání a nákup různých služeb, hygienická péče a základní sebeobslužné úkony*), u kterých se téměř shodoval s podílem zjištěným v celém souboru (rozdíl oproti hodnotám v celém souboru se pohyboval v rozmezí od -2 do +1 %).

Podobně jako v případě frekvence vykonávání jednotlivých činností, byly i v případě míry zapojení dalších osob do jejich poskytování mezi sledovanými městy zaznamenány významné rozdíly. Mezi sledovanými městy přitom byly zjištěny poměrně výrazné rozdíly, i co se týče okruhu činností, do jejichž poskytování se nejčastěji zapojují další osoby. Kromě „referenční hladiny“ se tak v případě této otázky (a na rozdíl od výše vyhodnocené frekvence vykonávání jednotlivých činností) ve sledovaných městech výrazně lišily i „profily“ měst podle okruhu činností seřazenými dle podílu respondentů uvádějících, že se do poskytování té které činnosti častěji zapojují další osoby. Jinými slovy, i přesto, že ve srovnávaných městech byl podobný charakter péče z hlediska vzájemného srovnání jednotlivých činností mezi sebou podle toho, jaký podíl respondentů je vykonává nejčastěji, míra zapojení dalších osob do poskytování jednotlivých činností s frekvencí více souvisela jen u některých činností a pořadí činností podle míry zapojení dalších osob do jejich vykonávání se tak ve sledovaných městech lišilo.

Z provedeného srovnání je ale jasně patrné, že rozdílnost „profilů“ srovnávaných měst z hlediska míry zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností je třeba vnímat spíše jako další doprovodný rozdíl, podstatnou odlišností mezi sledovanými městy jsou i v případě tohoto parametru především zřetelně odlišné „referenční hladiny“, kdy v každém ze sledovaných měst se opět velmi liší jakési „všeobecné nastavení“ pro podporu pečujících ze strany dalších osob, jež je i přes řadu rozdílů mezi jednotlivými činnostmi dobře patrné u všech sledovaných činností.

Nejvýraznější zapojení dalších osob do poskytování sledovaných činností bylo zaznamenáno v kontrolních městech a nejnižší v Havířově. Tyto poznatky velmi silně korespondují s tím, jak byla v jednotlivých městech odhadována procentuální míra zapojení respondentů do poskytování péče: podíl respondentů reprezentujících kategorie osob s nejvyšším procentuálním zapojením do péče byl nejvyšší v Havířově a nejnižší v kontrolních městech (viz kapitola 2.1.3).

To, že současně existuje zřejmá souvislost mezi počtem hodin péče poskytované týdně a frekvencí vykonávání jednotlivých činností (viz závěrečný odstavec textu v předchozím rámečku) na straně jedné a mezi procentuálním vyjádřením odhadovaného zapojení do poskytování péče a mírou zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností na straně druhé (viz předchozí odstavec), zároveň ukazuje, že u každého z obou parametrů

charakterizujících poskytování péče (tj. u rozsahu, respektive frekvence poskytování i u podílu respondenta na péči, respektive podílu dalších osob na péči) lze ve všech třech sledovaných městech pozorovat shodné trendy i na obecné úrovni (při všeobecné charakteristice péče) i při podrobnější analýze jednotlivých činností, které jsou při péči vykonávány.

To jasně ukazuje, že oba sledované parametry spolu souvisejí jen do určité míry, respektive, že míra zapojení dalších osob do poskytování péče (a do vykonávání činností zajišťovaných při poskytování péče) může mít na rozsah péče (frekvenci výkonu činnosti) vliv jen za určitých okolností, jakkoli se obecně dá předpokládat úzká vzájemná souvislost těchto dvou parametrů.

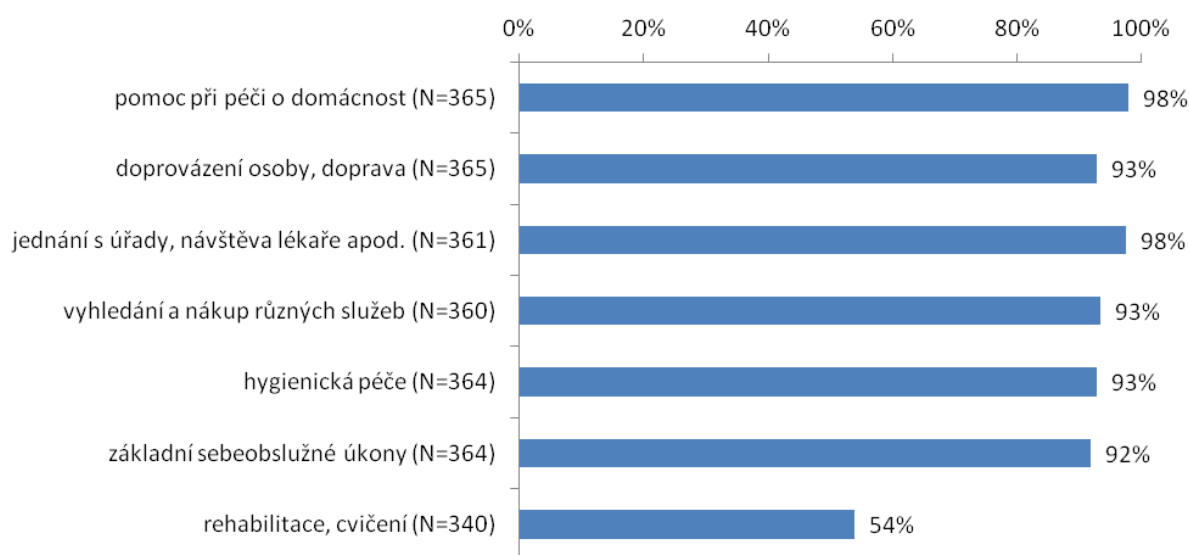
Pokud potom *mezi sebou vzájemně srovnáme* oba podrobnější parametry (tj. *frekvenci vykonávání* jednotlivých hodnocených činností zajišťovaných při poskytování péče samotnými respondenty a *míru zapojení dalších osob* do jejich vykonávání), reprezentuje každý sledovaný region odlišnou modelovou situaci (přičemž, vzhledem k výše popsáným souvislostem, reprezentují jednotlivá města stejné modelové situace i v případě, že je takto vzájemně porovnán vztah mezi procentuálně vyjádřeným odhadem míry zapojení respondentů do poskytování péče a počtem hodin týdně věnovaných péči, tedy obou parametrů popsaných podrobněji v kapitole 2.1.3).

V Havířově byl nejvyšší podíl respondentů, kteří jednotlivé činnosti zajišťují velmi často nebo často, a současně také nejnižší podíl pečujících, kteří mohou při zajišťování těchto činností využít výraznější podporu někoho dalšího („nejvíce zatížení péčí, patrně i kvůli nejmenší míře podpory dalších osob“). Naopak, v Uherském Brodě byl nejnižší podíl respondentů, kteří jednotlivé činnosti péče zajišťují velmi často nebo často, a to i přesto, že oproti Havířovu byl v Uherském Brodě pouze mírně vyšší podíl osob, podle nichž je při zajištění těchto činností výrazněji podporují další osoby („péčí zatížení nejméně, i přes jen o něco větší míru podpory dalších osob“). Nejvíce respondentů mělo při zajištění jednotlivých činností péče výraznou podporu dalších osob v kontrolních městech a podíl respondentů, kteří jednotlivé činnosti vykonávali velmi často nebo často byl v těchto městech jen o málo vyšší než v Uherském Brodě („jen o něco více zatížení péčí, patrně i kvůli nejvyšší míře podpory dalších osob“).

Ve sledovaných městech se tak zjevně liší nároky, které jsou spojeny s poskytováním péče (a vykonáváním jednotlivých činností), přičemž na tyto nároky má jen částečný vliv to, nakolik se do poskytování péče (vykonávání jednotlivých činností) zapojují další osoby. Zatímco v Havířově tak může vyšší frekvence poskytování činností být právě odrazem nižšího zapojení dalších osob do poskytování péče, srovnání situace v kontrolních městech a v Uherském Brodě vzájemnou souvislost naopak vyvrací (frekvence vykonávání činností je v Uherském Brodě i kontrolních městech v podstatě srovnatelná – respektive je dokonce mírně vyšší v kontrolních městech, i přesto, že míra zapojení dalších osob do jejich vykonávání je v kontrolních městech výrazně vyšší). Zde tedy frekvenci vykonávání jednotlivých činností daleko výrazněji určují další okolnosti (lze předpokládat např. to, že pečujícím v Uherském Brodě další osoby nebo nějaké jiné okolnosti daleko více ulehčují poskytování péče, respektive že nároky na vykonávání jednotlivých činností jsou pro pečující v Uherském Brodě díky těmto dalším okolnostem podstatně nižší).

Při hodnocení možností uspokojení potřeb příjemce péče při poskytování jednotlivých činností³⁷ přesahoval u šesti ze sedmi hodnocených činností podíl respondentů vnímajících hodnocené činnosti jako relevantní 90 % (z celkového počtu dotázaných uvádějících platné odpovědi). *Jednání s úřady, návštěva lékaře apod. a péče o domácnost*, byly relevantní pro téměř všechny dotázané. Pro více než polovinu dotázaných (54 %) byly při poskytování péče relevantní *rehabilitace nebo cvičení*.

Graf č. 34 – Relevance jednotlivých činností spojených s poskytováním péče při hodnocení možnosti uspokojení potřeb příjemce při vykonávání příslušné činnosti



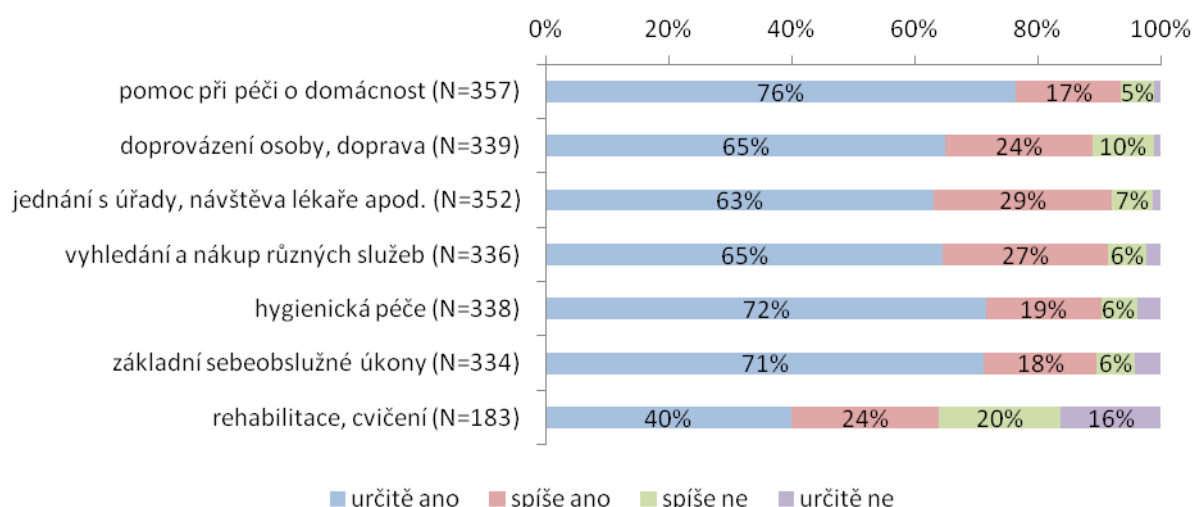
Ze srovnání **respondenty odhadované míry uspokojení potřeb příjemců péče u jednotlivých činností**³⁸ je patrná naprostá převaha pozitivního hodnocení u šesti ze sedmi hodnocených činností. U všech hodnocených činností s výjimkou *rehabilitace* totiž 89-94 % dotázaných uvádějících u příslušných činností hodnotící stanoviska uvedlo, že příjemcům péče „určitě mohou“ nebo „spíše mohou“ poskytováním příslušné činnosti uspokojit potřeby v dané oblasti v potřebném rozsahu.

Mezi respondenty uvádějícími hodnotící stanovisko u činnosti *rehabilitace nebo cvičení* jich téměř dvě třetiny (64 %) uvedly, že poskytnutím této činnosti „určitě mohou“ nebo „spíše mohou“ uspokojit potřeby příjemců péče v této oblasti v potřebném rozsahu.

³⁷ Vyhodnocení relevance jednotlivých činností při poskytování péče dle odpovědí na otázku č. 18 dotazníku „Nyní, prosím, u každé činnosti, již v současnosti vykonáváte, uveďte, do jaké míry rozsah Vámi poskytované péče podle Vašeho názoru umožňuje osobě nebo osobám, o které pečujete, plné uspokojení jejich potřeb v příslušné oblasti.“

³⁸ Vyhodnocení pečujícími osobami předpokládané míry uspokojení potřeb příjemce péče u jednotlivých činností v otázce č. 18 dotazníku.

Graf č. 35 – Možnosti uspokojení potřeb příjemce v příslušné oblasti vykonáváním jednotlivých činností spojených s poskytováním péče



Při hodnocení relevance otázky, nakolik jsou respondenti přesvědčeni o možnosti uspokojit potřeby příjemce péče poskytováním příslušné činnosti, byly mezi jednotlivými sledovanými městy u všech sledovaných činností zaznamenány jen velmi malé rozdíly. Nejvýraznější rozdíl v hodnocení míry relevance (47 % v kontrolních městech oproti 59 % v Havířově a Uherském Brodě) byl zaznamenán v případě *rehabilitace a cvičení*. U dalších činností byl rozdíl mezi nejvyšší zjištěnou mírou relevance a nejnižší hodnotou zjištěnou ve sledovaných městech již jen velmi malý (druhý nejvyšší zjištěný rozdíl, o 8 %, byl zjištěn u *pomoci při péči o domácnost*). Z tohoto srovnání je zřejmé, že počet získaných odpovědí na tuto otázku, respektive počet odpovědí respondentů, ve kterých byla uvedena hodnotící stanoviska, je u všech činností ve všech městech zcela dostatečný pro vyhodnocení a srovnání toho, jak respondenti možnosti uspokojení potřeb příjemce souvisejících s jednotlivými činnostmi v jednotlivých městech hodnotí.

Tabulka č. 6 - Relevance jednotlivých činností spojených s poskytováním péče zaznamenaná při hodnocení možnosti uspokojení potřeb příjemce při vykonávání příslušné činnosti – pilotní a kontrolní města

	kontrolní města		Havířov		Uherský Brod		celkem	
	N (172)	hodnotící stanovisko	N (139)	hodnotící stanovisko	N (66)	hodnotící stanovisko	N (377)	hodnotící stanovisko
pomoc při péči o domácnost	166	98%	135	100%	64	92%	365	98%
doprovázení osoby, doprava	166	94%	136	93%	63	89%	365	93%
jednání s úřady, návštěva lékaře apod.	163	98%	135	98%	63	97%	361	98%
vyhledání a nákup různých služeb	165	93%	131	95%	64	89%	360	93%
hygienická péče	165	95%	137	92%	62	89%	364	93%
základní sebeobslužné úkony	163	93%	138	91%	63	90%	364	92%
rehabilitace, cvičení	154	47%	128	59%	58	59%	340	54%

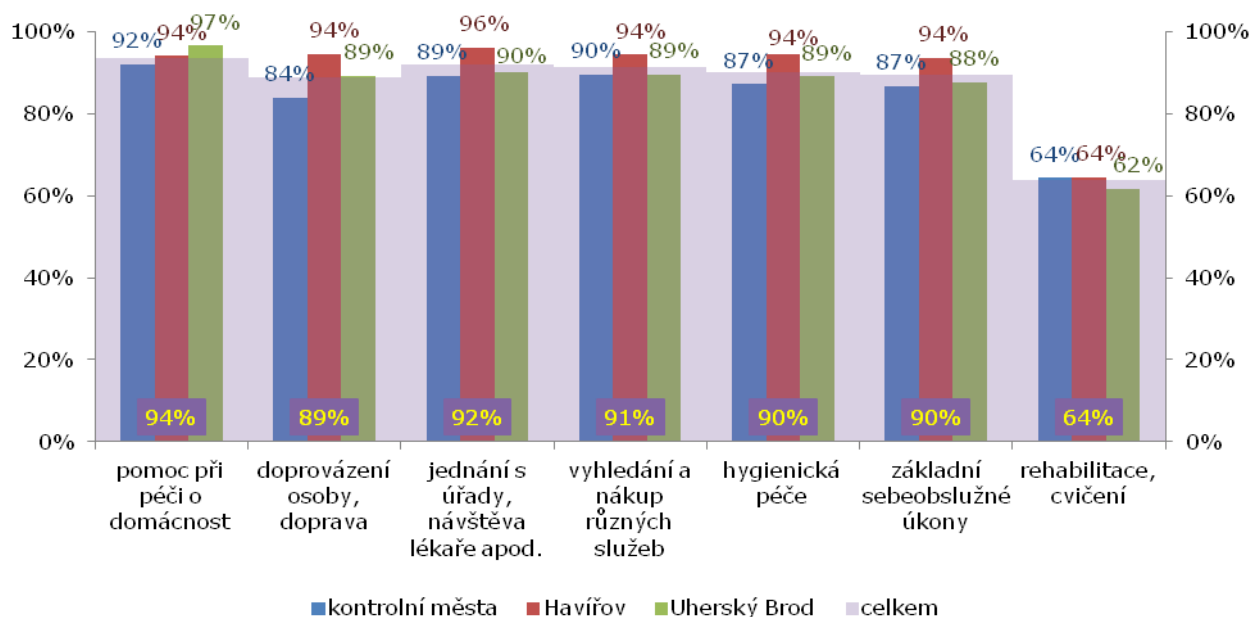
Pozn.: Levý z obou sloupců shrnuje počet získaných platných odpovědí (v prvním řádku je uveden celkový počet dotazníků), pravý pak procentuální podíl odpovědí vyjadřujících hodnotící stanoviska (tj. bez odpovědi „netýká se“) z celkového počtu získaných platných odpovědí.

Podíl respondentů, podle kterých byly potřeby příjemců péče související s jednotlivými činnostmi uspokojeny (tj. podíl respondentů uvádějících odpovědi „určitě ano“ a „spíše ano“) byl ve všech sledovaných městech zcela srovnatelný. Největší rozdíl byl zjištěn u doprovázení a dopravy, kdy podíl respondentů uvádějících příznivé hodnocení byl nejnižší

v kontrolních městech (84 %) a nejvyšší v Havířově (94 %). I v těchto dvou městech se ale zjištěné hodnoty od průměrné hodnoty tohoto podílu v celém zkoumaném souboru (89 %) lišily jen velmi málo. Při hodnocení dalších činností byly již odpovědi respondentů ze sledovaných měst zcela srovnatelné (rozdíl mezi nejvyšším zjištěným podílem respondentů uvádějících příznivé hodnocení a nejnižším zjištěným podílem se pohyboval od 3 do 7 %).

Ve všech třech sledovaných městech byl podíl respondentů uvádějících příznivé hodnocení možností uspokojení u všech činností zcela srovnatelný. Ve všech třech městech tak byla z hlediska tohoto parametru zcela srovnatelná situace, a to jak, co se týče „profilu“ měst podle hodnocení jednotlivých činností, tak co se týče „referenční hladiny“ příznačné pro každé město.

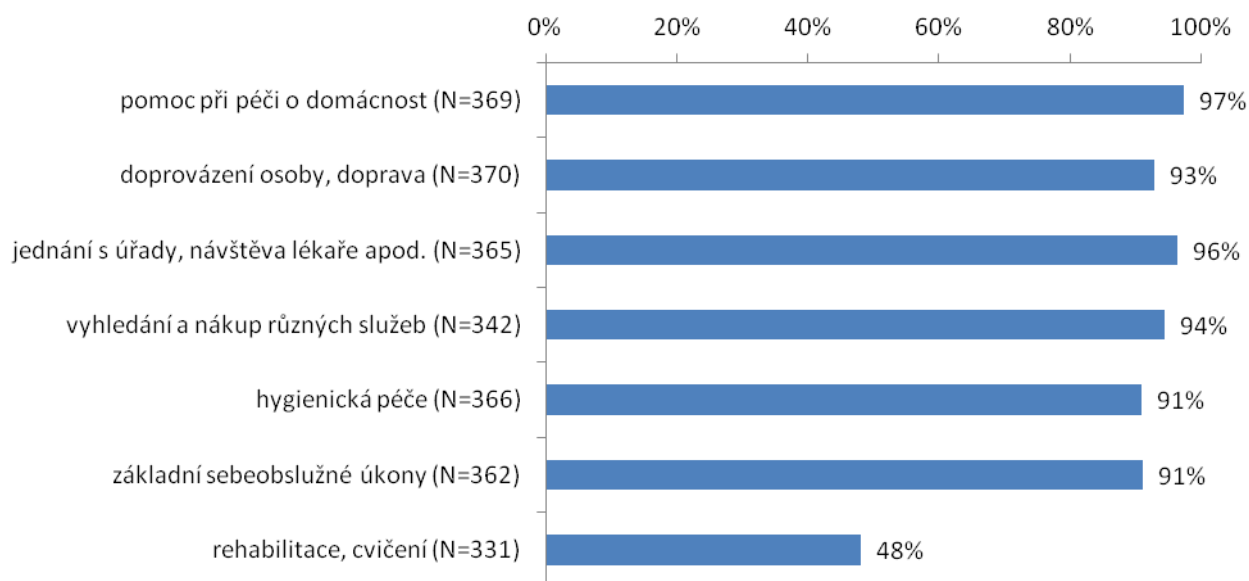
Graf č. 36 - Možnosti uspokojení potřeb příjemce v potřebném rozsahu (podíl respondentů uvádějících odpovědi „určitě ano“ nebo „spíše ano“ z počtu respondentů uvádějících hodnocení) – pilotní a kontrolní města



Při hodnocení existence překážek při vykonávání jednotlivých činností³⁹ vnímala zhruba polovina dotázaných jako relevantní (tj. vnímali příslušnou činnost tak, že se jich týká) činnost *rehabilitaci nebo cvičení*. U šesti dalších činností uvedlo hodnotící stanovisko více než devět z deseti dotázaných.

³⁹ Otázka č. 19 dotazníku „Prosíme Vás také o zhodnocení toho, nakolik jsou Vaše možnosti vykonávat příslušné činnosti omezeny různými nepříznivými okolnostmi, ztěžujícími faktory nebo překážkami.“

Graf č. 37 – Relevance jednotlivých činností spojených s poskytováním péče při hodnocení existence překážek při vykonávání příslušné činnosti

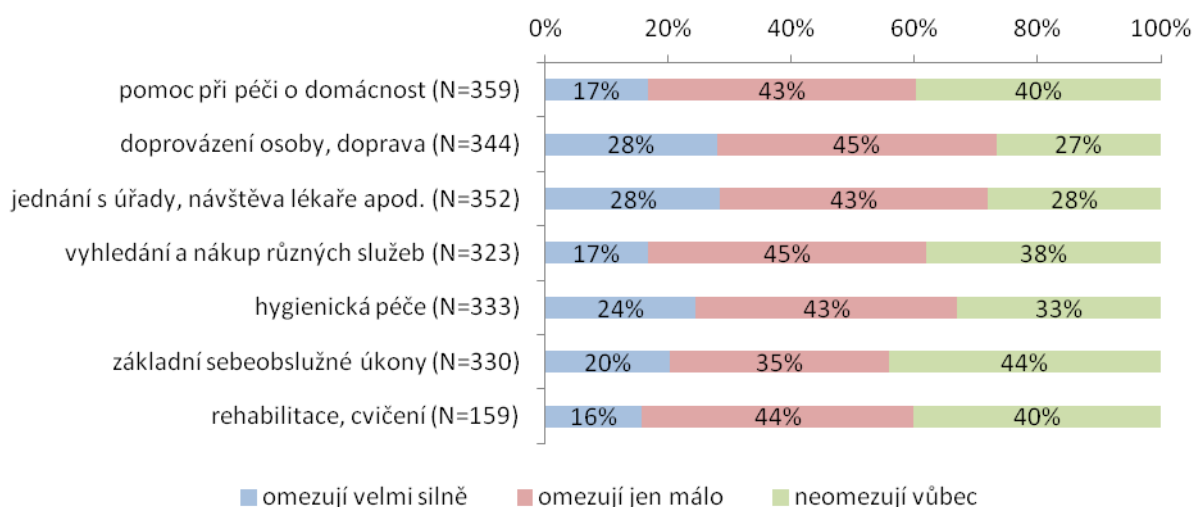


Ze srovnání názorů na **existenci překážek při vykonávání jednotlivých činností**⁴⁰ vyplynulo, že podíl respondentů poukazujících na výrazné překážky se pohyboval od jedné šestiny respondentů uvádějících hodnotící stanoviska (v případě *rehabilitace nebo cvičení, pomoci při péči o domácnost a vyhledání a u nákupu různých služeb*) až po více než čtvrtinu (*doprovázení osoby nebo doprava a jednání s úřady nebo návštěva lékaře*). Celkově je tedy možné konstatovat, že při výkonu všech hodnocených činností se podstatná část dotázaných (72-84 %) nezaznamenala žádné překážky nebo se setkávala s překážkami, které nebyly vnímány jako příliš zásadní.

Činnosti, u kterých byl nejvyšší podíl respondentů uvádějících existenci závažných překážek ztěžujících možnosti jejich vykonávání (tj. *doprovázení osoby nebo doprava, jednání s úřady nebo návštěva lékaře a hygienická péče*), pak lze zároveň vnímat jako prioritní oblasti, v jejichž podpoře jsou patrně v současnosti největší rezervy a v rámci nichž je vhodné, pečující osoby podporovat intenzivněji a/nebo realizovat opatření, která by pečujícím osobám výkon těchto činností usnadnila.

⁴⁰ Vyhodnocení existence překážek při vykonávání jednotlivých činností v otázce č. 19 dotazníku.

Graf č. 38 – Existence překážek při vykonávání jednotlivých činností spojených s poskytováním péče



Hodnocení míry relevance jednotlivých činností zaznamenané u otázky týkající se existence překážek při vykonávání příslušné činnosti se u všech sledovaných činností mezi jednotlivými sledovanými městy lišilo jen zcela zanedbatelně. U všech činností ve všech městech tak byl získán zcela dostatečný počet odpovědí pro vyhodnocení a srovnání toho, jak respondenti hodnotí podmínky pro vykonávání jednotlivých činností.

Tabulka č. 7 - Relevance jednotlivých činností spojených s poskytováním péče zaznamenaná při hodnocení existence překážek při vykonávání příslušné činnosti – pilotní a kontrolní města

	kontrolní města		Havířov		Uherský Brod		celkem	
	N (172)	hodnotící stanovisko	N (139)	hodnotící stanovisko	N (66)	hodnotící stanovisko	N (377)	hodnotící stanovisko
pomoc při péči o domácnost	166	98%	138	98%	65	94%	369	97%
doprovázení osoby, doprava	168	95%	136	93%	66	88%	370	93%
jednání s úřady, návštěva lékaře apod.	167	98%	133	95%	65	95%	365	96%
vyhledání a nákup různých služeb	156	94%	125	95%	61	93%	342	94%
hygienická péče	169	93%	134	90%	63	89%	366	91%
základní sebeobslužné úkony	169	92%	132	92%	61	89%	362	91%
rehabilitace, cvičení	152	44%	120	50%	59	54%	331	48%

Pozn.: Levý z obou sloupců shrnuje počet získaných platných odpovědí (v prvním řádku je uveden celkový počet dotazníků), pravý pak procentuální podíl odpovědí vyjadřujících hodnotící stanoviska (tj. bez odpovědi „netýká se“) z celkového počtu získaných platných odpovědí.

Podíl respondentů, podle kterých byly možnosti vykonávání jednotlivých činností omezeny velmi silně různými překážkami, se mezi sledovanými městy nejvíce lišil u vyhledání a nákupu různých služeb, jednání s úřady nebo návštěvy lékaře, pomoci při péči o domácnost a doprovázení osoby nebo dopravy.

Zatímco v kontrolních městech ztěžovaly významné překážky jednání s úřady nebo návštěvy lékaře podle téměř dvou pětín dotázaných, v Havířově a Uherském Brodě se jednalo o zhruba než pětinu dotázaných.

V případě *vyhledání a nákupu různých služeb a pomoci při péči o domácnost* konstatovala existenci závažných překážek čtvrtina respondentů z kontrolních měst, v případě Havířova a Uherského Brodu možnosti vykonávání těchto činností takto hodnotila desetina dotázaných.

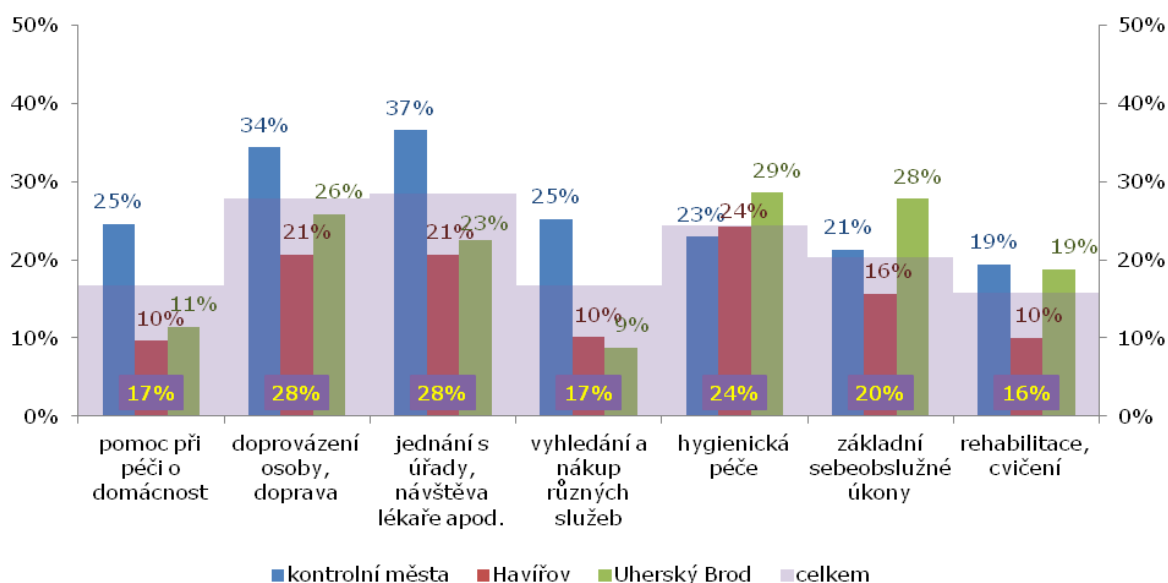
Možnosti *doprovázení osoby a dopravy* významně ztěžovaly různé překážky podle jedné třetiny zástupců kontrolních měst, jedné čtvrtiny respondentů z Uherského Brodu a jedné pětiny respondentů v Havířově.

Průměrný podíl (tj. za průměr pro všech sedm sledovaných činností) respondentů poukazujících na existenci překážek velmi silně ztěžujících možnosti vykonávání jednotlivých činností byl nejvyšší v kontrolních městech a nejnižší v Havířově. Rozdíly těchto průměrných hodnot ale nebyly příliš výrazné, v kontrolních městech byly zjištěny průměrný podíl oproti celému souboru vyšší o 5 %, v Havířově byl ve srovnání s celým souborem nižší o 6 % a v Uherském Brodě o 1 %.

Ve sledovaných městech se ale zřetelně lišil okruh činností srovnaných podle podílů respondentů konstatujících existenci významných překážek. Zatímco mezi oběma pilotními městy byly výraznější rozdíly zjištěny pouze u dvou sledovaných činností (*základní sebeobslužné úkony a rehabilitace, cvičení*), mezi pilotními a kontrolními městy se situace lišila již podstatně výrazněji.

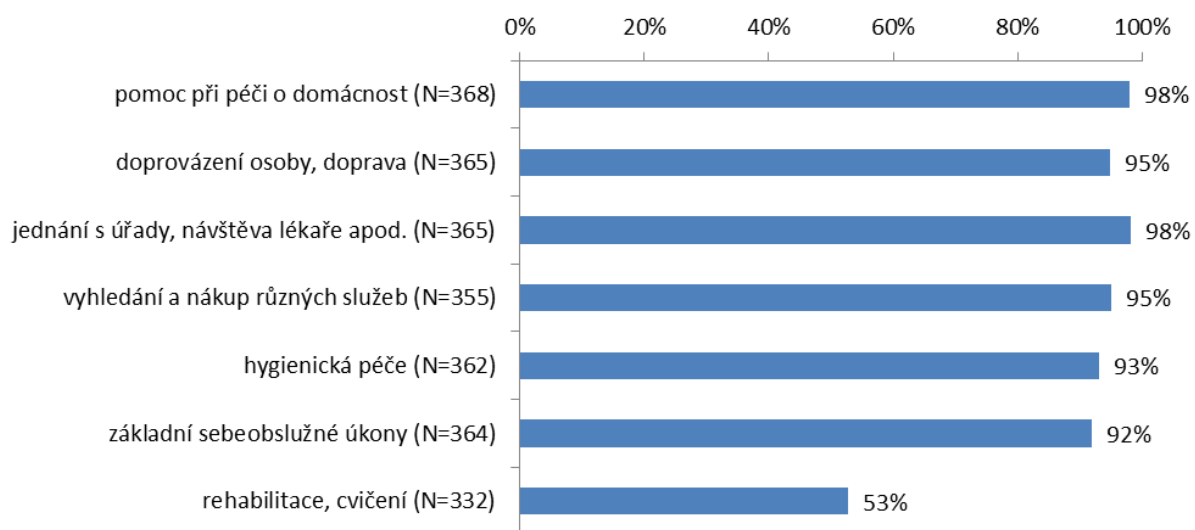
V kontrolních městech zaznamenalo nejvíce respondentů významné překážky u *jednání s úřady, návštěvě lékaře apod.* (37 %) a u *doprovázení osoby nebo dopravy* (34 %). V Havířově nejvíce respondentů zažívalo překážky velmi silně ztěžující možnosti zajištění *hygienické péče* (24 %), *doprovázení osoby nebo dopravu* (21 %) a *jednání s úřady, návštěvu lékaře apod.* (21 %). V Uherském Brodě byl největší podíl respondentů konstatujících existenci velmi silných překážek zaznamenán u *hygienické péče* (29 %), *základních sebeobslužných úkonů* (28 %) a *doprovázení osoby nebo dopravy* (26 %). Zatímco ale v případě zde uvedených činností s nejvyššími podíly respondentů uvádějících existenci závažných překážek byla mezi sledovanými městy ještě poměrně výrazná shoda, pořadí dalších činností dle podílu respondentů konstatujících existenci závažných překážek se v jednotlivých městech lišilo již velmi výrazně.

Graf č. 39 - Překážky významně omezující možnosti vykonávání jednotlivých činností (podíl respondentů uvádějících odpovědi „omezují velmi silně“ z počtu respondentů uvádějících hodnocení) – pilotní a kontrolní města



Při hodnocení podmínek pro vykonávání jednotlivých činností⁴¹ vnímala polovina dotázaných jako relevantní činnost *rehabilitaci nebo cvičení*. *Hygienickou péči a základní sebeobslužné úkony* vnímalo jako relevantní devět z deseti dotázaných. U dalších čtyř sledovaných činností (*pomoc při péči o domácnost, doprovázení osoby nebo doprava, jednání s úřady nebo návštěva lékaře a vyhledání nebo nákup různých služeb*) uvedla hodnotící stanoviska naprostá většina (95 % nebo více) dotázaných uvádějících platné odpovědi.

Graf č. 40 – Relevance jednotlivých činností spojených s poskytováním péče při hodnocení podmínek pro vykonávání příslušné činnosti



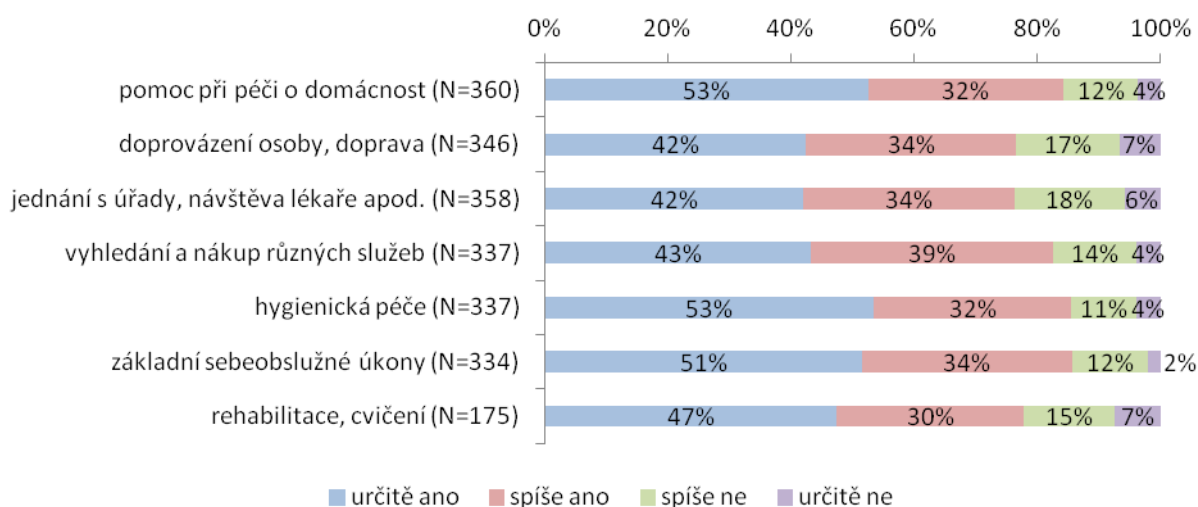
U všech sledovaných činností byly **podmínky pro vykonávání jednotlivých činností**⁴² hodnoceny příznivě převážnou většinou dotázaných, kdy u všech sedmi sledovaných činností byla zhruba podle čtyř pětín (76 % - 86 %) podpora, která byla respondentům při jejich vykonávání poskytována, hodnocena jako dostatečná (byly uvedeny odpovědi „určitě ano“ nebo „spíše ano“). Celkově lze tedy získané poznatky vnímat tak, že podmínky pro výkon všech hodnocených činností jsou podle podstatné části dotázaných odpovídající (76-86 %).

Činnosti, u kterých byl nejnižší podíl respondentů konstatujících příznivé podmínky pro jejich vykonávání (tj. *doprovázení osoby nebo doprava, jednání s úřady nebo návštěva lékaře a rehabilitace nebo cvičení*), pak lze zároveň vnímat jako prioritní oblasti, v jejichž podpoře jsou patrně v současnosti největší rezervy a v rámci nichž je vhodné, pečující osoby podporovat intenzivněji a/nebo realizovat opatření, která pečujícím osobám výkon těchto činností usnadní. U prvních dvou jmenovaných činností byl přitom nejvyšší i podíl respondentů poukazujících na existenci významných překážek v otázce č. 19. Naproti tomu, činnost *rehabilitace a cvičení* byla v otázce č. 19 hodnocena příznivěji a naopak při celkovém zhodnocení podmínek pro vykonávání jednotlivých činností byla naopak příznivěji hodnocena činnost *hygienická péče*.

⁴¹ Otázka č. 20 dotazníku „Jak byste zhodnotil/a stávající podmínky pro poskytování jednotlivých činností spojených s poskytováním péče? Máte pocit, že ve svém okolí máte dostatečnou podporu, abyste mohl/a zajištěním těchto činností co nejlépe uspokojit potřeby osoby nebo osob, o které pečujete?“

⁴² Vyhodnocení podmínek pro vykonávání jednotlivých činností v otázce č. 20 dotazníku.

Graf č. 41 – Podmínky pro vykonávání jednotlivých činností spojených s poskytováním péče



Hodnocení míry relevance jednotlivých činností zaznamenané u otázky týkající se podmínek pro poskytování příslušné činnosti se u všech sledovaných činností mezi jednotlivými sledovanými městy lišilo jen zcela zanedbatelně. U všech činností ve všech městech tak byl získán zcela dostatečný počet odpovědí pro vyhodnocení a srovnání toho, jak respondenti hodnotí podmínky pro vykonávání jednotlivých činností.

Tabulka č. 8 - Relevance jednotlivých činností spojených s poskytováním péče zaznamenaná při hodnocení podmínek pro vykonávání příslušné činnosti – pilotní a kontrolní města

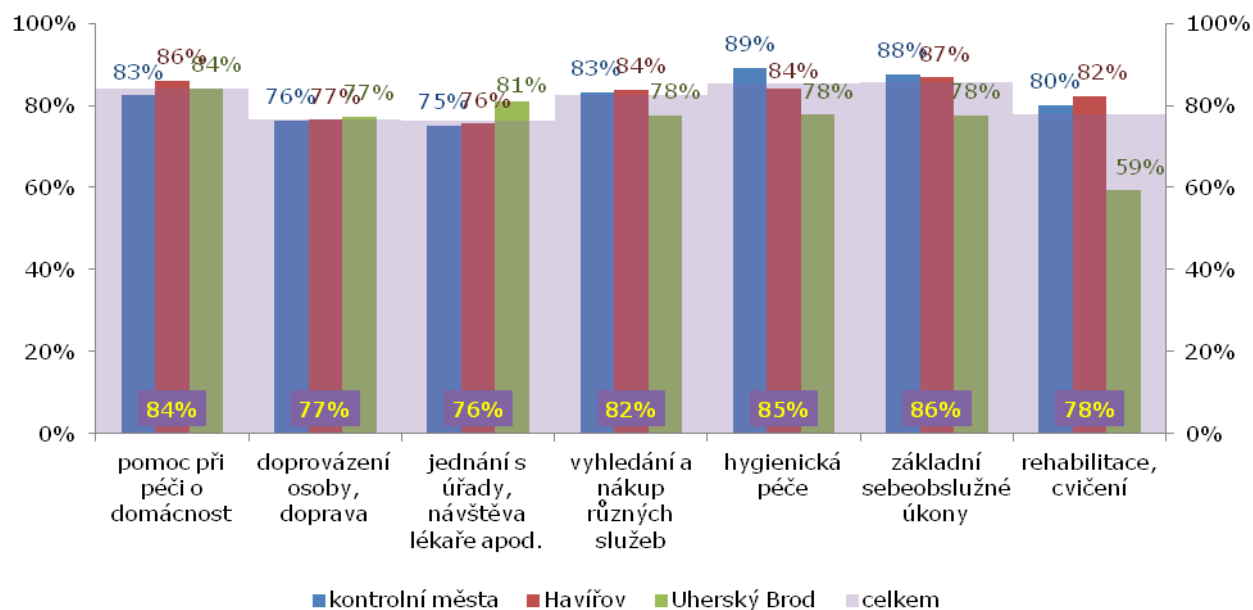
	kontrolní města		Havířov		Uherský Brod		celkem	
	N (172)	hodnotící stanovisko	N (139)	hodnotící stanovisko	N (66)	hodnotící stanovisko	N (377)	hodnotící stanovisko
pomoc při péči o domácnost	164	98%	138	99%	66	95%	368	98%
doprovázení osoby, doprava	164	96%	137	96%	64	89%	365	95%
jednání s úřady, návštěva lékaře apod.	163	98%	137	99%	65	97%	365	98%
vyhledání a nákup různých služeb	162	96%	130	95%	63	92%	355	95%
hygienická péče	165	95%	136	93%	61	89%	362	93%
základní sebeobslužné úkony	165	93%	135	90%	64	91%	364	92%
rehabilitace, cvičení	152	49%	121	60%	59	46%	332	53%

Podíl respondentů, kteří hodnotili podmínky pro vykonávání jednotlivých činností příznivě (odpovědi „určitě ano“ nebo „spíše ano“) z celkového počtu respondentů uvádějících hodnotící stanoviska se mezi sledovanými městy výrazně lišil u *rehabilitace nebo cvičení* (podporu u této činnosti vnímalo v Uherském Brodě jako dostatečnou pouze 59 %, zatímco v kontrolních městech 80 % a v Havířově 82 %). U dalších hodnocených činností již byly mezi sledovanými městy zaznamenány jen menší (*hygienická péče, základní sebeobslužné úkony*) nebo v podstatě zanedbatelné rozdíly (*pomoc při péči o domácnost, doprovázení osoby nebo doprava, jednání s úřady nebo návštěva lékaře a vyhledání a nákup různých služeb*).

Průměrný podíl respondentů hodnotících podmínky pro vykonávání jednotlivých činností příznivě byl nejnížší v Uherském Brodě. Zjištěné rozdíly mezi sledovanými městy jsou ale v průměru za všech sledovaných činností jen velmi malé (v Uherském Brodě byl tento podíl o 5 % nižší než v celém vzorku, v kontrolních městech byl tento podíl vyšší o 1 % oproti podílu za celý vzorek).

Ve všech třech sledovaných městech byl podíl respondentů uvádějících příznivé hodnocení podmínky pro vykonávání u téměř všech činností zcela srovnatelný. Výjimkou v tomto směru byl pouze výrazně nižší podíl respondentů uvádějících příznivé hodnocení v Uherském Brodě u *rehabilitace, cvičení*. Ve všech třech městech tak byla z hlediska tohoto parametru téměř srovnatelná situace, a to jak, co se týče „profilu“ měst podle hodnocení jednotlivých činností, tak co se týče „referenční hladiny“ příznačné pro každé město.

Graf č. 42 - Podmínky pro možnosti vykonávání jednotlivých činností (podíl respondentů uvádějících odpovědi „určitě ano“ nebo „spíše ano“ z počtu respondentů uvádějících hodnocení) – pilotní a kontrolní města



Shrnutí IV: Stěžejní poznatky o činnostech při poskytování péče

Důležitost jednotlivých činností týkajících se poskytování péče

Z předloženého seznamu činností týkajících se poskytování péče představovaly pouze *rehabilitace a cvičení* činnost s nižší důležitostí pro respondenty při poskytování péče (třetina dotázaných uvádějících platné odpovědi konstatovala, že se jich netýká). Zároveň se její důležitost pro respondenty při poskytování péče velmi výrazně lišila mezi sledovanými regiony (tato činnost se týkala 57 % respondentů uvádějících platnou odpověď v kontrolních městech, 70 % v Havířově a 77 % v Uherském Brodě).

Naopak všechny ostatní činnosti zajišťované při poskytování péče uvedené v předloženém výčtu (tj. jmenovitě *pomoc při péči o domácnost, doprovázení osoby, doprava, jednání s úřady, návštěva lékaře apod., vyhledání a nákup různých služeb, hygienická péče, základní sebeobslužné úkony a zajištění kontaktu s okolím*) měly pro respondenty vysokou důležitost, kdy možnost, že se jich příslušná služba netýká, uvedla nejvýše desetina dotázaných. Zároveň se důležitost těchto činností mezi jednotlivými sledovanými městy lišila jen velmi málo (v řádu jednotek procent).

Srovnání frekvence poskytování jednotlivých činností

U šesti z osmi v této otázce sledovaných činností konstatovala větší část dotázaných vysokou frekvenci jejich poskytování (uvedli odpověď „velmi často“ nebo „často“). Nejčastěji vykonávanou aktivitou byla *pomoc při péči o domácnost*. Tu „velmi často“ nebo „často“ poskytovalo 84 % dotázaných. Následovaly *základní sebeobslužné úkony* (70 %) a *hygienická péče* (68 %). Více než polovina respondentů při poskytování péče „velmi často“ nebo „často“ zajišťovala také tyto činnosti:

- *jednání s úřady, návštěva lékaře apod.* (59 %)
- *doprovázení osoby, doprava* (57 %) a
- *vyhledání a nákup různých služeb* (56 %).

Podíl respondentů uvádějících vysokou frekvenci poskytování činnosti se mezi sledovanými městy nejvýrazněji (až o 22 %) lišil u zajištění *doprovázení osoby, dopravy* (70 % v Havířově oproti 48 % v kontrolních městech a 51 % v Uherském Brodě). Druhý největší rozdíl co se týče podílu respondentů uvádějících vysokou frekvenci poskytování činnosti (až o 19 %) byl zjištěn u *rehabilitace, cvičení* (v Havířově 34 %, v kontrolních městech 33 % a v Uherském Brodě 15 %). U ostatních činností hodnocených v předloženém výčtu se mezi sledovanými městy podíl respondentů uvádějících vysokou frekvenci jejich poskytování lišil (při srovnání měst s nejvyšším a nejnižším podílem) o 11-16 %.

Ze vzájemného srovnání všech odpovědí získaných u této otázky v jednotlivých městech je patrné, že ve všech městech nejvyšší podíl respondentů při poskytování péče *pomáhal s péčí o domácnost*. Druhou nejčastěji vykonávanou činností byly ve všech srovnávaných městech *základní sebeobslužné úkony* a třetí *hygienická péče*. Pořadí dalších tří činností podle počtu respondentů, kteří je při poskytování péče vykonávali, se již mezi sledovanými městy mírně lišilo, ale ve všech třech sledovaných městech k těmto činnostem patřily *doprovázení osoby nebo doprava, jednání s úřady, návštěva lékaře apod.* a *vyhledávání a nákupu různých služeb*. Ve všech sledovaných městech byl z osmi sledovaných činností téměř nejnižší podíl respondentů, kteří při poskytování péče zajišťovali *kontakt s okolím*, a nejnižší byl podíl respondentů, kteří při péči *vykonávali rehabilitační činnosti nebo pomáhali se cvičením*.

Podíl respondentů uvádějících vyšší frekvenci zajišťování sledovaných činností byl ze srovnávaných měst u všech osmi sledovaných činností nejvyšší v Havířově. Nejnižší byl u pěti sledovaných činností v Uherském Brodě a u třech v kontrolních městech.

Míra zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností

U všech sedmi sledovaných činností (u této a následujících otázek bylo na rozdíl od té předchozí hodnoceno pouze sedm činností) se podíl respondentů, podle nichž se do vykonávání činností další osoby zapojovaly výrazně (tj. byly uvedeny odpovědi „ano, velmi často“ nebo „ano, často“), pohyboval v rozmezí 24 – 35 % a lze tedy říci, že u všech srovnávaných činností byl srovnatelný podíl respondentů, kterým s výkonem příslušné činnosti pomáhal někdo další často nebo velmi často.

Průměrný podíl (průměrná hodnota z údajů o všech sedmi sledovaných činnostech) respondentů uvádějících výraznou míru zapojení dalších osob do vykonávání jednotlivých činností byl nejvyšší v kontrolních městech a nejnižší v Havířově. Zároveň se jednotlivá města lišila okruhem činností, s nimiž respondentům při poskytování péče nejčastěji pomáhaly další osoby. Zatímco v Havířově nejvíce respondentům při poskytování péče pomáhaly další osoby s *hygienickou péčí* a se zajištěním *základních sebeobslužných úkonů*, v Uherském Brodě tyto dvě činnosti následovaly až po *pomoci při péči o domácnost*, a v kontrolních městech tyto dvě činnosti následovaly až po *doprovázení osoby nebo dopravě a jednáním s úřady nebo návštěvou lékaře*. Z hlediska podílu respondentů, jimž při poskytování péče častěji pomáhaly další osoby, pak byly mezi městy patrné rozdíly i u dalších hodnocených činností.

Odhad míry uspokojení potřeb příjemců péče u jednotlivých činností

Možnosti uspokojení potřeb příjemců péče související s vykonáváním jednotlivých činností hodnotili respondenti převážně pozitivně (u *rehabilitace cvičení* téměř dvě třetiny dotázaných, u ostatních sledovaných činností 89 - 94 % respondentů). Odpovědi respondentů reprezentujících jednotlivá města se u této otázky lišily jen minimálně.

Existence překážek při vykonávání jednotlivých činností

Podíl respondentů poukazujících na výrazné překážky se pohyboval od jedné šestiny respondentů uvádějících hodnotící stanoviska (v případě *rehabilitace nebo cvičení, pomoci při péči o domácnost a vyhledání* a u *nákupu různých služeb*) až po více než čtvrtinu (*doprovázení osoby nebo doprava a jednání s úřady nebo návštěva lékaře*). Celkově je tedy možné konstatovat, že při výkonu všech hodnocených činností se podstatná část dotázaných (72 - 84 %) nezaznamenala žádné překážky nebo se setkávala s překážkami, které nebyly vnímány jako příliš zásadní.

Průměrný podíl (tj. za průměr pro všech sedm sledovaných činností) respondentů poukazujících na existenci překážek velmi silně ztěžujících možnosti vykonávání jednotlivých činností byl nejvyšší v kontrolních městech a nejnižší v Havířově. Rozdíly těchto průměrných hodnot ale nebyly příliš výrazné. Ve sledovaných městech se ale zřetelně lišil okruh činností srovnaných podle podílů respondentů konstatujících existenci významných překážek. Zatímco mezi oběma pilotními městy byly výraznější rozdíly zjištěny pouze u dvou sledovaných činností (*základní sebeobslužné úkony* a *rehabilitace, cvičení*), mezi pilotními a kontrolními městy se situace lišila již podstatně výrazněji.

Podmínky pro vykonávání jednotlivých činností

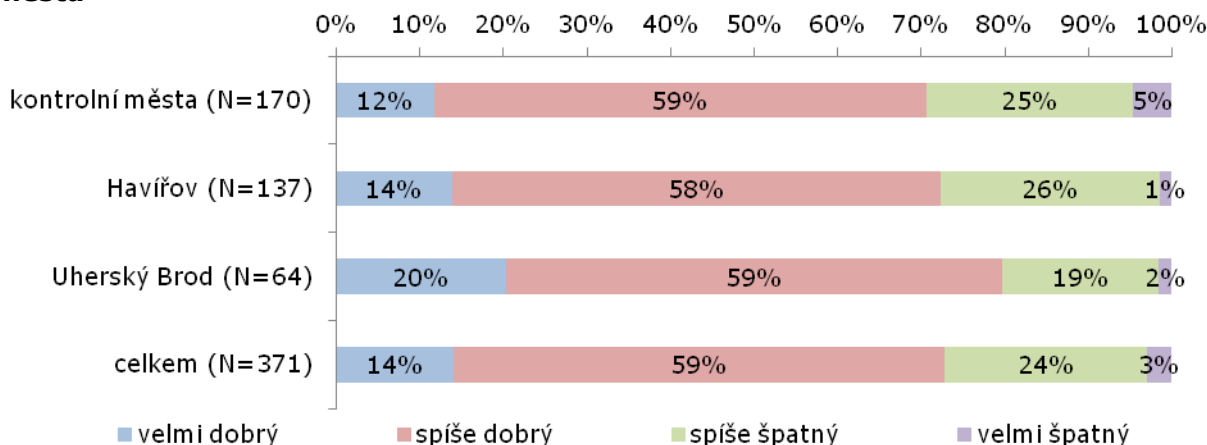
U všech sledovaných činností byly podmínky pro vykonávání jednotlivých činností hodnoceny příznivě převážnou většinou dotázaných, kdy u všech sedmi sledovaných činností byla zhruba podle čtyř pětin (76 - 86 %) podpora, která byla respondentům při jejich vykonávání poskytována, hodnocena jako dostatečná. K činnostem s nižším podílem respondentů vyjadřujících příznivé hodnocení patřily *doprovázení osoby nebo doprava, jednání s úřady nebo návštěva lékaře* a *rehabilitace nebo cvičení*.

Ve všech třech sledovaných městech byl podíl respondentů uvádějících příznivé hodnocení podmínky pro vykonávání u téměř všech činností zcela srovnatelný. Výjimkou v tomto směru byl pouze výrazně nižší podíl respondentů uvádějících příznivé hodnocení v Uherském Brodě u *rehabilitace, cvičení*. Ve všech třech městech tak byla z hlediska tohoto parametru téměř srovnatelná situace.

2.1.5. Vybrané otázky týkající se hodnocení vlastní osobní a sociální situace

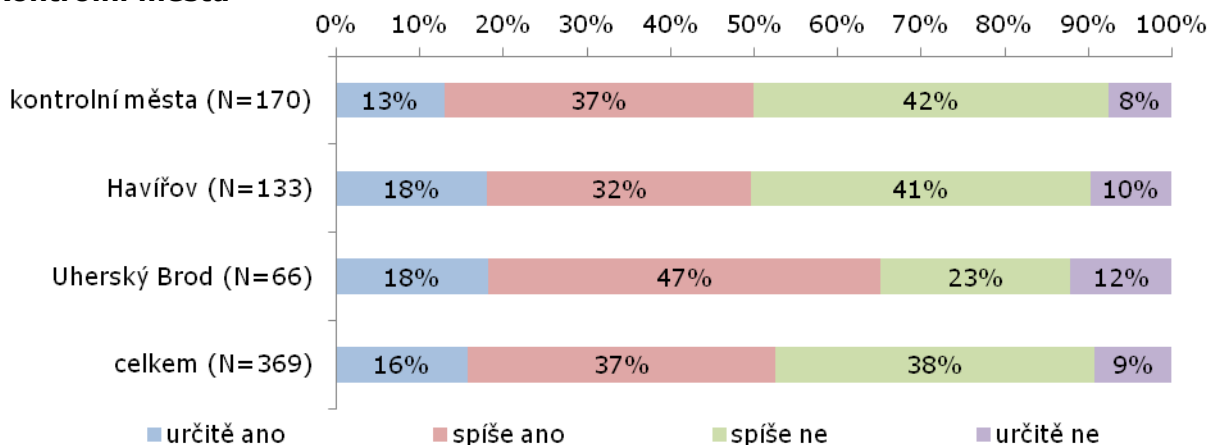
Téměř tři čtvrtiny (73 %) dotázaných pečujících osob považovaly svůj vlastní **zdravotní stav**⁴³ za „velmi dobrý“ nebo „spíše dobrý“. Nepříznivé hodnocení vlastního zdravotního stavu uvedla přibližně čtvrtina dotázaných (27 %), z toho 3 % dotázaných jej hodnotila jako „velmi špatný“. Ve sledovaných městech přitom byly názory respondentů na tuto otázku zcela srovnatelné.

Graf č. 43 – Celkové hodnocení vlastního zdravotního stavu – pilotní a kontrolní města



Možnost věnovat se péči o sebe měla (spíše nebo určitě) v uplynulém týdnu⁴⁴ polovina (53 %) dotázaných. Dvě pětiny dotázaných (38 %) tuto možnost v uplynulém týdnu spíše neměly a 9 % jich uvedlo, že jí neměly určitě. Zřetelně příznivěji hodnotili možnosti věnovat se péči o sebe respondenti z Uherského Brodu (odpověď „určitě ano“ nebo „spíše ano“ uvedlo 65 % dotázaných, zatímco v kontrolních městech a v Havířově to bylo 50 %).

Graf č. 44 – Možnost věnovat se péči o sebe v uplynulém týdnu – pilotní a kontrolní města



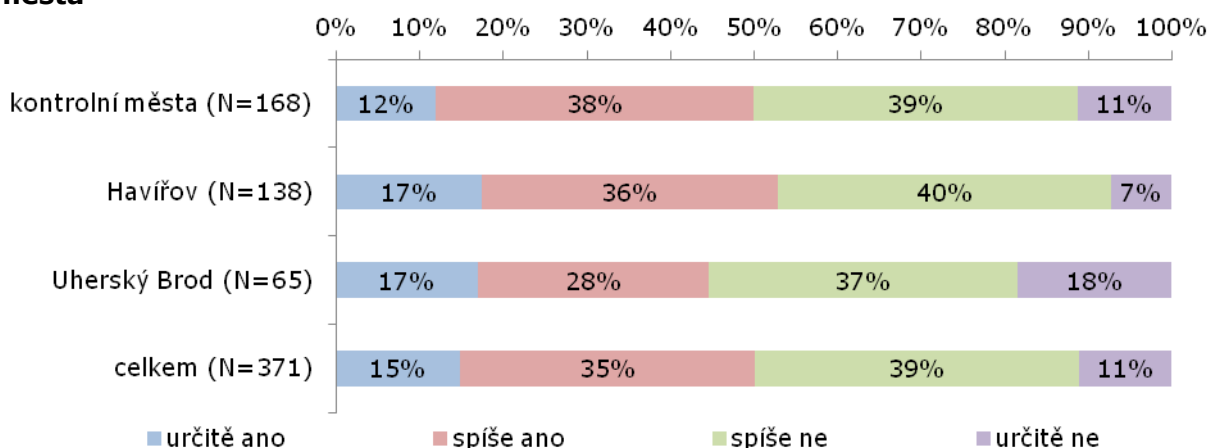
⁴³ Otázka č. 22 dotazníku „Jak hodnotíte svůj celkový zdravotní stav?“

⁴⁴ Otázka č. 23 dotazníku „Měl/a jste v uplynulém týdnu možnost věnovat se péči o sebe?“

Přibližně polovina (53 %) dotázaných pečujících osob měla **dostatek času na odpočinek** (tj. u otázky týkající se tohoto aspektu⁴⁵ uvedla odpověď „určitě ano“ nebo „spíše ano“). Přibližně dvěma pětina dotázaných (38 %) se čas na odpočinek spíše nedostával a 9 % jich uvedlo, že se jim čas na odpočinek určitě nedostává.

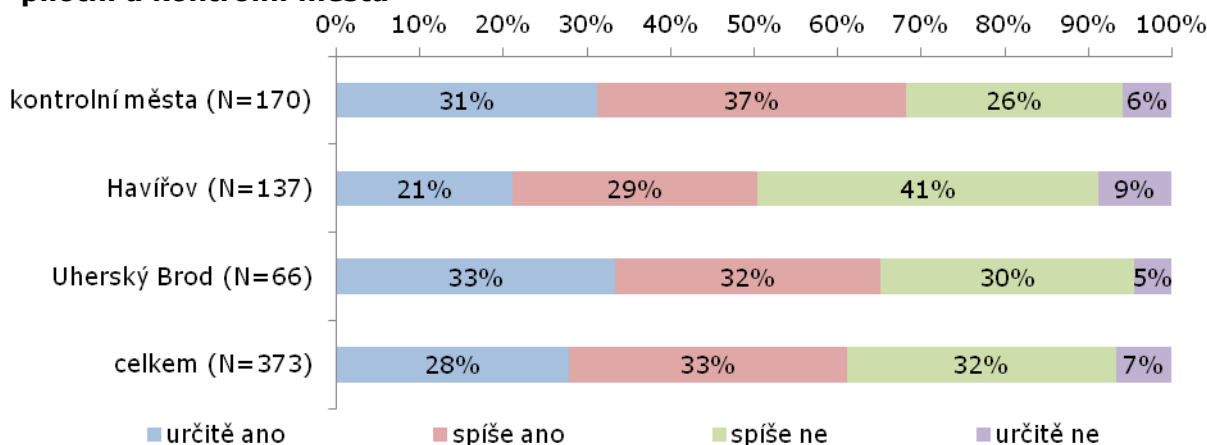
Při hodnocení svých časových dispozic pro odpočinek byli kritičtější respondenti z Uherského Brodu. Podíl respondentů uvádějících odpovědi „určitě ano“ nebo „spíše ano“ se ve všech sledovaných městech sice lišil poměrně málo (v Uherském Brodě uvedlo jednu z těchto možností 45 % dotázaných, zatímco v kontrolních městech to bylo 50 % a v Havířově 53 %), zároveň ale byl v Uherském Brodě také nejvyšší podíl respondentů, kteří své časové dispozice pro odpočinek hodnotili jako určitě nedostatečné (18 % oproti 11 % v kontrolních městech a 7 % v Havířově).

Graf č. 45 – Dostatek času na odpočinek v uplynulém týdnu – pilotní a kontrolní města



Dvě pětiny (61 %) dotázaných pečujících osob pociťovaly v uplynulém týdnu zvýšený stres, úzkost, nervozitu nebo nějaké obdobné příznaky.⁴⁶ Přičemž podíl respondentů, kteří uvedli, že takové příznaky pociťovali určitě, byl jen mírně nižší (celkem tuto možnost uvedlo 28 % dotázaných) než podíl respondentů uvádějících, že je pociťovali spíše (33 %). Podíl respondentů, kteří tyto příznaky během uplynulého týdne spíše nepociťovali, byl 32 % a podíl respondentů, kteří je nepociťovali určitě 7 %. Podstatně nižší podíl respondentů, kteří tyto situace zažívali (spíše nebo určitě), byl zaznamenán v Havířově (50 % oproti 65 % v Uherském Brodě a 68 % v kontrolních městech).

Graf č. 46 – Psychická situace pečující osoby - zvýšený stres, úzkost, nervozita – pilotní a kontrolní města

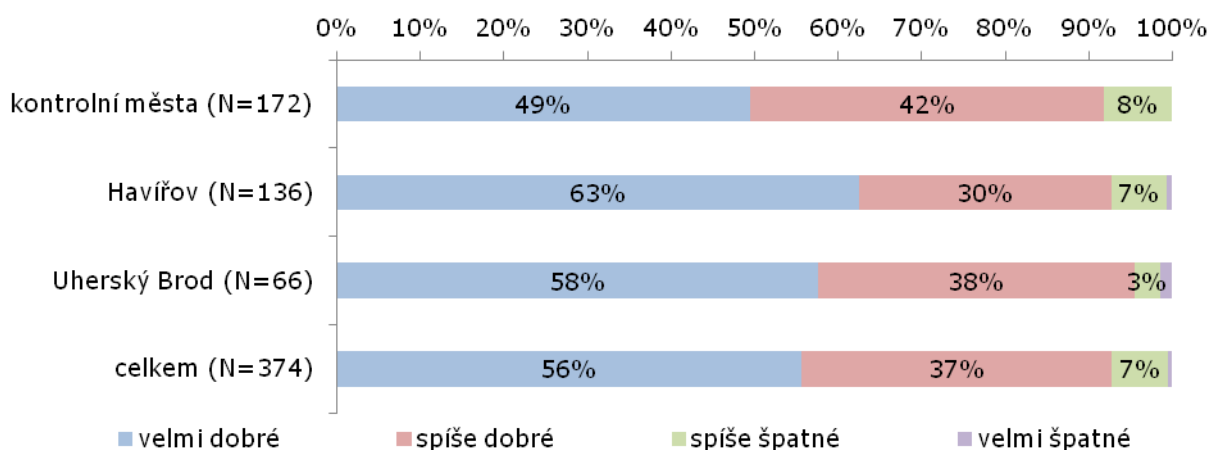


⁴⁵ Otázka č. 24 dotazníku „Měl/a jste v uplynulém týdnu dostatek času na odpočinek?“

⁴⁶ Otázka č. 25 dotazníku „Pociťoval/a jste v uplynulém týdnu zvýšený stres, úzkost, nervozitu apod.“

Naprostá většina (93 %) dotázaných vnímala vztahy ke členům své rodiny jako „velmi dobré“ nebo „spíše dobré“. ⁴⁷ Negativně je hodnotilo 7 % dotázaných, přičemž méně 1 % dotázaných je vnímalo jako „velmi špatné“. Mezi sledovanými městy byl zcela srovnatelný souhrnný podíl respondentů hodnotících rodinné vztahy příznivě (tj. podíl respondentů uvádějících možnost „velmi dobré“ nebo „spíše dobré“), zřetelný ale byl rozdíl v podílu respondentů vnímajících rodinné vztahy jako „velmi dobré“. Ten byl nejvyšší v Havířově (63 %) a nejnižší v kontrolních městech (49 %).

Graf č. 47 – Celkové hodnocení vztahů pečující osoby ke členům její rodiny – pilotní a kontrolní města



⁴⁷ Otázka č. 26 dotazníku „Jak byste zhodnotil/a celkově své vztahy ke členům Vaší rodiny?“

Shrnutí V: Stěžejní poznatky o osobní a sociální situaci pečujících osob

Celkové hodnocení vlastního zdravotního stavu

Téměř tři čtvrtiny (73 %) dotázaných pečujících osob považovaly svůj vlastní zdravotní stav za „velmi dobrý“ nebo „spíše dobrý“. Nepříznivé hodnocení vlastního zdravotního stavu uvedla přibližně čtvrtina dotázaných (27 %), z toho 3 % dotázaných jej hodnotila jako „velmi špatný“. Ve sledovaných městech přitom byly názory respondentů na tuto otázku zcela srovnatelné.

Možnost věnovat se péči o sebe a množství času na odpočinek

Možnost věnovat se péči o sebe měla (spíše nebo určitě) v uplynulém týdnu polovina (53 %) dotázaných. Dvě pětiny dotázaných (38 %) tuto možnost v uplynulém týdnu spíše neměly a 9 % jich uvedlo, že jí neměly určitě.

Zřetelně příznivěji hodnotili možnosti věnovat se péči o sebe respondenti z Uherského Brodu (odpověď „určitě ano“ nebo „spíše ano“ uvedlo 65 % dotázaných, zatímco v kontrolních městech a v Havířově to bylo 50 %).

Přibližně polovina (50 %) dotázaných pečujících osob měla dostatek času na odpočinek (tj. u otázky týkající se tohoto aspektu uvedla odpověď „určitě ano“ nebo „spíše ano“). Přibližně dvěma pětina dotázaných (39 %) se čas na odpočinek spíše nedostával a 11 % jich uvedlo, že se jim čas na odpočinek určitě nedostává.

Při hodnocení svých časových dispozic pro odpočinek byli kritičtější respondenti z Uherského Brodu. Podíl respondentů uvádějících odpovědi „určitě ano“ nebo „spíše ano“ se ve všech sledovaných městech sice lišil poměrně málo (v Uherském Brodě uvedlo jednu z těchto možností 45 % dotázaných, zatímco v kontrolních městech to bylo 50 % a v Havířově 53 %), zároveň ale byl v Uherském Brodě také nejvyšší podíl respondentů, kteří své časové dispozice pro odpočinek hodnotili jako určité nedostatečné (18 % oproti 11 % v kontrolních městech a 7 % v Havířově).

Psychická situace pečující osoby - zvýšený stres, úzkost, nervozita

Dvě pětiny (61 %) dotázaných pečujících osob pociťovaly v uplynulém týdnu zvýšený stres, úzkost, nervozitu nebo nějaké obdobné příznaky. Přičemž podíl respondentů, kteří uvedli, že takové příznaky pociťovali určitě, byl jen mírně nižší (celkem tuto možnost uvedlo 28 % dotázaných) než podíl respondentů uvádějících, že je pociťovali spíše (33 %). Podíl respondentů, kteří tyto příznaky během uplynulého týdne spíše nepociťovali, byl 32 % a podíl respondentů, kteří je nepociťovali určitě 7 %.

Podstatně nižší podíl respondentů, kteří tyto situace zažívali (spíše nebo určitě), byl zaznamenán v Havířově (50 % oproti 65 % v Uherském Brodě a 68 % v kontrolních městech).

Celkové hodnocení vztahů pečující osoby ke členům její rodiny

Naprostá většina (93 %) dotázaných vnímala vztahy ke členům své rodiny jako „velmi dobré“ nebo „spíše dobré“. Negativně je hodnotilo 7 % dotázaných, přičemž méně 1 % dotázaných je vnímalo jako „velmi špatné“.

Mezi sledovanými městy byl zcela srovnatelný souhrnný podíl respondentů hodnotících rodinné vztahy příznivě (tj. podíl respondentů uvádějících možnost „velmi dobré“ nebo „spíše dobré“), zřetelný ale byl rozdíl v podílu respondentů vnímajících rodinné vztahy jako „velmi dobré“. Ten byl nejvyšší v Havířově (63 %) a nejnižší v kontrolních městech (49 %).

2.2. Reflexe poskytování péče a služeb pečujícími osobami

Pro zachycení zkušeností a stanovisek pečujících osob k poskytování péče a ke službám pro příjemce péče nebo pečující osoby byly z velké části využity „otevřené otázky“ (tj. otázky, ve kterých mohli respondenti uvádět zcela vlastní vyjádření). Odpovědi na tento typ otázek jsou velmi různorodé a před jejich vyhodnocením bylo proto nutné provést klasifikaci získaných odpovědí do kategorií odvozených ze získaných odpovědí. Vzhledem k tomu, že v dotazníkovém šetření byl sledován značný počet otevřených otázek, byly u některých otázek pouze identifikovány zaznamenané výpovědi a odpovědi jednotlivých respondentů nebyly kategorizovány. Nebyla tak ani následně hodnocena četnost získaných odpovědí. Ta byla vyhodnocena pouze u vybraných nejdůležitějších otázek k dané problematice.

Při vyhodnocení všech sledovaných otevřených otázek (tj. i těch, při nichž byly jednotlivé odpovědi zařazeny do zvolených kategorií a byla vyhodnocena četnost sledovaných kategorií) nebyla samostatně prezentována zjištění získaná v kontrolních městech, ve správních obvodech ORP Havířov a Uherský Brod. Důvodem tohoto přístupu bylo to, že záměrem zařazení otevřených otázek do dotazníku bylo zachycení pohledu všech dotázaných pečujících osob na oblasti péče a poskytování sociálních služeb, nikoli srovnání sledovaných měst mezi sebou. Obecně totiž platí, že možnost srovnání odpovědí získaných z otevřených otázek je obecně obtížnější, než je tomu v případě „uzavřených otázek“ (tj. otázek s předem předloženými možnostmi odpovědí). Při provedeném vyhodnocení otevřených otázek přitom byl zvolen postup, kdy zvolená klasifikace stále zahrnovala velký počet kategorizovaných odpovědí. Cílem tohoto postupu bylo, aby se některé méně četné nebo velmi specifické, přitom však inspirativní a hodné zaznamenání, odpovědi respondentů „nerozmělnily“, respektive „neztratily“, k čemuž by patrně došlo v případě stanovení menšího počtu obecněji formulovaných kategorií.

V situaci, kdy tedy zvolený způsob kategorizace odpovědí nevedl k výraznější redukci sledovaných kategorií a kdy byla zachována značná rozmanitost odpovědí, pak již nebylo vzájemné srovnání sledovaných měst zcela účelné. Bylo by totiž velmi málo přehledné, protože všechna tři samostatná vyhodnocení za kontrolní města by i nadále zůstávala velmi obsáhlá a získaná zjištění by se porovnávala jen velmi obtížně (některé jedinečné nebo specifické kategorie by tak byly relevantní pouze pro určitá města, zároveň by nebylo možné plně porovnat ani charakter nejčastěji uváděných odpovědí, protože to by bylo zkresleno právě tím, že určité specifické kategorie byly vyčleněny samostatně - pro potřeby srovnání „profilů“ odpovědí respondentů v jednotlivých městech by byl naopak vhodnější přístup, kdy by byly získané odpovědi klasifikovány do menšího počtu obecnějších, případně nejčastěji uváděných kategorií).

Dalším důvodem, proč nebyly otevřené otázky vyhodnoceny samostatně za jednotlivá města, je také to, že cílem otevřených otázek bylo zachycení výchozí situace pečujících osob a při následně realizovaném výzkumném šetření již nebudou sledovány (možnosti využití tohoto typu otázek pro potřeby sledování případného posunu v charakteru odpovědí v době mezi oběma šetřeními jsou velmi omezené a využití těchto otázek k těmto účelům je současně i poměrně problematické).

Zkušenosti a stanoviska dotázaných ke službám byly zjišťovány i s pomocí několika uzavřených a polouzavřených⁴⁸ otázek. Tento typ otázek byl i v této části zprávy vyhodnocen samostatně za jednotlivá města. Pro zachycení vlastní reflexe problematiky respondenty ale byly převážně využity otevřené otázky, v této části tak proto převažuje právě výše popsáný způsob hodnocení odpovědí bez dalšího třídění odpovědí respondentů získaných v jednotlivých městech.

⁴⁸ Polouzavřené (případně též polotevřené) otázky představují kombinaci obou výše uvedených typů otázek, tj. otázku, u které je respondentům předložen výčet možných odpovědí a současně je v ní i zařazena samostatná možnost (např. s pomocí formulace „jiné, prosím uveďte:...“), ve které je respondentům ponechán prostor pro jejich vlastními slovy volně formulovanou odpověď.

2.2.1. Hodnocení poskytované péče a podmínek pro její poskytování

Pro charakteristiku **pohledu respondentů na poskytování péče** byli dotázáni pečující nejprve požádáni, aby uvedli slova nebo spojení (nejvýše tři), jimiž by oni sami chtěli někomu velmi stručně, ale přitom co nejvýstižněji přiblížit, co obnáší péče o blízkou osobu.⁴⁹

V rámci této otázky respondenti uvedli velmi široký okruh odpovědí. Proto bylo nutné zvolit takový způsob prezentace získaných poznatků, který bude současně co možná nejvíce přehledný, ale na druhou stranu při něm nedojde k příliš velkému zobecnění získaných poznatků a ztrátě některých zajímavých informací.

Získané odpovědi tak byly klasifikovány do ještě stále velmi značného počtu kategorií, z nichž ale některé bylo možné vnímat jako stěžejní, protože měly obecnější charakter nebo shrnovaly větší počet vzájemně si poměrně blízkých charakteristik. K výrazně vyšší četnosti těchto shrnujících charakteristik přitom v některých případech mohl přispívat jeden stěžejní atribut zařazený do příslušné kategorie, ale vyšší četnost mohlo mít i několik různých atributů v příslušné kategorii. Současně mohli respondenti některé z atributů zařazených do příslušné kategorie uvádět spíše okrajově, ale nebylo smysluplné pro ně zavádět samostatnou kategorii. Naproti tomu některé zvolené kategorie byly respondenty uváděny jen okrajově, ale vzhledem k jejich velmi specifické povaze bylo vhodné je samostatně sledovat i přes jejich minimální četnost.

Při klasifikaci odpovědí zároveň byly mezi některými kategoriemi značné podobnosti co se týče obsahu, ale lišily se svým záběrem, způsobem upřesnění nebo formou (např. kategorie „zátěž, stres, nervozita, frustrace“ byla bezpochyby pojmově značně podobná kategoriím „fyzická zátěž“ a „psychická zátěž“, ale vzhledem k tomu, že jí nebylo možné přiřadit ani k jedné z uvedených kategorií a ani nebylo vhodné obě dvě posledně uvedené kategorie sloučit a podřadit pod tuto kategorii, byly všechny tyto tři kategorie rozlišovány i přes to, že se vzájemně prolínají).

Cílem následujícího srovnání tak není primárně vzájemné porovnání četností jednotlivých kategorií, ale především zprostředkování určité představy o tom, v jakých souvislostech pečující osoby nahlízejí poskytování péče, jak poskytování péče ovlivňuje jejich životní situaci, co je pro ně při poskytování péče důležité apod.

Největší počet dotázaných vnímal jako nejdůležitější atributy týkající se poskytování péče trpělivost a ochotu (21 %)⁵⁰, obětavost, lásku, případně soucit (18 %)⁵¹ a časové nároky, omezení nebo nedostatek času (15 %).⁵²

Zhruba desetina (tj. 10-11 %) dotázaných spojovala poskytování péče s těmito charakteristikami:

- náročnost péče (11 %),⁵³
- zátěž a stres (11 %),⁵⁴
- psychická zátěž (10 %) a
- povinnost, zodpovědnost nebo závazek (10 %).⁵⁵

⁴⁹ Otázka č. 15 dotazníku „Pokud byste chtěl/a někomu velmi stručně, ale přitom co nejvýstižněji, přiblížit, co obnáší péče o blízkou osobu, jaká tři slova nebo spojení slov byste použil/a?“

⁵⁰ Do této kategorie byly zařazeny tyto pojmy nebo spojení: trpělivost, ochota, ohleduplnost, empatie, zaměření na potřeby příjemce péče, poskytování potřebné pomoci.

⁵¹ Obětavost, láska, soucit, pomoc bližnímu, lidskost, řehole, pokora.

⁵² Časové nároky, omezení vlastních časových možností, nedostatek času.

⁵³ Náročnost péče, potřeba množství energie, péče je vyčerpávající.

⁵⁴ Zátěž, stres, nervozita, frustrace.

⁵⁵ Povinnost / morální povinnost, nutnost, závazek, práce, zodpovědnost.

Dalších 5-9 % dotázaných uvedlo tyto charakteristiky spojené s poskytováním péče:

- ztráta soukromí nebo omezení osobního života (9 %),⁵⁶
- fyzická zátěž (9 %),
- nutnost každodenní, pravidelné péče (8 %),⁵⁷
- popis respondentem zajišťovaných činností péče (7 %),⁵⁸
- únava, vyčerpání, vyčerpanost (7 %),
- starost, starosti (6 %) a
- samozřejmost pomáhání, protože je to samozřejmé, je to určitá „dobrovolná povinnost“, příjemce péče je rodinným příslušníkem nebo k němu pečující cítí vděk (5 %).

Kromě těchto nejčastěji uváděných odpovědí, je ale vhodné věnovat pozornost i těm, které uvedlo 15 nebo méně dotázaných (tj. nejvýše 4 % z celkového počtu dotázaných). Tyto odpovědi shrnuje tabulka č. 9.

⁵⁶ Úbytek / ztráta soukromí, omezení / ztráta osobního života, nemožnost žít svůj život, nesvoboda.

⁵⁷ Každodennost / pravidelnost péče (každodenní péče, podpora, pomoc, práce, povinnost, starost atd.).

⁵⁸ Např. péče o domácnost, úklid, hygiena, stravování, cvičení, kontakt příjemce péče s okolím.

Tabulka č. 9 - Méně četné atributy připisované respondenty poskytování péče

odpovědi uvedené 10-15 respondenty (3-4 %)
nutnost "být stále ve střehu", potřeba dohledu, nutná stálá pohotovost nebo pozornost
komunikace, porozumění, pochopení
obavy (obavy o příjemce péče, obavy z budoucnosti apod.), strach, nejistota, bezradnost
pečlivost, starostlivost, spolehlivost, svědomitost, důslednost
psychika, psychické zdraví, psychická odolnost, "pevné nervy", vyrovnanost, nadhled
je nutné být stále k dispozici, být "stále v dosahu", stálá přítomnost, nemožnost zastoupení
odpovědi uvedené 6-9 respondenty (2 %)
bezmocnost, pocit bezmoci / marnosti
radost (radost obecně, z pokroků, poskytování péče blízké osobě apod.), dobrý pocit
větší blízkost, možnost být na blízku / být oporou, vřelejší vztahy, společně strávený čas, projevení zájmu
samozřejmost, součást života, přirozenost toho, že starý člověk potřebuje péči, prožití důstojného stáří
pracovitost, vůle, odhodlání, sebezapření, disciplína, soustavnost, vytrvalost
finanční nároky
vliv na fungování rodiny, rodinné vztahy, rodinné soužití, narušení partnerského soužití
smutek, bolest, lítost
různé psychologické aspekty péče (blíže nespecifikované - odpověď "psychologie", zvýšené emoční vypětí, komunikace s příjemcem péče apod.)
zdravotní problémy (obecně, spánkové problémy apod.), horší zdravotní stav, nedostatek sil, slabost
pomoc rodinných příslušníků, střídání se při péči, spolupráce, fungující spolupráce
péči jde zvládnout, její poskytování není příliš velkou zátěží
odpovědi uvedené 1-5 respondenty (0-1 %)
změna života, životního stylu, životních hodnot
izolace, izolovanost, ztráta všech sociálních kontaktů
organizace, nutnost dobré organizace, organizace vlastního času, organizační zátěž
flexibilita, připravenost, schopnost umět si poradit, reagovat na aktuální situaci
nevědka, odmítání péče ze strany příjemce péče, příjemce péče v odporu, neshody s příjemcem péče
zkušenost, orientace v oblasti pomoci, znalost postupů při péči
připoutanost, nutnost být skoro stále doma, nemožnost mít dovolenou
neustálé vzdělávání, zjišťování informací
zloba, zlost, nespravedlnost
veškerou nebo téměř všechnu péči zajišťuje dotázaný, nikdo mu nepomáhá
víra, vnímání situace jako boží vůle
přizpůsobení situaci, zvyk, přijetí situace jako reality apod.
administrativa
dojíždění
ztráta zaměstnání
péče o další domácnost
nepřijetí, odmítání

Respondenti měli za to, že příjemci péče na poskytované péči nejčastěji oceňují⁵⁹ to, že mohou zůstat doma, ve svém prostředí. Některou z odpovědí zařazených do této širší kategorie⁶⁰ uvedla pětina dotázaných (20 %). Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí byla trpělivost či obětavost (některý z pojmů v této kategorii⁶¹ uvedlo 16 % respondentů).

Podobně jako v případě předchozí i dalších otázek byly i u této otázky odpovědi respondentů rozděleny do značného množství i třeba méně často uváděných a velmi specifických kategorií tak, aby bylo možné zaznamenat i málo obvyklá ale o to pestřejší představy respondentů o pohledu příjemců péče na péči, kterou zajišťují. Nicméně následujících šest odpovědí bylo zaznamenáno ještě stále u více než pěti procent (a tedy více než u dvaceti) dotázaných:

- možnost být spolu, mít kolem sebe rodinu a být její součástí, možnost být s přáteli (11 %),^{62, 63}
- to, že příjemci péče je na blízku pečující, že je pečující s ním (9 %),⁶⁴
- zajištění stravy pro příjemce péče pečujícím, uspokojení potřeby hladu u příjemce péče (9 %),⁶⁵
- zajištění sociálního kontaktu, zamezení izolace (8 %),⁶⁶
- obecné uvedení podpory nebo pomoci, případně uvedení některých méně často uváděných (do jiných kategorií nezařazených) způsobů pomoci nebo podpory – 7 %⁶⁷ a
- zajištění čistoty a hygienické úkony (6 %).⁶⁸

Dalších 5 % respondentů (tj. 15-20 odpovědí zařazených do příslušných kategorií) uvedlo tyto skupiny odpovědí:

- ochota poskytovat péči, věnování času příjemci péče,⁶⁹
- odpověď „nevím“,
- radost, vděk, uznání, příjemce péče oceňuje vše, co pro něj pečující dělá,
- celková péče, uspokojení všech potřeb,⁷⁰
- příjemce péče nic neocení, považuje péči za samozřejmou, vnímá ji jako povinnost pečujícího,
- doprovázení na různá místa (lékař, denní centrum), zprostředkování kontaktu s okolím a
- spolehlivost, odpovědnost, pravidelnost.

Přehled dalších okolností, které příjemci péče podle mínění respondentů oceňují, je uveden v tabulce č. 10.

⁵⁹ Otázka č. 27 dotazníku „Co byste řekl/a, že u Vámi (případně Vámi a dalšími osobami) poskytovaná péče nejvíce oceňuje osoba nebo osoby, kterým je péče poskytována? Uveďte, prosím, nejvýše tři takové oblasti“.

⁶⁰ Respondenti uváděli následující odpovědi, jež byly do kategorie zahrnuty: domácí / vlastní / přirozené prostředí, možnost být doma, zajištění péče doma, nemusí být v pobytovém zařízení poskytujícím zdravotní nebo sociální péči.

⁶¹ Trpělivost, starostlivost, obětavost, láska, ochota (takto obecně uvedená - k ochotě poskytovat péči viz samostatná kategorie).

⁶² Možnost být spolu, mít kolem sebe rodinu a přátele, pomoc rodiny nebo, že se stará rodina, že někdo má rád, zapojení do chodu rodiny.

⁶³ Bezpochyby v tomto případě stojí za zmínku to, že tato možnost byla v řadě případů uvedena společně s odpovědí, že respondent může žít v domácím prostředí, přičemž někteří respondenti uváděli formulace, ve kterých byly oba tyto aspekty vzájemně propojené (např. „pobyt doma se svými blízkými“, „možnost žít doma s manželkou“, „být spolu doma“, „zůstat s rodinou ve svém domě“).

⁶⁴ Přítomnost nebo blízkost pečujícího, častý kontakt s pečujícím, péči neposkytuje někdo cizí.

⁶⁵ Vaření a podávání jídla pečujícím, příjemce péče rád jí (obecně, domácí stravu, jídla uvařená pečujícím), uspokojení potřeby zahnat hlad a žízeň.

⁶⁶ Sociální kontakt (v prostředí, kde dotyčný žije, v domácnosti) - příjemce péče je s někým, není sám, má společnost, dělá něco s někým (hraje karty, sleduje televizi, "aktivizační činnost", naplň volného času), návštěvy

⁶⁷ Pomoc nebo podpora obecně nebo pomoc některé specifické formy pomoci (např. pomoc příjemci péče při vaření, zajištění péče o vlasy příjemce péče).

⁶⁸ Čistota, zajištění hygieny (čisté a suché hygienické pomůcky, zajištění potřeb čistoty a sucha).

⁶⁹ Ochota poskytovat péči - pečující věnuje péči svůj volný čas, kdykoli je ochoten udělat si čas.

⁷⁰ Pečující zajišťuje veškerou (celkovou) péči, zajištění všech potřeb (je postaráno o vše), vše je zařízené, obstarané.

Tabulka č. 10 - Méně četné okolnosti, které dle respondentů příjemci péče oceňují

odpovědi uvedené 10-14 respondenty (3-4 %)
důvěra, jistota, vědomí, že bude o příjemce péče postaráno
schopnost pečujícího reagovat na potřeby příjemce a jeho dosažitelnost: pečující je schopen kdykoli reagovat na potřeby příjemce péče / příjemce péče může pečujícímu kdykoli zavolat a o cokoli jej požádat
péče o domácnost, úklid, praní prádla
vstřícný, vlídný, laskavý, empatický, lidský přístup, zájem
soukromí, vlastní domov, známé prostředí, možnost dělat věci, které příjemce péče zná a dělá rád
respekt, respektování názoru příjemce okolím, volnost, samostatnost, vlastní rozhodování ("možnost rozhodnutí, co a jak bude")
vytrvalost, pracovitost, výdrž, odhodlání a odvaha
osobní kontakt, osobní přístup, vztah, dobré vztahy
odpovědi uvedené 6-9 respondenty (2 %)
nákupy
nelze se dozvědět nebo lze jen odhadnout, příjemce péče to ve svém stavu nemůže sdělit (např. má demenci)
příjemce péče není schopen vnímat, že je mu péče poskytována, je apatický, ani on sám možná neví, čeho si nejvíce cení
kommunikace, dobré rady
neustálá, celodenní přítomnost, neustálá péče, "neustále po ruce"
klidný a vyrovnaný přístup, nadhled (pečující má např. pochopení pro změny nálady nebo zdravotního stavu), "pevné nervy"
povídání, naslouchání, čtení
odpovědi uvedené 1-5 respondenty (0-1 %)
ať už pečující udělá pro příjemce péče cokoli, ten mu to stejně vyčte, péči kritizuje, je negativistický, nepřátelský
procházký nebo venkovní pobyt na invalidním vozíku
zajištění dopravy k lékařům, na úřady, na rehabilitace, na nákupy apod.
když vše probíhá v klidu, v pohodě, nemusí se spěchat
finance (bez další specifikace), finanční podpora, pečující nakládá hospodárně s financemi příjemce péče, což předchází možným problémům
pečlivost
bezpečnost, pocit bezpečí
vyřízení různých administrativních záležitostí
dohled, celkový dohled
rychlost, flexibilita
péče o zdraví, úleva od bolesti
psychická podpora
pohlazení, masáž rukou, drbání ve vlasech
orientovanost, znalosti, zkušenosti
obstarání základních potřeb (všeobecně, případně jiné než hlad a čistota - např. teplo)
kvalita péče
možnost mít domácí zvíře
občasné opravy zařízení domácnosti
úsměv
konstatování, že "je samozřejmé se o příjemce péče postarat": patrně v tomto případě není péče doceněna a nejspíš to ani nelze s ohledem na zdravotní stav příjemce péče očekávat, ale pro respondenta to je zjevně podružné
pomoc při rehabilitaci
příjemce péče „má kde být“
příjemce péče "neleží a nekouká do zdi"
klidné dožití
fyzické nároky péče pro pečujícího

Zatímco při vyhodnocení dvou předchozích otázek byla sledována i četnost získaných odpovědí, u této a následně hodnocených otázek se již vyhodnocení zaměřilo pouze na zachycení a prostou prezentaci zaznamenaných odpovědí. Důvodem bylo především to, že záměrem tohoto a dalších srovnání je již pouze zprostředkování základního přehledu uváděných odpovědí týkajících se poskytování péče bez toho, aby byl srovnáván význam jednotlivých odpovědí na základě počtu četností jejich uvedení. Tato a následující otázky

týkající se poskytování péče tak byly oproti dvěma předchozím otázkám vyhodnoceny jednodušším postupem, který nelze oproti předchozímu způsobu hodnocení otázek vnímat jako plnohodnotný. Na druhou stranu je při tomto přístupu zcela zřejmé, že účelem následujících tabulek je prosté zachycení stěžejních i specifických souvislostí, nikoli vzájemné porovnání významu jednotlivých odpovědí. Jednotlivá zjištění lze u této a následujících otázek také seřadit podle jejich tematické blízkosti (to je přirozeně možné i v případě předchozích dvou otázek, nicméně za situace, kdy jejich cílem bylo i porovnání četnosti odpovědí, by takové řazení snížilo přehlednost vyhodnocení těchto otázek).

Zároveň také nebylo cílem tohoto materiálu, porovnat četnosti odpovědí u všech hodnocených aspektů týkajících se poskytování péče, ale právě pouze u dvou doposud hodnocených otázek. Cílem zařazení analýzy dalších otázek týkajících se poskytování péče do tohoto materiálu totiž bylo spíše podrobnější zachycení situace pečujících osob, včetně různých nuancí a specifických odpovědí, z několika souběžně hodnocených hledisek. Při vyhodnocení četnosti získaných odpovědí u každé z těchto otázek by totiž nově vyvstávala otázka, zda se význam různých odpovědí při zaměření na odlišné aspekty problematiky liší, případně proč. To ale již není účelem tohoto materiálu, a proto byl význam jednotlivých respondenty uváděných odpovědí porovnán pouze u prvních dvou otázek týkajících se poskytování péče, jež byly chápány jako stěžejní pro charakteristiku toho, jak péči vnímají dotázané pečující osoby a co je podle nich nejdůležitější pro příjemce jejich péče.

V další otázce sledované v dotazníku mohli respondenti doplnit, **proč právě skutečnosti uvedené v předchozí otázce považují za důležité.**⁷¹ V případě některých otázek uvedených v předchozí otázce se tato otázka neukazovala jako příliš relevantní a respondenti na to ve své odpovědi poukázali. U další skupiny respondentů jejich odpověď zjevně navazovala na konkrétní vyjádření z předchozí otázky. Velkou část získaných odpovědí ale bylo možné vyhodnotit v rámci samostatné analýzy. Získané odpovědi bylo možné rozdělit do těchto tří hlavních skupin:

- charakteristiky týkající se příjemce péče – povahové rysy, preference apod.,
- důvody vedoucí k rozhodnutí pro poskytování péče a
- okolnosti, za kterých je péče poskytována a které ovlivňují její charakter.

Přehled získaných poznatků o faktorech, které podle respondentů ovlivňují preference příjemců péče, zachycují tabulky č. 11 -13.

⁷¹ Otázka č. 28 dotazníku „Proč právě toto? Pokud jste v předchozí otázce uvedl/a více důležitých oblastí, uveďte toto upřesnění ke každé z nich, a to ve stejném pořadí, v jakém byly řazeny u předchozí otázky.“

Tabulka č. 11 - Osobnost příjemce péče (povahové rysy, názory, hodnotová orientace, preference)

je vděčný
má rád právě v předchozí otázce uvedenou věc nebo právě takové aktivitě se rád věnuje
důvěra v pečující osobu, respekt a uznání vůči pečujícímu, dobré vztahy, příjemce péče zná pečujícího, ví, co může čekat, spolehlivost
soukromí, intimita, respektive ostych, pokud by to měly dělat jiné osoby, takto ale není příjemci péče nepříjemné říct, když něco potřebuje
domácí prostředí a domácí strava je pro příjemce péče nejlepší, cítí se doma dobře
velká potřeba lásky a péče
nemá obavu z nenadálé situace (pádu, nebo že by v případě smrti byla smrt osoby zjištěna až za dlouhou dobu)
nebýt sám, nebýt izolovaný, mít společenské kontakty
nemá strach, obavy, příjemce péče je rád, že se kolem něj nepohybuje někdo cizí, důvěra v oblasti financí a při jednání s úřady a lékaři
je si vědom, že už nezvládne vše, sám by se postarat nedokázal
doprava s pečujícím je komfortnější a vhodnější než sanitkou nebo hromadnou dopravou
zakládání si na celistvosti rodiny
uzavřenost, preference samoty
pořádkumilovnost
velmi špatně snáší změny, nechce žádnou změnu, má obavy ze stěhování, nechce se stěhovat, jinde by si nezvykl, lpí na svém domě
příjemce péče si uvědomuje své rozmary a závislost v jistých činnostech na pečujícím
teplomilnost, zimomřivost
strach ze samoty, bojí se být sám
zhoršený zdravotní stav, omezená pohyblivost
velmi stresuje ho spěch
potíže při komunikaci, s nikým nemluví
je málo aktivní, je pasivní
snížená orientace, časté zapomínání, nutnost opakovat činnosti stále znovu, nevnímá realitu
sám nic nezvládne
vztahovačnost, náladovost, rád řídí osoby kolem sebe
závislost, příjemce péče je na pečujícího fixovaný, jsou spolu několik desítek let
negativní postoj k životu, závist vůči zdravím lidem, zoufalství, úraz je čerstvý, vše se příjemci péče hroutí
některé věci dělat nechce (uklízet, mýt se)

Tabulka č. 12 - Důvody k rozhodnutí pro poskytování péče, postoje a hodnoty pečujících

nebyla jiná možnost, zvážili jsme všechny možnosti domácí a pobytové služby a takto jsme se rozhodli, pečující péči poskytne hned, nemusí se čekat na nějaké otevírací hodiny nebo příjezd profesionálního pečovatele/ky, ulehčení práce
spokojenost, uspokojení potřeb, psychická pohoda příjemce péče, aby měl příjemce péče příjemné pocity, dělal činnosti, které má rád, nebo které mu dělají dobře (jídlo, být upravený, chodit na nákupy)
povinnost / morální povinnost, je to důležité i pro pečujícího, pečující osoba by v podobné situaci také chtěla zůstat doma, příjemce péče má pečujícího rád, pečujícímu záleží na příjemci péče, nechce jej vidět v nějakém zařízení, příjemce péče je velmi starý, je nutné to takto v životě dělat, je to přirozené
příjemce péče může být autonomní, může prokázat své schopnosti, je aktivní, necítí se zbytečně
pečující může reagovat na okamžité potřeby, schopnost pečujícího dobře rozeznat potřeby příjemce
příjemce péče měl radost z nabídky pomoci pečujícího
příjemce má doma veškerou péči, péči, kterou pečující poskytuje, nelze nahradit
pečovat jde i doma
příjemce péče nemá čas myslet na různé choroby
příjemce péče chce, aby mu byla péče poskytována tak, jak je uvedeno v předchozí otázce
pečující rád připomíná příjemci péče to, co měl příjemce péče rád

Tabulka č. 13 - Okolnosti, za kterých je péče poskytována

blízkost rodiny, domácí prostředí, známé prostředí, kontakt s vrstevníky a dalšími osobami
blízkost bydliště, dobré vztahy, od vlastních dětí je péče lépe přijímána, pečující nemá pocit, že obtěžuje někoho cizího
na péči je pečující sám
příjemce bydlí v bytě sám
už tolik nepadá a netoulá se
příjemce péče několikrát upadl

Respondenti uvedli široký okruh **předpokladů, které by jim podle nich mohly pomoci k tomu, aby mohli péči poskytovat v takovém rozsahu, v jakém si přejí.**⁷² Uvedené odpovědi se týkaly těchto čtyř základních okruhů:

- situace pečující osoby, sociální situace, podmínky pro poskytování péče nebo informovanost pečující osoby,
- potřeby, situace nebo přístup příjemce péče,
- materiální a technické podmínky a
- služby nebo nastavení sociálního systému.

Jednotlivé podpůrné faktory jsou uvedeny v tabulkách .č. 14 a 15.

Tabulka č. 14 - Podpůrné faktory týkající se pečujících a příjemců péče
situace pečující osoby, sociální situace, podmínky pro poskytování péče, informovanost

dostatek času
více odpočinku, možnost "vypnout", pomoc při nemoci, více dovolené, možnost zastoupení, mít možnost využít pomoc od jiných lidí
překonání vlastního pocitu osamělosti, vypořádání se s vlastními obavami z budoucnosti
zlepšení zdravotního stavu manžela, který se dříve více zapojoval do poskytování péče, absence partnera - je pracovně mimo domov, potřeba jiného pečovatele z rodiny (příjemce péče odmítá s pečující osobou spolupracovat při zajištění hygieny)
více vlastních sil, lepší vlastní zdraví
pracovní doba, málo času po pracovní době, skloubení času vhodného pro péči a zaměstnání
pečující konstatuje, že má tendenci k přepečování a že by měl vést příjemce péče k větší soběstačnosti (vhodnost odborného vedení)
znalost postupů, jak správně masírovat, rehabilitovat, informace, jak správně provádět úkony hygieny a pomoc při oblékání
více financí obecně, dostatek financí na nákup pomůcek usnadňujících péči, dostatek financí na zaplacení služby, zvýšení příspěvku na péči
překonání vztahových problémů s manželem
mít dostatek informací, překonání bezradnosti, neinformovanosti
být doma pořád k dispozici, pečující osoba by musela přestat pracovat a být v domácnosti, aby byla nápomocna vždy při všem
společné bydlení s příjemcem péče
psychická podpora pečující osoby, poskytnutí odborné pomoci pečující osobě
potřeby, situace nebo přístup příjemce péče
zajištění volnočasových aktivit
zajištění častějšího kontaktu příjemce péče s okolím a s vrstevníky, častější pobyt venku (ztíženo bariérami)
změna zdravotního stavu příjemce péče
nevstřícnost příjemce péče, např. i to, že příjemce péče odmítá spolupracovat s pečovatelkou i po dobu, kdy si pečující potřebuje vyřídit různé věci nebo odjet na delší dobu z domu

⁷² Otázka č. 29 dotazníku „Míváte někdy pocit, že nemůžete osobě nebo osobám, o které pečujete, poskytnout péči takovým způsobem nebo v takovém rozsahu, jak byste chtěl/a? Pokud ano, uveďte konkrétní nejdůležitější okolnost nebo okolnosti (nejvýše tři), které by se musely změnit, abyste mohl/a být v dané situaci spokojený/á.“

Tabulka č. 15 - Podpůrné faktory týkající se materiálního vybavení a obecnějších podmínek

materiální a technické podmínky
dostatečné technické vybavení, pomůcky k mobilitě- osobní automobil (upravený), plošina pro invalidní vozík, zvedák
zajištění bezbariérovosti bytu, některých místností (např. koupelen - vybudování sprchového kouta), domu, okolí
nižší cena benzínu
nemožnost zajistit veškerou zdravotní péči ("nemocnici domů nepřestěhuju")
kvalitnější podmínky při zajišťování hygieny
zakoupení pohodlnějšího lůžka
služby nebo nastavení sociálního systému
více odborníků pomáhajících příjemcům péče i pečujícím
lepší nabídka služeb
poskytování lékařské péče v domácím prostředí
lepší nabídka fyziorehabilitace a rehabilitace kognitivních funkcí
větší kapacita různých zařízení poskytujících péči, možnost umístění příjemce péče v pobytovém zařízení
možnost přivolání si nějaké další pomoci v případě potřeby, okamžitá dostupnost služeb, služby na zavolání, terénní zdravotní služby i v nočních hodinách
spolupráce se sociálními službami, osobnější přístup ze strany pečovatelské služby, neochota lékařů docházet k pacientovi do bytu
změna legislativy v pracovně právních vztazích - placené ošetřování člena rodiny ve vztahu k rodičům
více sociální pomoci
specializované školení rekonstrukce domu

Respondenti uvedli následující **skupiny osob a služby, které jim při poskytování péče nejvíce pomáhají v jejich snaze o zajištění péče odpovídajícím způsobem:**⁷³

- pečovatelská služba,
- agentura domácí péče,
- agentura zajišťující rozvoz obědů,
- denní stacionář,
- organizace zajišťující hospicovou péči,
- sociálně právní poradna, půjčovna kompenzačních pomůcek,
- konkrétní uvedené organizace (Centrum pečovatelských služeb, Český červený kříž, Menssana, o.p.s., Oblastní pobočka České katolické charity, Pomad, Santé),
- Úřad práce,
- sociální odbor městského úřadu,
- rodina, rodinní příslušníci,
- praktický lékař / ošetřující lékař,
- další zdravotní personál (zdravotní pracovník, zdravotní sestra na psychiatrickém oddělení nebo z léčebny),
- přátelé, sousedé,
- kolegové, případně pochopení nadřízeného pracovníka v zaměstnání, a
- sociální pracovník.

⁷³ Otázka č. 30 dotazníku „Existuje něco, nebo někdo, kdo Vám při takových situacích dokáže účinně pomoci nebo Vám poradí, jak správně o osobu či osoby pečovat? Pokud ano, uveďte, prosím, okolnosti, případně osoby či instituce, které Vás při péči nejvíce podporují?“

Kromě různých osob a služeb poskytujících podporu a pomoc respondenti uvedli také tyto okolnosti, které jim pomáhají zlepšovat jejich schopnost poskytovat péči:

- zdravý rozum,
- vykonávání nějaké činnosti,
- procházky,
- masáže,
- sledování televize, poslech hudby,
- vlastní zjišťování informací na internetu (co, kde a jak vyřídit a zařídit),
- dřívější zkušenosti, vlastní znalosti (pečující osoba má značný přehled, protože sama učí na zdravotní škole sociální předměty, sama pracuje v sociálních službách a má možnost se radit s kolegy), zkušenosti přátel, kteří o někoho pečovali a
- dobrý pocit, že pečující může příjemci péče poskytnout na konci života důstojné stáří.

Překážky ztěžující respondentům poskytování péče⁷⁴ bylo možné rozlišit na (1) charakteristiky péče nebo podmínky pro její poskytování a na (2) okolnosti, které se týkají pečující osoby nebo příjemce péče (viz tabulky č. 16 a 17).

Tabulka č. 16 - Charakteristiky péče a podmínky pro její poskytování ztěžující možnosti jejího poskytování

intenzita, frekvence a náročnost samotné péče - častá, každodenní, namáhavá
pečující je na poskytování péče sám, nedostává se mu pochopení a podpory
péče je ztížena následky dřívější špatně provedené rehabilitace
nemožnost zastoupení, neochota příjemce péče spolupracovat s pečovatelkou (odmítá cizího člověka v domě)
nutnost docházení do domácnosti pečované osoby, vzdálenost mezi bydlištěm pečujícího a příjemce péče, vzdálenost ordinace praktického lékaře nebo obchodu od bydliště příjemce péče
bytové podmínky, technické vybavení, bariérovost, nemožnost přizpůsobit domácí prostředí zcela potřebám příjemce péče
s příjemcem péče nelze trávit volný čas venku, má málo pohybu, brání tomu bariéry v domě nebo i v jeho okolí
složitá administrativa, byrokracie, neochota lékařů nebo nesnadná komunikace s nimi, neosobní přístup úřadů
chybějící služby nabízející podporu, např. 24 hodinová osobní asistence, doprovod k lékařům, neodstatečná kapacita služeb, chybí stacionář pro osoby s psychiatrickou poruchou
nastavení sociálního systému, např. vyřizování příspěvků na péči, nedostatečná výše přiznaného příspěvku, vyřizování průkazu ZTP, poskytnutí kompenzačních pomůcek, omezení počtu hygienických pomůcek, případně to, že příjemce péče má slovenské občanství a pečujícímu je tak místo nabídky pomoci v ČR navrhováno, aby zkusil využít příslušné služby ve Slovenské republice

⁷⁴ Otázka č. 31 dotazníku „Jaké faktory nebo okolnosti Vám naopak poskytování péče nejvíce ztěžují?“

Tabulka č. 17 - Situace, potřeby a přístup pečujících osob a příjemců péče ztěžující možnosti poskytování péče

obava pečujícího z vlastní nemoci nebo situace, kdy onemocní (nemá zastoupení, případně někdo z rodiny zastupuje jen neochotně).
nedostatek sil, vlastní zdraví, různé zdravotní potíže, vlastní vyčerpání, věk pečujícího, omezení při nákupu nebo dopravě do zdravotnického zařízení
pečující nemá řidičský průkaz, nemá automobil s plošinou pro invalidní vozík.
nedostatek času pro sebe a pro ostatní blízké, nemožnost to nějak změnit, pocit uvázanosti, pocit, že pečující nežije vlastní život
finanční situace, malý příjem, nedostatek financí na nákup služeb, na to, aby více péče poskytovali profesionálové, na nákup zdravotnických potřeb a pomůcek
nedostatek času - pracovní vytížení, omezený čas po práci, obtížné skloubení pracovních povinností, péče a čas věnovaný rodině, práce na směny
konfliktní vztahy v rodině nebo s někým z rodiny
nepřipravenost pečujícího na tuto situaci, nedostatek zkušeností, nedostatek informací, roztržštěnost informací
psychická zátěž - neustálý stres a napětí (nutnost být "stále připravený"), bezmoc, obavy, strach z neznáma, samota, pocit značné zodpovědnosti za péči, rychlý postup onemocnění, pochybnosti o tom, zda rozhodnutí poskytovat péči bylo správné
fyzická náročnost, zvláště v případě, má-li příjemce péče pohybové problémy nebo je obézní, případně ztížení péče nebo omezení možnosti pečovat v důsledku ataky nemoci u pečujícího
nutnost neustále vymýšlet, co vařit
povaha nebo přístup příjemce péče, jeho odpor, případně to, že chce rozhodovat o různých věcech, ač má demenci, neochota příjemce péče spolupracovat, náládovost, negativistický přístup, agrese, manipulativnost, špatný psychický stav
příjemce péče nechce být soběstačný, vyžaduje za všech okolností neustálou přítomnost, je závislý na pečující osobě, nemůže zůstat doma sám

Důležité **okolnosti pomáhající při poskytování péče a zvládání nároků na ni**⁷⁵ bylo možné klasifikovat jako širší či obecnější okolnosti, které péči, respektive možnosti jejího poskytování, rámuje, a okolnosti přímo se týkající pečující osoby nebo příjemce péče (viz tabulky č. 18 a 19).

Tabulka č. 18 - Obecnější podpůrné faktory pomáhající zvládat poskytování péče

podpora pečovatele/ky, pracovníků zdravotních služeb (např. rehabilitační sestra) nebo sociálních služeb (pečovatelská služba, stacionář), dostupnost těchto služeb, spolupráce s úřady (sociálním pracovníkem), s lékařem, vstřícnost lékařů, pomoc ve speciální škole, možnost využít zdravotnických nebo kompenzačních pomůcek, možnost využití polohovací postele, sedátka do vany, pomoc okolí obecně, dobré podmínky pro péči
finanční podpora, dostatek peněz (obecně, na zajištění kvalitní péče), zvýšení důchodu, příspěvek na péči
volná pracovní doba, návštěva zaměstnání, kde se pečující alespoň trochu odreaguje, to, že do práce nechodí nebo že ukončil zaměstnanecký poměr
zázemí nebo různé další okolnosti péče např. fakt, že pečující má k dispozici osobní automobil, domácí prostředí, vzdálenost od pečujícího, že může odejít z domu a udělat si volno
informace, dobré rady, dostupnost informací, kurz o poradenství a domácí péči, orientace v legislativě, vědět na koho se obrátit, dřívější zkušenosti s poskytováním péče, psychická podpora, povzbuzení, možnost hovořit o problémech s někým, kdo to chápe.

⁷⁵ Otázka č. 32 dotazníku „Co je pro Vás samotného/ou nejvíce důležité při poskytování péče (např. Vám nejvíce pomáhá zvládat nároky, které jsou s péčí spojené)? Uvedte, prosím, nejvýše tři takové oblasti.“

Tabulka č. 19 - Situace, potřeby a přístup pečujících osob a příjemců péče pomáhající zvládat poskytování péče

lásky k příjemci péče, vědomí pečující osoby, že má příjemci péče co vrátit / vděčnost, pocit, že péče má smysl, důstojné dožití příjemce péče, čisté svědomí, povinnost / morální povinnost, pocit zodpovědnosti, vědomí toho, že postarat se o blízkou osobu je normální, poskytování péče blízké osobě není pro pečující osobu problém, akceptace stavu, jaký je, nutnost vydržet situaci kvůli dětem, vědomí toho, že patrně není jiná možnost, jež by příjemce péče aktivovala
vzájemné porozumění pečující osoby a příjemce péče, pěkný vzájemný vztah, radost a pochvala příjemce péče, úsměv nebo spokojený výraz v obličeji
některé aktivity, které pečující realizuje společně s příjemcem péče (vybarvování, čtení)
spolupráce příjemce péče, jeho pozitivní přístup, jeho různé kladně hodnocené povahové vlastnosti (aktivita, nerezignovanost, odhodlání žít, nesobeckost)
spokojenost příjemce péče, to, že jsou uspokojeny určité potřeby příjemce péče (bez jejich konkrétní specifikace)
uspokojení konkrétních vyjmenovaných potřeb (např. autonomie, čistota, nasycení, bezpečnost, psychický stav)
ustálený zdravotní stav a sociální situace příjemce péče, vědomí, že je vše v pořádku / neděje se nic mimořádného, celková situace, již má pečující pod kontrolou, dokáže jí řešit nebo předcházet rizikům, příjemce péče je stále ještě relativně samostatný (jídlo, oblékání)
situace, kdy je příjemce péče v pořádku a nevyžaduje přitom další pozornost, klid
vyrovnaná psychika, příznivé psychické charakteristiky a dobrá fyzická kondice: vnitřní klid, pohoda, rovnováha, celková spokojenost pečující osoby, "pevné nervy", trpělivost, důslednost, schopnost vydržet, vůle, optimismus, bezpečnost, jistota, zdravý rozum, ustálený zdravotní stav pečující osoby, fyzická zdatnost, síla akceptace skutečnosti, že není nikdo, kdo by pečující osobu mohl nahradit
vhodný způsob komunikace s příjemcem péče (který jej neprovokuje), sebeovládání
dobrý pocit pečující osoby z toho, že péči o příjemce péče zvládne, že může pomoci, že zajistí veškerou péči nebo že zajistí určitou část péče a ušetří tak práci jinému členu rodiny, pocit dobře udělané práce - situace, když vše jde "dobře od ruky", zlepšení u příjemce péče
dostatek času, vlastní volný čas, možnost vypnout odpočinout si od denního shonu, organizace vlastního času, volný víkend, dovolená
realizace i jiných aktivit - aktivní odpočinek (zahrádka, sport, cvičení, turistika, výlety, procházky, koníčky), nepřestat být aktivní
odpočinek, spánek, lehnutí si, vypnutí, chvilka samoty, pasivní odpočinek (křížovky, TV, hudba), relaxace, sauna, masáže, cigarety, léky
podpora ostatních členů rodiny, dobré vztahy v rodině, vstřícnost partnera, možnost vystřídání se, komunikace s dalšími členy rodiny, domluva s nimi v různých otázkách nebo ohledně dělby různých aktivit (např. nákupy), to že je tato pomoc nablízku, může se na ni spolehnout, že další pomáhající dovedou rychle reagovat, když se něco děje, možnost mluvit o všem
kontakt s dalšími osobami, návštěvy, setkání s kamarádem/kou, kontakt s vnoučaty, procházky se psem
naděje, že se situace zlepší, modlitba, víra, náboženské přesvědčení

Shrnutí VI: Stěžejní poznatky o poskytování péče

Pohled respondentů na poskytování péče

Vlastní reflexi poskytování péče respondenti charakterizovali prostřednictvím uvedením slov nebo spojení (nejvýše tří), jimiž by oni sami chtěli někomu velmi stručně, ale přitom co nejvýstižněji přiblížit, co obnáší péče o blízkou osobu. V rámci této otázky respondenti uvedli velmi široký okruh odpovědí. Získané odpovědi byly klasifikovány do ještě stále velmi značného počtu kategorií, a to především kvůli snaze, aby se některé méně četné nebo velmi specifické, přitom však inspirativní a hodné zaznamenání, odpovědi respondentů „nerozmělnily“, respektive „neztratily“, k čemuž by patrně došlo v případě stanovení menšího počtu obecněji formulovaných kategorií.

V tomto zkráceném souhrnném přehledu již ale nelze obsáhnout veškeré poznatky zachycené prostřednictvím použité klasifikace čítající stále ještě velké množství rozlišených kategorií. Je proto potřebné reflektovat to, že následující přehled (stejně jako další poznatky prezentované v tomto i v dalších shrnutích zařazených do následujících tří podkapitol) shrnuje pouze nejčastěji uváděné charakteristiky (respektive dokonce pouze odkazuje na charakteristiky uvedené v označení příslušné kategorie, tj. bez vysvětlení a doplnění konkrétních respondenty uváděných souvislostí – ta jsou uvedena v samotném textu podkapitoly, případně v příslušných tabulkách a poznámkách pod čarou). Toto shrnutí tak umožňuje pouze rámcově postihnout základní orientaci odpovědí, popřípadě hlavní trendy zaznamenané v odpovědích respondentů. Jak již bylo také uvedeno výše, zároveň nebylo při vyhodnocení této a většiny dále hodnocených otázek možné samostatně vyhodnotit a porovnat zjištění získaná v kontrolních a v obou pilotních městech.

Největší počet dotázaných vnímal jako nejdůležitější atributy týkající se poskytování péče trpělivost a ochotu (21 %), obětavost, lásku, případně soucit (18 %) a časové nároky, omezení nebo nedostatek času (15 %). Zhruba desetina (tj. 10-11 %) dotázaných spojovala poskytování péče s těmito charakteristikami:

- náročnost péče (11 %),
- zátěž a stres (11 %),
- psychická zátěž (10 %) a
- povinnost, zodpovědnost nebo závazek (10 %).

Představy respondentů o nejdůležitějších přáních příjemců péče

Respondenti měli za to, že příjemci péče na poskytované péči nejčastěji oceňují to, že mohou zůstat doma, ve svém prostředí. Některou z odpovědí zařazených do této širší kategorie uvedla pětina dotázaných (20 %). Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí byla trpělivost či obětavost (některý z pojmů v této kategorii uvedlo 16 % respondentů). U více než pěti procent dotázaných pak byly zaznamenány tyto další odpovědi:

- možnost být spolu, mít kolem sebe rodinu a být její součástí, možnost být s přáteli (11 %),
- to, že příjemci péče je na blízku pečující, že je pečující s ním (9 %),
- zajištění stravy pro příjemce péče pečujícím, uspokojení potřeby hladu u příjemce péče (9 %),
- zajištění sociálního kontaktu, zamezení izolace (8 %),
- obecné uvedení podpory nebo pomoci, případně uvedení některých méně často uváděných (do jiných kategorií nezařazených) způsobů pomoci nebo podpory – 7 % a
- zajištění čistoty a hygienické úkony (6 %).

Základní klasifikace dalších získaných poznatků týkajících se poskytování péče

Odpovědi respondentů na otázku, proč jako důležité vnímají právě skutečnosti uvedené v předchozí otázce, se týkaly těchto tří hlavních oblastí:

- charakteristiky týkající se příjemce péče (povahové rysy, preference apod.),
- důvodů vedoucích k rozhodnutí pro poskytování péče a
- okolností, za kterých je péče poskytována a které ovlivňují její charakter.

Předpoklady, které by podle respondentů mohly pomoci k tomu, aby mohli péči poskytovat v takovém rozsahu, v jakém si přejí, se týkaly čtyř základních okruhů:

- situace pečující osoby, sociální situace, podmínky pro poskytování péče nebo informovanost pečující osoby,
- potřeby, situace nebo přístup příjemce péče,
- materiální a technické podmínky a
- služby nebo nastavení sociálního systému.

Pro respondenty byli při poskytování péče důležitou oporou poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb (např. pečovatelská služba, agentura domácí péče, denní stacionář, organizace zajišťující hospicovou péči, poradna, lékaři, další zdravotní personál, sociální pracovník aj.), různé instituce (Úřad práce, obecní úřad), blízké osoby (rodina, příbuzní, sousedé, kolegové). Kromě konkrétních osob nebo institucí respondenti uváděli také různé okolnosti a faktory, které jim pomáhají (např. vykonávání nějaké činnosti, procházky, masáže, sledování televize, poslech hudby, dobrý pocit, informace na internetu, znalosti a zkušenosti apod.).

Překážky ztěžující respondentům poskytování péče i okolnosti pomáhající při poskytování péče bylo možné rozdělit do dvou hlavních skupin: péče nebo podmínky pro její poskytování (obecnější souvislosti) a okolnosti, které se přímo týkají pečující osoby nebo příjemce péče.

2.2.2. Hodnocení možnosti uspokojení dalších přání a potřeb příjemců péče

Pečující uvedli také široký okruh **obecnějších přání a preferencí, které jsou podle nich pro příjemce péče důležité a nejsou přitom přímo spojeny s poskytováním péče.**⁷⁶ Získané odpovědi bylo možné rozdělit do těchto pěti hlavních skupin:

- vztah k pečující osobě a rodinným příslušníkům,
- kontakt s širším prostředím, orientace v prostředí,
- péče, služby, podmínky pro péči, cvičení, zdraví,
- bydlení, zázemí, organizační záležitosti,
- psychika a osobnost příjemce péče, různé hodnoty a preference.

Přehled odpovědí v těchto kategoriích shrnuje tabulka č. 20.

Tabulka č. 20 - Reflexe obecnějších (netýkajících se přímo péče) přání a preferencí příjemců péče pečujícími osobami

vztah k pečující osobě a rodinným příslušníkům
aby pečující byl více s příjemcem péče (někdy patrně kvůli intenzivnější péči, ale někdy je požadována prostá častější přítomnost, více společně tráveného času), častější návštěvy pečujícího, případně, aby byl pečující s příjemcem péče pořád, bydlel s ním a byl mu kdykoliv k dispozici
více času s rodinnými příslušníky, rodinou - návštěvy příbuzných nebo známých, kontakt s nimi - děti, vnoučata, sourozenci, kontakt se členy rodiny, kteří se nezajímají, pravidelné návštěvy, aby mohli být všichni spolu, stálá přítomnost rodiny
kontakt s širším prostředím, seberealizace a participace, orientace v prostředí
více sociálních kontaktů - je pořád jen s pečující osobou, pořád vidí jen ji, pro příjemce péče by byl důležitý větší kontakt s jinými osobami (vrstevníci, případně jiné osoby mimo rodinných příslušníků), společnost, společník pro volný čas, někdo s kým by si mohl povídat
větší kontakt s fyzickým okolím / vnějším prostředím - častější, případně každodenní pobyt venku, na sluníčku, více procházek, výlety, rekreace, cestování, častější vycházky hlavně v zimě, kdy je pobyt venku omezen tím, že pečující neuveze příjemce péče, když nasněží, lepší možnost dostat se ven z bytu, pravidelný pobyt na sportovišti
koníčky nebo oblíbené aktivity - např. být sám venku nebo naopak společné výlety, výlety s kamarádem/kou, pobyt na horách, rybaření, jízda v autě, řízení auta, práce na zahradě
kultura, společenské akce, společenský život - koncert dechové hudby, kluby, kino, chodit do hospody a za ženami, kavárna
informace, ucelené informace, informovanost
péče, služby, podmínky pro péči, cvičení, zdraví
využití / častější využití profesionálních služeb, častější návštěva pečovatelek, pobytové zařízení / domov pro seniory
pomůcky, podmínky pro péči - pohodlnější lůžko, lepší hygienické podmínky, kompenzační pomůcky (obecně nebo pomůcky, které by usnadnily pohyb příjemce péče)
poskytnutí specializované péče, rehabilitace, cvičení (obecně, cvičení chůze), profesionální péče
kvalitní lázeňské pobyty, prodloužený víkend s rekreací / wellness pobytem / relaxačními aktivitami, dovolená
zlepšení zdravotního stavu, "nebýt starý", "mládlí", normální život, znovu vidět, slyšet, větší mobilita, hybnost, moci chodit bez chodítka, lepší stabilita při chůzi
bydlení, zázemí, organizační záležitosti
pomoc při různých organizačních a podpůrných činnostech - finanční zabezpečení pečujícího, vyřízení příspěvku na péči, doprava
finance, zvýšení příspěvku na péči / starobního důchodu
zajištění bydlení - změna bydlení, klidnější bydlení (sousedé dělají stále hluk), návrat do rodného domu, zůstat doma, vědomí, že zde má domov
lepší komfort bydlení nebo úpravy bytu - přístup k bytu, bezbariérové bydlení, koupelny, bezprahové podlahy, větší prostor, lepší vybavení domu - pořízení vybavení nebo různých pomůcek
být u sebe doma, mít své soukromí, příjemci péče chybí prostředí, ve kterém byl zvyklý, chtěl by být ve svém domě, ale musí bydlet v domácnosti pečující osoby, pečující odhaduje, že příjemce péče si přeje zemřít doma
psychika a osobnost příjemce péče, vlastní hodnoty a preference
více volnosti, samostatnosti, být soběstačný, nezávislost, nepřijemný pocit kvůli závislosti na péči jiných osob, představy "že je na obtíž", nechce, aby ho pečující kontroloval
příjemce péče vyžaduje nepřetržitou pozornost ("200 procentní pozornost celého světa")
očekávání nebo přání vztahující se k pečující osobě - větší trpělivost pečující osoby, "(mít) jinou snachu", to, aby byl pečující spokojenější, odpočinutý, více v pohodě
další psychické potřeby - více komunikace, podnětů, duchovní podpora, duchovní život včetně návštěvy mše, překonání ostychu ve společnosti vrstevníků, psychická pohoda, lepší psychický stav
více jídla, které nemůže vzhledem ke zdravotnímu stavu, sladkosti
není to úplně jasné, stále se to mění

⁷⁶ Otázka č. 33 dotazníku „Co dalšího (tj. nejen v přímé souvislosti s poskytovanou péčí) by podle Vás ocenila osoba nebo osoby, o které pečujete, ale v současnosti se jí (jim) to patrně nedostává nebo jen velmi málo?“

Odpovědi respondentů týkající se toho, **jaké okolnosti přispívají k naplnění obecnějších potřeb a splnění obecnějších přání příjemců péče**⁷⁷, bylo možné rozdělit na tyto dvě hlavní skupiny:

- obecnější předpoklady, charakteristika zázemí nebo okolnosti ovlivňující možnosti zajištění péče a
- situace příjemce péče nebo pečující osoby.

Okruh získaných odpovědí shrnují tabulky č. 21 a 22.

Tabulka č. 21 - Okolnosti usnadňující splnění obecnějších přání I - obecnější předpoklady, charakteristika zázemí nebo faktory ovlivňující péči

menší pracovní vytížení, pružná pracovní doba, snížení úvazku, ukončení pracovního poměru nebo naopak možnost pečovat bez ztráty zaměstnání
více finančních prostředků, které pečující osoba pobírá (příspěvek na péči, případně další prostředky), stanovení příspěvku, které bude lépe odpovídat tomu, jaké má příjemce péče schopnosti, respektive tomu, kolik celodenní práce péče obnáší, dostatek financí na nákup služeb, dostatek financí na benzín
zajistit potřebný dopravní prostředek nebo jeho úpravu, bezbariérový byt, dům nebo okolí, přestěhování do většího nebo vhodnějšího bytu, přístup vlastníka bytu, větší počet bezbariérových bytů, schodolez, vhodné kompenzační pomůcky, vozík, který bude lehčí a bude s ním moc manipulovat i pečující, elektrický vozík
samostatné bydlení, ve kterém bude o příjemce péče postaráno, volná místa v pobytovém zařízení / dlouhá čekací doba na vyřízení žádosti o přijetí
řešení vztahových problémů, provázanost péče s celkovou rodinnou situací (nutnost zajištění péče o vlastní děti)
větší zapojení ostatních členů rodiny do péče, větší kontakt s vrstevníky, víc návštěv z okruhu známých příjemce péče, ale těch už moc není, nebo dalších rodinných příslušníků (sourozenci, děti, vnoučata)
služby - rozšíření služby, kterou příjemce péče nebo pečující využívají, profesionální pečovatelky, osobní asistence, denní centrum, fyzioterapeut / rehabilitační pracovník, senior taxi, informační leták / noviny, podpora aktivit seniorů
pomoc jiné osoby, osobního asistenta nebo dobrovolníka (obecně, případně při doprovázení, tlačení vozíku apod.), možnost zastoupení
nalezení osoby, jež bude trávit s příjemcem péče čas, spolupráce s dobrovolníkem, který by si popovídal s příjemcem péče
mít osobního lékaře, možnost využívat službu denně ("musel by někdo bydlet s námi")
psychologická pomoc příjemci péče (pokud by byla akceptována), duchovní podpora faráře
podpora poskytovaná pečující osobě odborníky / prohloubení znalostí pečující osoby týkajících se rehabilitace nebo cvičení
informace, ucelené informace, poradenství, pomoc při vyřizování záležitostí, kontaktní centrum
vědomí, že příjemce péče dělá spokojeného to, že žije doma, nemusí se stěhovat, má jistotu, že se nebude nic měnit
změna zákonů (obecně, případně v souvislosti s posuzováním stupně závislosti, žádanek o lázně apod.), zodpovědnější přístup lékařů

Tabulka č. 22 - Okolnosti usnadňující splnění obecnějších přání II - situace příjemce péče nebo pečující osoby

zlepšení zdravotního stavu / nepokračující zhoršování zdravotního stavu / uzdravení po úrazu, zlepšení pohybu, schopnost sedět na invalid. vozíku, zlepšení imunity, operace, poukaz do lázní
společné bydlení s příjemcem péče, častější nebo každodenní přítomnost pečující osoby
více času
nejde to - bez dalšího upřesnění, případně dále s tvrzeními "čas nejde vrátit zpět", "nemohla bych se starat o nic jiného", "příjemce péče by musel mít více zájmu", zvládat schopnosti, které už nemůže zvládat (chůze, postarat se sám o sebe), zázrak apod.
zdraví pečující osoby, fyzické síly, schopnost pečující osoby zajistit péči
příjemce péče si uvědomuje svá omezení, i tak ale je aktivní a snaží se řešit své záležitosti

⁷⁷ Otázka č. 34 dotazníku „Jaké okolnosti by podle Vás nejvíce napomohly tomu, aby se osobě, o kterou pečujete, mohla tato přání splnit? Pokud jste v předchozí otázce poukázal/a na více potřeb nebo přání, která má osoba nebo osoby, jimž poskytujete péči, zkuste okolnost nebo okolnosti, které by mohly napomoci jejich splnění, uvést ke každému výše uvedenému okruhu přání jednotlivě.“

Podobně jako v případě okolností usnadňujících možnosti uspokojení obecnějších potřeb a přání příjemců péče, byly i v případě **překážek, které tomu naopak brání**⁷⁸ rozlišeny:

- obecnější předpoklady, charakteristika zázemí nebo okolnosti ovlivňující možnosti zajištění péče a
- situace příjemce péče nebo pečující osoby.

Okruh získaných odpovědí zachycují tabulky č. 23 a 24.

Tabulka č. 23 - Překážky ztěžující splnění obecnějších přání I - obecnější předpoklady, charakteristika zázemí nebo faktory ovlivňující péči

malá vstřícnost zaměstnavatelů k úpravě pracovní doby, vlastní pracovní vytížení, samotný fakt, že pečující osoba pracuje (čas pouze v odpoledních hodinách)
chybí asistent, dobrovolník, jiný člen rodiny nebo jiná osoba, která by se do péče zapojila nebo pečující osobu zastoupila (případně zajistila péči dětem příjemce péče, když pečující doprovází příjemce péče k lékaři apod., to, že děti pracují a úhrada za poskytnutí služby by byla příliš nákladná
malý zájem rodiny, omezené časové možnosti dalších členů rodiny, vzdálenost místa bydliště dalších příbuzných nebo příjemce péče nemá příbuzné
chybějící technické vybavení (např. elektrický vozík), bariérové bydlení, nemožnost nebo zhoršené možnosti opustit byt, "jít mezi lidi", byt nebo dům je nevyhovující nebo je jeho provoz příliš nákladný nebo je pro příjemce péče obtížné provoz zajistit (např. topení), nákladnost stavebních úprav bytu, jejich časová náročnost, nutnost a náročnost posuzování některých důležitých otázek (např. rozhodnutí o výměně postele apod.)
nedostatek finančních prostředků (obecně, na nastavení lepších podmínek péče, na pořízení pomůcek, na úpravu domu), na nějaký regenerační pobyt, který by pečujícím osobám v rodině umožnil obnovit síly
obsazenost pobytových zařízení, absence služby, která by zajistila 24 hodin dozor zdravotního personálu ve zdravotním zařízení
nedostatek informací, nedostupnost informací, scházející poradenství, roztržičnost informací, neinformovanost, schází nějaké kontaktní místo, dostupné informace je nutné hledat na různých místech
podmínky v okolí bydliště - např. nedostatečná doprava určená přímo pro seniory
zákony obecně, různá konkrétní úřední rozhodnutí (zamítnutí hospitalizace), přiznaná výše příspěvku na péči mnohdy neodpovídá nárokům na péči o příjemce péče, byrokracie, přístup úřadů, neprofesionální rozhodnutí odborníků
vzdálenost místa bydliště pečující osoby a příjemce péče, nebo samotný fakt, že pečující má bydliště jinde a musí za příjemcem péče docházet nebo není neustále přítomen

Tabulka č. 24 - Překážky ztěžující splnění obecnějších přání II - situace příjemce péče nebo pečující osoby

zdravotní stav příjemce péče, věk, nemoci, úbytek fyzických sil, nadváha, omezení hybnosti, imobilita, občasné úplné znehybnění, bolesti (obecně nebo např. kloubů), nutnost častých návštěv toalety, potíže s motorikou, zrakové omezení, obtíže při komunikaci, diabetes, psychická porucha, deprese
izolovanost, samota, málo vrstevníků, to že lidé obecně neradi navštěvují nemocného člověka
pečující osoba se nemůže přestěhovat k příjemci péče (nebo opačně), protože pečující osoba má další závazky (vlastní rodina, péče o děti, vnoučata, péče o vlastní bydlení)
nedostatek času pečující osoby
psychika příjemce péče - obecně, případně např.: vázanost příjemce péče na pečující osobu, obavy při cestování, lpění na vlastním bydlišti, stud (např. kvůli závislosti na péči, inkontinenci, tomu, že někdo musí zajišťovat hygienu osoby), negativní myšlenky a pocity (že nemá na výběr, že je odkázaná na péči), sebelítost, lenost, pohodlnost, paličatost, horší orientace nebo zmatenost, nedůvěra k dalším lidem, přehnaná šetrnost, výpadky paměti
obavy z budoucnosti, ze zhoršení zdravotního stavu, vědomí špatné prognózy diagnózy, zhoršující se zdravotní stav
věk, zdraví a fyzické síly pečující osoby
nemožnost zůstat v domácím prostředí z důvodu potřeby 24 hod. péče

⁷⁸ Otázka č. 35 dotazníku „Co podle Vás osobě nebo osobám, o které pečujete, naopak nejvíce ztěžuje splnění jejich přání? Odpovědi, prosím, uvádějte jednotlivě ke každému přání či potřebě, kterou jste uvedl/a dříve.“

Shrnutí VII: Stěžejní poznatky o obecnějších přáních a potřebách příjemců péče

Základní klasifikace získaných poznatků o obecnějších přáních a potřebách

Obecnější přání a preference, které jsou podle respondentů pro příjemce péče důležité a nejsou přitom přímo spojeny s poskytováním péče, bylo možné rozdělit do těchto pěti hlavních skupin:

- vztah k pečující osobě a rodinným příslušníkům,
- kontakt s širším prostředím, orientace v prostředí,
- péče, služby, podmínky pro péči, cvičení, zdraví,
- bydlení, zázemí, organizační záležitosti,
- psychika a osobnost příjemce péče, různé hodnoty a preference.

Okolnosti přispívající k naplnění obecnějších potřeb a splnění obecnějších přání příjemců péče, bylo možné, stejně jako tomu bylo i u překážek, jež tyto snahy ztěžují, rozdělit na tyto dvě hlavní skupiny:

- obecnější předpoklady, charakteristika zázemí nebo okolnosti ovlivňující možnosti zajištění péče a
- situace příjemce péče nebo pečující osoby.

2.2.3. Využívání služeb pečujícími osobami a zjišťování informací o nich

Nejčastějšími **druhy služeb, které respondenti využívali**,⁷⁹ byly pečovatelská služba⁸⁰ (27 % dotázaných), domácí zdravotní (ošetřovatelská) péče⁸¹ (9 %) a odlehčovací služby⁸² (7 %). Téměř desetina dotázaných buďto uvedla jméno konkrétní organizace⁸³ nebo okruh využívaných služeb specifikovala jen velmi obecně⁸⁴ (v prvním případě 5 % dotázaných, ve druhém 4 %). Další služby již využívalo méně než 15 dotázaných (tj. nejvýše 3 % z jejich celkového počtu) a shrnuje je tabulka č. 25. K nejčastějším z nich patřilo využívání služeb denního stacionáře, půjčovna kompenzačních pomůcek, rozvoz obědů a pomoc nebo služby dalšího (z hlediska oboru péče nespecifikovaného) zdravotního personálu.

Tabulka č. 25 - Okruh méně často využívaných služeb (aktuálně nebo v minulosti)

odpovědi uvedené 10-12 respondenty (3 %)
denní stacionář, případně "stacionář"
kompenzační pomůcky, zapůjčení / dodání kompenzačních nebo zdravotních pomůcek
rozvoz obědů
zdravotní personál bez další specifikace (lékař, zdravotník, zdravotní sestra apod.), zdravotní péče bez další specifikace
odpovědi uvedené 6-8 respondenty (2 %)
nemocnice, sanatorium / zdravotnické zařízení bez specifikace
praktický / ošetřující / obvodní lékař/ka
léčebna dlouhodobě nemocných
poradna, odborné sociální poradenství, sociálně-právní poradna, sociálně-právní poradenství
odpovědi uvedené 1-5 respondenty (0-1 %)
domácí rehabilitace, rehabilitace, návštěvy fyzioterapeuta/ky v domácnosti
sociální pracovník sociálního odboru města, sociální služby provozované městem (ale bez služeb městy zřizovaných organizací)
týdenní stacionář
zajišťované úkony / služby vyjma rozvozu obědů (např. asistence při péči o hygienu, úklid), u kterých není uvedena generická služba
lázně, rehabilitační pobyt
osobní asistence
domácí / terénní hospicová péče
domov pro seniory
doprava pro seniory
chráněné bydlení
oddělení následné péče
psychiatrická léčebna / psychiatrické oddělení nemocnice

⁷⁹ Otázka č. 36 dotazníku „Využil/a jste někdy během doby, po kterou poskytujete péči, nějaké služby nebo formy podpory či pomoci určené osobám, které poskytují péči? Pokud ano, uveďte, prosím, jaké (nejvýše tři služby nebo formy podpory, které Vám nejvíce pomohly).“

⁸⁰ Odpovědi „pečovatelská služba, pečovatel/ka“.

⁸¹ Domácí zdravotní (ošetřovatelská) péče / terénní zdravotní (ošetřovatelská) služba, ošetřovatel/ka.

⁸² Odlehčovací služby (ambulantní, pobytové, bez specifikace), respitní péče.

⁸³ Uvedení organizace zajišťující širší spektrum služeb (Tyflocentrum, Český červený kříž, služby charit, městských organizací aj.) bez specifikace služeb.

⁸⁴ Sociální služby bez specifikace nebo jen s uvedením formy poskytnutí, pracovníci sociální služby bez specifikace.

U využitých služeb respondenti nejčastěji oceňovali⁸⁵ možnost odpočinku, ulehčení, možnost chodit do zaměstnání nebo obstarat různé osobní záležitosti⁸⁶. Některou z možností zařazených do této kategorie uvedlo 16 % dotázaných. Pouze nepatrně nižší (15 %) byl podíl respondentů, kteří uváděli jednotlivé konkrétní úkony nebo činnosti, které byly díky využitým službám zajištěny, nebo s jejichž zajištěním pečujícími pomohli pracovníci příslušných služeb.⁸⁷ Desetina dotázaných poukázala na důležitost poskytování rad a pomoci obecně, na to, že jim služba pomáhá v péči každodenně, týká se řady různých oblastí apod.⁸⁸ Shodně 7 % dotázaných považovalo za nejdůležitější to, že využití služby jim umožňuje zastoupení při péči v době, kdy nemohou být s příjemcem péče, nebo že služba má dobrou časovou dosažitelnost (mohou ji kdykoli telefonicky kontaktovat),⁸⁹ a zajištění zdravotní péče nebo ošetrovatelských úkonů.⁹⁰

Další služby využívalo méně než 15 dotázaných (tj. nejvýše 3 % z jejich celkového počtu) a jsou uvedeny v tabulce č. 26. K nejčastějším z nich patřily cvičení nebo rehabilitace, celkové zvládnutí situace pečující osobou nebo podpora jejich schopností poskytovat péči, kvalita a odbornost poskytované péče a fyzická pomoc a ušetření (načerpání) fyzických sil.

Tabulka č. 26 - Další, respondenty méně často uváděné, hlavní přínosy využitých služeb

odpovědi uvedené 10-13 respondenty (3 %)
cvičení, rehabilitace, masáže, pohyb, nácvik pohybu
celkové zvládnutí situace, zlepšení schopností pečující osoby poskytovat péči v domácím prostředí, ukázat to, jak správně pečovat doma, informace o technice péče, předání zkušeností, rady týkající se uzpůsobení domácnosti apod.
odborná péče, odborná pomoc, kvalitní služba, vědomí, že je o příjemce péče postaráno, ocenění lidského přístupu nebo ochoty pomáhajících profesionálů
fyzická pomoc, fyzická úleva, fyzická manipulace, načerpání / ušetření vlastních fyzických sil
odpovědi uvedené 6-9 respondenty (2 %)
dohled, 24 hodinový dohled, kontrola, sledování a vyhodnocení situace příjemce péče
zapůjčení kompenzačních pomůcek
získání informací o službách, pomůckách, dávkách, informace o možnostech využití pobytových služeb
vyřízení různých dávek nebo důležitých finančních a právních záležitostí, právní pomoc
odpovědi uvedené 1-5 respondenty (0-1 %)
kontakt příjemce péče s jeho okolím, s lidmi v podobné situaci, více kamarádů, kulturní akce
příjemce péče nemusí docházet / dojíždět za ambulantní zdravotní péčí
zajištění činností, které pečující nezvládne, řešení problémů, které nedovede řešit
psychická podpora, psychická úleva
určitou péči nebo úkony (např. cvičení) je příjemce péče více ochotný přijmout od profesionála než od pečující osoby
finanční podpora, zlepšení finanční situace
možnost příjemce péče zapojit se do nějaké aktivity, mít program, navštěvovat kroužek, kognitivní cvičení, muzikoterapie, tvoření a malování
příjemce péče není sám
odborná lékařská pomoc
doprovod k lékaři
vzdělání

⁸⁵ Otázka č. 37 dotazníku „V čem Vám pomohly nejvíce?“

⁸⁶ Ulehčení od části povinností, možnost odpočinku, více volného času, možnost čerpání dovolené, sladění nároků na péči s pracovními a jinými povinnostmi, samotná možnost být zaměstnaný, čas na vyřízení osobních záležitostí (lékař, úřady, banka apod.).

⁸⁷ Hygiena, ranní hygiena, koupání, polohování / manipulace na lůžku, oblékání, příprava / zajištění stravy, úklid, nákupy.

⁸⁸ Obecně pomoc při péči nebo rady, dobré / praktické rady, každodenní péče, pomoc "když bylo třeba", "ve všem".

⁸⁹ Poskytnutí péče během doby, kdy není pečující u příjemce péče, dostupnost služby přes telefon a možnost přizpůsobení doby poskytování péče klientovi, možnost zastoupení v případě nemoci.

⁹⁰ Zdravotní péče nebo ošetrovatelské úkony (odběry, chystání léků a jejich podání, převazy, péče o dekubity, zavedení infuze, úleva od bolesti).

Ze služeb, které by mohly respondentům při poskytování péče pomoci, **respondenti nejčastěji** (v 9 %) **postrádali**⁹¹ poradenské služby, informace a možnost získat informace na jednom místě.⁹² Osobní asistence, možnost využití služeb asistentů, případně stávající možnosti využívání těchto služeb⁹³ představovaly druhý nejčastěji uváděný okruh chybějících služeb, respektive oblast, ve které respondenti vnímají určité rezervy. Odpovědi spadající do této kategorie uvedla 4 % dotázaných. Dalšími druhy chybějících služeb nebo oblastmi, v nichž respondenti spatřovali rezervy, byly praktické rady při poskytování péče,⁹⁴ odlehčovací služby,⁹⁵ pomoc a podpora poskytovaná pečující osobě a možnost zastoupení při péči nebo ulehčení od péče (bez uvedení druhu nebo okruhu služeb).⁹⁶ Všechny tyto čtyři možnosti uvedla 3 % dotázaných. Další chybějící druhy služeb nebo oblastí, ve kterých dotázaní postrádají podporu, uvedlo méně než 10 dotázaných (tj. 1-2 % z jejich celkového počtu). Výčet těchto dalších druhů služeb nebo oblastí chybějící podpory byl ale nadále poměrně rozsáhlý (viz tabulka č. 27).

Tabulka č. 27 - Další, respondenty méně často uváděné chybějící služby nebo oblasti, ve kterých respondentům chybí podpora

odpovědi uvedené 6-9 respondenty (2 %)
společenský kontakt, větší rozsah zájmových kroužků, služba, která by obstarala v domácím prostředí zábavu pro nemocné, kteří nejsou pohybliví, rozptýlení pro příjemce péče
neschází služba, ale podpora rodiny, někdo blízký, aby na péči nebyl pečující sám/sama, mohl/a o tom s někým hovořit
stálá pečovatelská služba, noční služba, rozšíření pečovatelské služby na víkendy a svátky
docházka fyzioterapeuta, rehabilitační pracovník, rehabilitace v domácím prostředí, cvičení
kontrola / dohled
odpovědi uvedené 1-5 respondenty (0-1 %)
služba poskytující pomoc na zavolání
finanční podpora, více finančních prostředků, větší podpora státu (včetně např. nemožnosti čerpání podpory z důvodu odlišných trvalých bydlišť)
klub pro seniory nebo centrum nabízející služby, denní stacionář, větší kapacita denního centra
neví, jestli existuje služba, která by pečujícímu mohla v jeho situaci pomoci, neorientuje se v tom, je přesvědčen/a, že "s tím" nikdo nepomůže
služby zajišťující činnosti spojené s poskytováním péče - pomoc při podávání stravy, koupání, žehlení
pečovatelka, zdravotně sociální pracovník
pomoc pro pacienty s demencí (poradenství, kurzy, přednášky) v místě bydliště, kognitivní cvičení pro pacienty s poškozením mozku
spíše než služba schází více bezbariérových přístupů, možnost vyvezení vozíku do schodů
celodenní zdravotní péče
dlouhá čekací doba od podání žádosti a finanční náročnost v případě pobytu manželů v domově pro seniory
fungující služba rychlé zdravotní pomoci (nezajíždí k pacientům ani v naléhavých případech)
chráněné bydlení
možnost nečekat na úřadech
obchod
pobyt v rehabilitačním zařízení, v lázních
psychologická pomoc pro příjemce péče
snížení věkové hranice pro užívání senior taxi a pro (patrně bezplatné) využití vozu rychlé záchranné služby

⁹¹ Otázka č. 38 dotazníku „Postrádáte nebo jste někdy během doby, po kterou poskytujete péči, postrádal/a určité služby nebo formy podpory či pomoci určené osobám, které poskytují péči? Uvedte, prosím, nejvýše tři služby nebo formy podpory, které nejvíce postrádáte nebo jste postrádal/a.“

⁹² Možnost získání informací pro pečující osoby (na co má nárok, jak pečovat), ucelené informace, informace soustředěné na jednom místě, kontaktní místo, informační systém, poradenství, ochota poradit.

⁹³ Osobní asistence, krátkodobá asistence nejen v pracovních dnech / příslušných úředních hodinách, dovoz s doprovodem, doprovod k lékaři, asistence při zájmových činnostech (divadlo, výlety), přílišná nákladnost osobní asistence.

⁹⁴ Praktické rady a podpora při snadném a správném poskytování péče, sdílení vlastních zkušeností s péčí s podobně pečujícími osobami.

⁹⁵ Odlehčovací služby (terénní, pobytové), odlehčovací služby zajišťující péči 24 hodin, respitní péče, případně jsou tyto služby špatně dostupné (nelze je okamžitě využít, nemohou využít osoby bez mentálního postižení).

⁹⁶ Odlehčení při péči (druh služby nebyl blíže specifikován), zajištění pomoci v době nepřítomnosti (pobyt v práci, návštěva lékaře, vícedenní nepřítomnost).

K otázce, **na koho se pečující obracejí s žádostí o informace nebo rady**,⁹⁷ se nevyjádřili čtyři dotázaní (1 %). Osm dotázaných (2 %) uvedlo, že o rady ani informace týkající se poskytování péče nemají zájem, protože je nepotřebují.

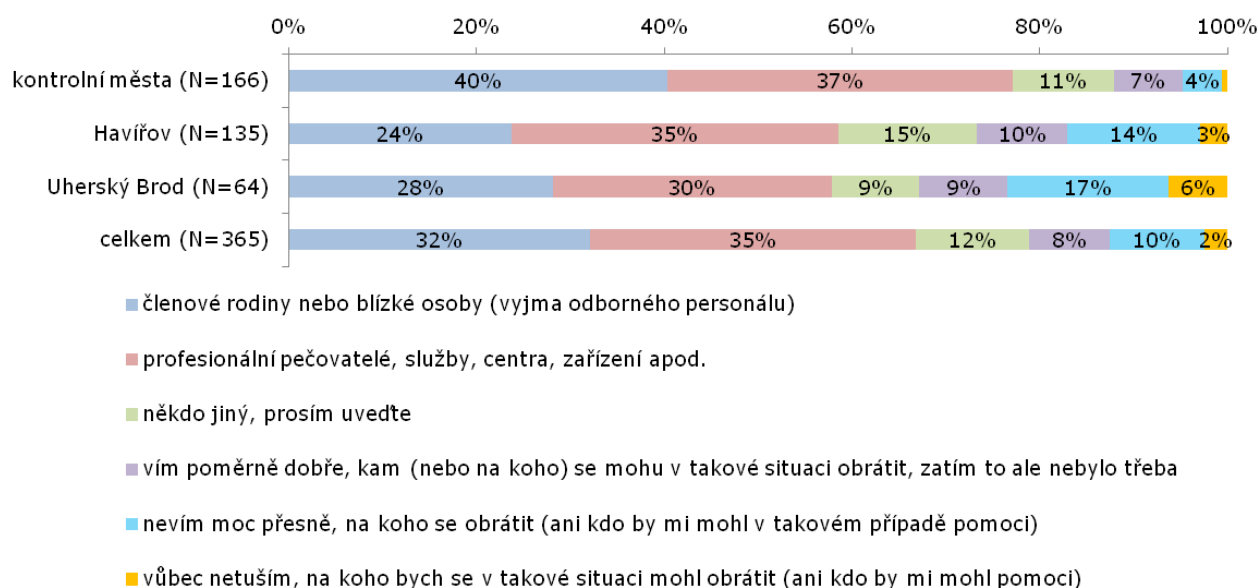
Odpovědi ostatních respondentů pak bylo možné rozdělit na dvě hlavní skupiny. Do první z nich (76 % respondentů) bylo možné zařadit odpovědi respondentů, kteří uvedli, na koho se v takové situaci obraceli. Nejčastěji se respondenti obraceli na profesionální pečovatele (34 %), dále pak na členy rodiny nebo blízké osoby (31 %) a nejmenší měrou (v 12 %) si informace a rady zjišťovali od jiných osob. Těmi byli nejčastěji (ve 4 %) případů pracovníci obce nebo města, dále pak (ve 3 %) lékaři nebo zdravotní personál a (2 % dotázaných) sociální poradna nebo konkrétní organizace. Internet nebo odborníky vyjadřující se v médiích uvedlo celkem 5 dotázaných, stejně tak jako kamarády nebo známé, kteří pracují nebo pracovali v oboru. Mezi další uváděné osoby (uvedené 1-3 respondenty) patřili: pracovníci Úřadu práce, kamarádi nebo známí, pracovníci pečovatelské služby a speciální škola.

Ve druhé skupině dotázaných (20 % respondentů uvádějících některou z hodnocených odpovědí) byly odpovědi respondentů, kteří nejmenovali, na koho by se v takových situacích obrátili, protože se jich tato možnost odpovědi netýkala, ale charakterizovali vlastní informovanost o těchto možnostech. Celkem 8 % dotázaných tak uvedlo, že sice poměrně dobře ví, kam (nebo na koho) se mohu v takové situaci obrátit, ale zatím takovou pomoc nepotřebovali. Desetina dotázaných uvedla, že neví moc přesně, na koho se obrátit (ani kdo by jim mohl v takovém případě pomoci) a 2 % dotázaných konstatovala, že vůbec netuší, na koho by se v takové situaci mohli obrátit (ani kdo by jim mohl pomoci).

Z provedeného srovnání mezi městy vyplynulo, že v Uherském Brodě a Havířově byla tato otázka hodnocena zcela srovnatelně. Zcela srovnatelný v těchto městech totiž byl nejen podíl pečujících osob, které se obracejí na členy rodiny, ale i podíl osob obracejících se na profesionální pečovatele a podíly osob, jež byly informovány poměrně dobře, nepříliš dobře i osob bez jakýchkoli informací o tom, kam je možné se obracet s žádostí o různé rady. Určitý, byť nepříliš výrazný, rozdíl mezi těmito dvěma městy bylo možné pozorovat pouze u podílu osob obracejících se na jiné osoby. Oproti tomu v kontrolních městech byl podstatně vyšší podíl respondentů obracejících se na členy rodiny (40 % oproti 28 % v Uherském Brodě a 24 % v Havířově). Také byl v těchto městech zaznamenán nižší podíl respondentů, kteří neměli moc přesné informace, kam by se mohly v případě potřeby obrátit s žádostí o radu (4 % oproti 14 % v Havířově a 17 % v Uherském Brodě).

⁹⁷ Otázka č. 39 dotazníku „Kam nebo na koho se většinou obrácíte, když potřebujete získat informaci nebo radu týkající se poskytování péče?“

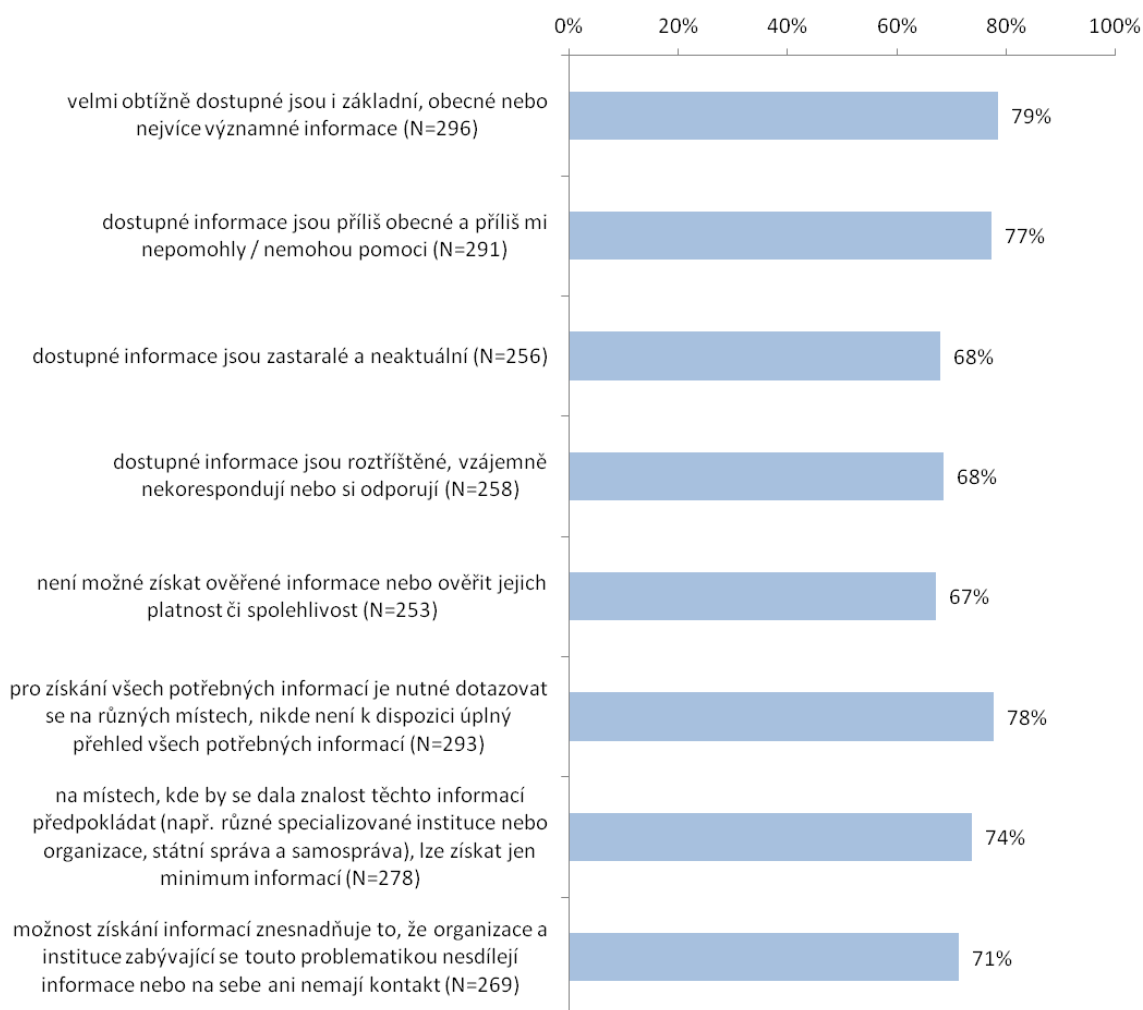
Graf 48 – Místa a osoby, na něž se pečující obrací s žádostí o informace nebo rady – pilotní a kontrolní města



Pro zachycení toho, jak pečující osoby hodnotí své dosavadní **zkušenosti se zjišťováním informací nebo rad týkajících se péče**,⁹⁸ bylo respondentům předloženo osm různých výroků, které měli ohodnotit na stupnici od jedné do šesti, kde uvedení hodnoty „1“ znamenalo „naprostý souhlas“ a uvedení hodnoty „6“ znamenalo „naprostý nesouhlas“ (v případě, že respondenti neměli pro hodnocení daného výroku dostatek informací, mohli zvolit možnost odpovědi „nevím, nedovedu posoudit“). Hodnotící stanoviska (tj. uvedení hodnot od „1“ do „6“) byla u všech sledovaných výroků získána nejméně od dvou třetin respondentů a pro posouzení všech osmi výroků tak byl shromážděn dostatečný počet odpovědí.

⁹⁸ Otázka č. 40 dotazníku „Jaké jsou Vaše zkušenosti se zjišťováním informací nebo rad týkajících se poskytování péče?“

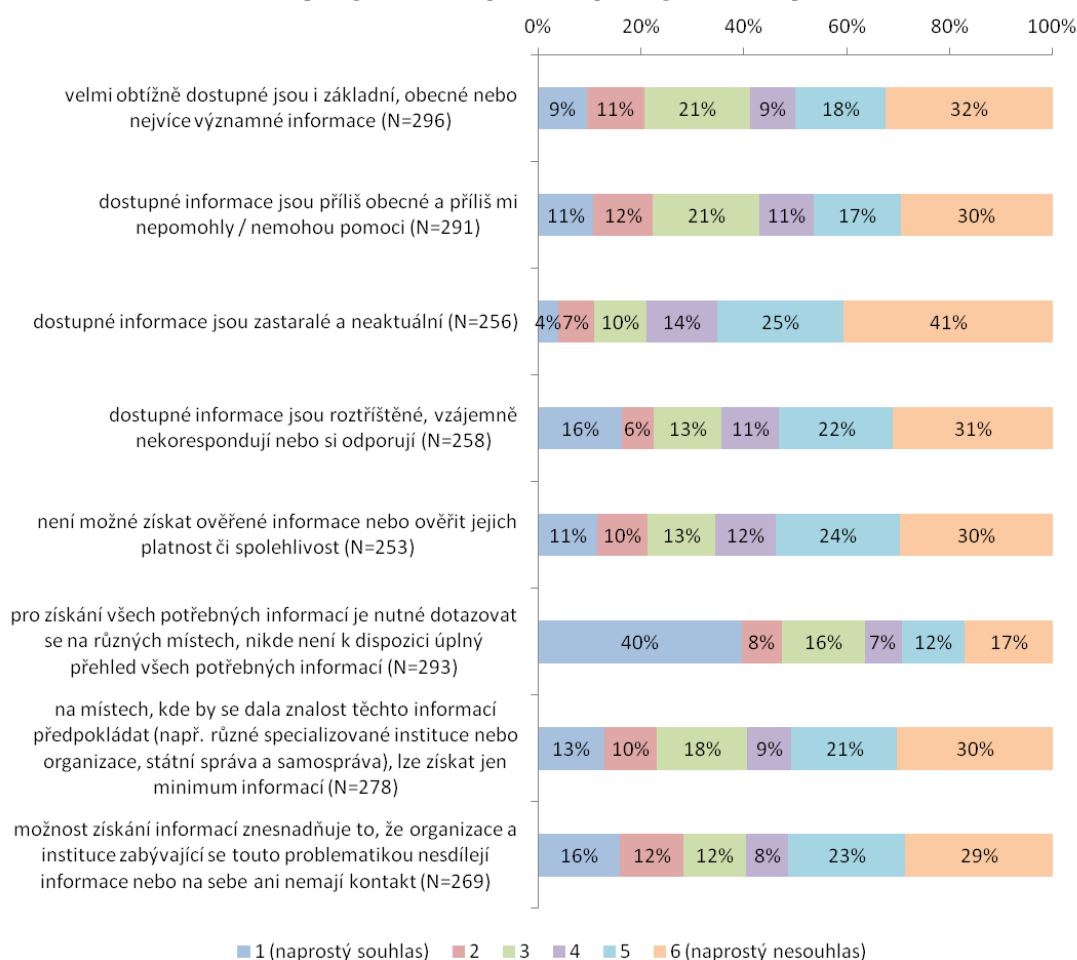
Graf 49 – Podíl a počet (hodnota údaje N) respondentů uvádějících stanoviska k výroky týkajících se dosavadních zkušeností se zjišťováním informací nebo rad týkajících se péče – pečující osoby celkem



Veškeré, respondentům předložené, výroky byly formulovány negativně, tj. jako určité problémy nebo nedostatky. Čím vyšší tedy byla míra souhlasu s uvedeným výrokem, tím spíše se jednalo o důležitý nebo silně pocítovaný problém nebo závažný nedostatek. Vyšší míru souhlasu s výrokem přitom charakterizovaly nízké hodnoty, tj. problém byl respondenty vnímán jako více naléhavý tehdy, pokud větší počet respondentů uvedl na uvedené stupnici spodní hodnoty („1“, „2“, případně „3“).

Porovnání jednotlivých respondenty hodnocených výroků podle míry naléhavosti příslušného problému nebo nedostatku ukazuje (podle míry souhlasu s příslušným výrokem) ukázalo, že respondenti zdaleka nejvíce souhlasili s výrokem, že „pro získání všech potřebných informací je nutné, dotazovat se na různých místech, nikde není k dispozici úplný přehled všech potřebných informací“ (nutnost zjišťovat informace na více místech): u tohoto výroku uvedla téměř polovina dotázaných uvádějících platné odpovědi jako odpověď hodnotu „1“ nebo „2“ (tj. naprostý nebo středně silný souhlas s tímto výrokem), zatímco odpovědi „5“ nebo „6“ (naprostý nebo středně silný nesouhlas) uvedlo 29 % dotázaných. U dalších hodnocených výroků přitom byly podíly těchto dvojic krajních odpovědí v podstatě převrácené, kdy podíl respondentů uvádějících v odpovědi hodnoty „1“ a „2“ dosahoval nejvýše 28 % a podíl respondentů uvádějících odpovědi „5“ a „6“ se pohyboval od 46 do 65 %.

Graf 50 – Hodnocení výroků týkajících se dosavadních zkušeností se zjišťováním informací nebo rad týkajících se péče – pečující osoby celkem



Pro usnadnění dalšího vzájemného srovnání uvedených výroků mezi sebou byl dále používán pouze aritmetický průměr vypočtený ze získaných hodnot (v rámci možnosti odpovědi na tuto otázku byla použita číselná škála právě proto, aby bylo možné získané údaje vyhodnotit tímto způsobem).

Z tohoto srovnání se ukazuje, že u již výše uvedeného nejvíce naléhavého problému (nutnost zjišťovat informace na více místech) dosahoval vypočtený průměr v celém souboru hodnoty 2,96, tj. hodnoty, již bylo možné vnímat zhruba jako „mírný souhlas“ s příslušným výrokem (takto lze na uvedené stupnici vnímat zjištěné hodnoty v těsné blízkosti hodnoty „3“, oproti níž je zjištěný údaj jen mírně nižší). U dalších šesti výroků se pak průměrné hodnocení pohybovalo v rozmezí hodnot 3,95-4,16 a bylo tak u nich možné hovořit o tom, že s nimi byl v průměru vyjádřen „mírný nesouhlas“ (oblast hodnot v intervalu od 3,50 do 4,49). Nejnížší míru souhlasu (při hodnotě 4,70 se již jednalo o průměrné hodnocení na úrovni „středně silného nesouhlasu“ - v intervalu od 4,5 do 5,49) vyjadřovali respondenti s výrokem, že „dostupné informace jsou zastaralé a neaktuální“ (neaktuality informací).

Podobně jako z předchozího srovnání, se i v tomto případě ukazuje, že zatímco u šesti předložených negativních výroků byl charakter odpovědí respondentů v podstatě srovnatelný (průměrná hodnota se u nich pohybovala v poměrně úzkém rozmezí od 3,95 do 4,16), tak u nejvíce přijímaného negativního výroku (nutnost zjišťovat informace na více místech) byla výsledná „známka“ o celý jeden stupeň horší než u druhého nejčastěji potvrzovaného negativního výroku. Obdobně přitom bylo možné pozorovat také to, že

negativní výrok, jenž byl respondenty nejvíce odmítán (neaktuálnost informací), byl odmítán zhruba „o půl stupně silněji“, než druhý nejvíce odmítaný negativní výrok.

Po přepočtu a porovnání výroků podle aritmetického průměru působí rozdíly zaznamenané mezi jednotlivými výroky jako méně výrazné, než tomu bylo v případě předchozího provedeného základního srovnání procentuálních podílů jednotlivých získaných odpovědí. Nicméně pro odpovídající vyhodnocení stanovisek respondentů k hodnoceným výroky je vždy potřebné, náležitě reflektovat i stanoviska zcela opačná, a ta vždy značně „tlumí“ razanci stanovisek, jež je u těchto výroků dána (oproti dalším sledovaným výroky) podstatně vyššími podíly respondentů vyjadřujících naprostý souhlas s výroky (v případě nutnosti zjišťovat informace na více místech), respektive naprostý nesouhlas s výroky (v případě neaktuálnosti informací). Jakkoli tedy zjištěné rozdíly v hodnotách o půl až jeden stupeň nepůsobí dojmem příliš velkého rozdílu, je potřebné vést v patrnosti to, že na zvolené hodnotící škále se rozhodně jedná o významné rozdíly.

Tabulka č. 28 - Hodnocení výroků týkajících se dosavadních zkušeností se zjišťováním informací nebo rad týkajících se péče – pilotní a kontrolní města

hodnocený výrok	kontrolní města	Havířov	Uherský Brod	celkem
velmi obtížně dostupné jsou i základní, obecné nebo nejvíce významné informace	4,50	4,20	3,20	4,11
dostupné informace jsou příliš obecné a příliš mi nepomohly / nemohou pomoci	4,32	4,15	3,05	4,00
dostupné informace jsou zastaralé a neaktuální	4,83	4,70	4,41	4,70
dostupné informace jsou roztržité, vzájemně nekorespondují nebo si odporují	4,38	4,43	2,88	4,10
není možné získat ověřené informace nebo ověřit jejich platnost či spolehlivost	4,32	4,36	3,49	4,16
pro získání všech potřebných informací je nutné dotazovat se na různých místech, nikde není k dispozici úplný přehled všech potřebných informací	3,62	2,93	1,86	2,96
na místech, kde by se dala znalost těchto informací předpokládat (např. různé specializované instituce nebo organizace, státní správa a samospráva), lze získat jen minimum informací	4,19	4,36	3,16	4,04
možnost získání informací znesnadňuje to, že organizace a instituce zabývající se touto problematikou nesdílejí informace nebo na sebe ani nemají kontakt	3,87	4,61	2,93	3,95
průměrné hodnocení (aritmetický průměr z hodnot zaznamenaných u všech osmi hodnocených stanovisek	4,25	4,22	3,12	4,00

Vzájemné srovnání hodnot získaných v jednotlivých městech pak ukazuje, že zatímco v kontrolních městech a Havířově bylo výsledné průměrné hodnocení srovnatelné (kdy zjištěné průměrné hodnoty 4,22, respektive 4,25 by odpovídaly přibližně stanovisku „mírný nesouhlas“ se všemi uvedenými negativně formulovanými stanovisky), tak v případě Uherského Brodu bylo zaznamenáno v průměru podstatně kritičtější stanovisko (zjištěná hodnota 3,12 by odpovídala přibližně stanovisku „mírný souhlas“ se všemi uvedenými negativně formulovanými stanovisky).

Ve všech třech sledovaných městech se respondenti nejvíce ztotožnili s tvrzením o nutnosti zjišťovat informace na více místech. Nejvyšší míra souhlasu s tímto tvrzením byla zaznamenána v Uherském Brodě, kde bylo možné zjištěnou průměrnou hodnotu (1,86) vnímat jako vyjádření na pomezí mezi středně silným souhlasem s výroky a naprostým souhlasem s ním. Průměrné hodnocení tohoto výroky V Havířově (průměrná hodnota 2,93) odpovídalo přibližně stanovisku „mírný souhlas“ a v případě kontrolních měst bylo možné chápat průměrnou hodnotu (3,62) již jako v podstatě neutrální stanovisko (velmi „těsně“ spadající do intervalu hodnot pro „mírný nesouhlas“ s tímto výroky).

Pro respondenty z kontrolních měst byla druhým nejdůležitějším problémem chybějící provázanost informací a vážnoucí spolupráce mezi organizacemi v tomto směru (výrok „možnost získání informací znesnadňuje to, že organizace a instituce zabývající se touto problematikou nesdílejí informace nebo na sebe ani nemají kontakt“; průměrná hodnota 3,87).

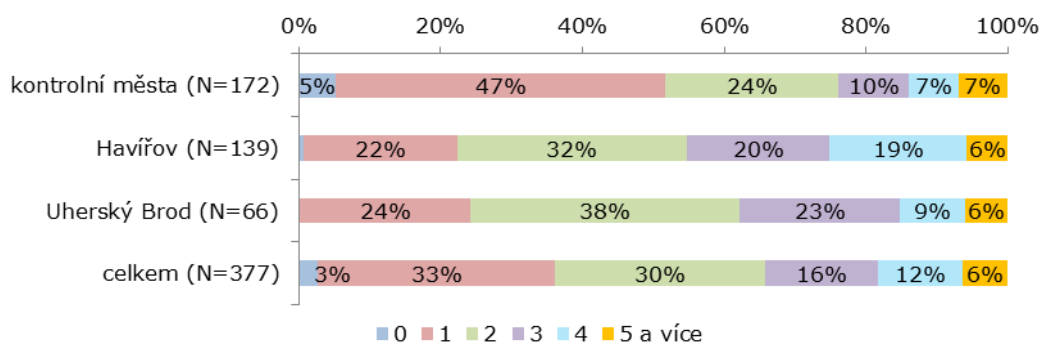
Respondenti z Havířova považovali po nutnosti zjišťovat informace na více místech za další důležité problémy obecnost informací (výrok „dostupné informace jsou příliš obecné a příliš mi nepomohly / nemohou pomoci“; průměrná hodnota 4,15) a jejich obtížnou dostupnost (výrok „velmi obtížně dostupné jsou i základní, obecné nebo nejvíce významné informace“; průměrná hodnota 4,20). Souhlas s těmito dvěma výroky mezi respondenty z Havířova ale nebyl výrazně vyšší, než tomu bylo u dalších pěti hodnocených výroků.

Respondenti z Uherského brodu považovali po nutnosti zjišťovat informace na více místech za nejproblematictější problémy roztržitost informací (výrok „dostupné informace jsou roztržité, vzájemně nekorespondují nebo si odporují“; průměrné hodnocení 2,88) a (podobně jako v kontrolních městech) chybějící provázanost informací a vážnoucí spolupráci mezi organizacemi v tomto směru (průměrné hodnocení 2,93). Podobně jak v Havířově, se ale míra souhlasu s těmito dvěma tvrzeními příliš výrazně nelišila od toho, jak byly hodnoceny další čtyři výroky předložené respondentům (přičemž výrazně nižší míra souhlasu než u těchto čtyř hodnot byla zjištěna až u výroku o obecnosti informací, který byl jako jediný ve všech třech sledovaných městech hodnocen zcela srovnatelně – v rozmezí hodnot 4,41-4,83 - tj. hodnotami v intervalu odpovídajícím „pomezi“ mezi „mírným“ a „středně silným“ nesouhlasem).

Pro **získání základních informací potřebných při poskytování péče** třetina (33 %) dotázaných kontaktovala jedno z osmi v seznamu předložených typových pracovišť.⁹⁹ Další necelá třetina (30 %) se kvůli tomu obrátila na dvě pracoviště a poslední třetina (34 %) na tři nebo více různých pracovišť. Na žádné z pracovišť uvedených v seznamu se neobrátila 3 % dotázaných.

Podíl respondentů obracejících se při vyhledávání informací na jedno, dvě nebo tři a více různých pracovišť byl v Uherském Brodě a Havířově v zásadě srovnatelný. Naopak pro kontrolní města byl charakteristický téměř poloviční (47 %) podíl respondentů, kteří kontaktovali jedno pracoviště (oproti 24 % v Uherském Brodě a 22 % v Havířově) a přibližně čtvrtinové podíly respondentů obracejících se na dvě, respektive na tři nebo více pracovišť.

Graf 51 – Počet pracovišť kontaktovaných pečujícími osobami za účelem získání základních informací potřebných pro poskytování péče – pilotní a kontrolní města



⁹⁹ Otázka č. 41 dotazníku „Která z následujících odborných pracovišť jste kontaktoval/a, a to telefonicky, emailem nebo osobně (ať už při Vaší návštěvě příslušného pracoviště, nebo v rámci návštěvy pracovníka ve Vaší domácnosti), než jste získal/a základní informace potřebné k zajištění péče o osobu nebo osoby, kterým poskytnete péči?“

Respondenti se kvůli získání základních informací potřebných pro poskytování péče nejčastěji obraceli na ambulantní zdravotnická zařízení (55 % dotázaných) a na Úřad práce (42 %). Třetina (34 %) dotázaných kontaktovala za tímto účelem organizace poskytující terénní sociální služby a necelá třetina (30 %) obecní úřad. Podíl pečujících osob, které kontaktovaly za účelem získání základních informací pro poskytování péče pobyťová zdravotnická zařízení, terénní zdravotnické služby a organizace poskytující ambulantní sociální služby se pohyboval zhruba mezi 15 a 20 %. Necelá desetina (9 %) dotázaných v této věci kontaktovala organizace poskytující pobyťové sociální služby.

V rámci možnosti „jiné“ (možnost zvolila celkem 2 % dotázaných) respondenti uváděli tyto osoby nebo místa, na které se nejčastěji obraceli: půjčovna kompenzačních pomůcek (uvedeno 3x), sociálně právní poradna (3x), příbuzný pracující na úřadě (tato a následující uvedené možnosti uvedeny 1x), sanatorium a konkrétní organizace bez specifikace typu zařízení.

Podíl respondentů, kteří kontaktovali jednotlivá, v předloženém uvedená, pracoviště, se mezi sledovanými městy lišil velmi výrazně. Pro kontrolní města byl charakteristický podstatně nižší podíl respondentů obracejících se na Úřad práce a obecní úřady (na Úřad práce se obracelo v kontrolních městech 26 % dotázaných, zatímco v Uherském Brodě 52 a v Havířově 58 %; na obecní úřady se v kontrolních městech obracelo 17 % respondentů, zatímco v Uherském Brodě 29 a v Havířově 47 %). V kontrolních městech se tak respondenti nejčastěji obraceli na ambulantní zdravotnická zařízení (v 51 %) a na terénní sociální služby (35 %).

V Havířově byl naopak zaznamenán zřetelně vyšší podíl respondentů obracejících se právě na obecní úřad (47 %) a Úřad práce (58 %) než v dalších městech a tato dvě pracoviště patřila k nejčastěji kontaktovaným společně s ambulantními zdravotnickými zařízeními (50 %).

Pečující osoby dotázané v Uherském Brodě při vyhledávání informací kontaktovali ambulantní zdravotnická zařízení podstatně častěji (obracelo se na ně 73 % dotázaných) než respondenti z kontrolních měst (51 %) a Havířova (50 %). Kromě tohoto nejčastěji kontaktovaného pracoviště se respondenti z Uherského Brodu dále velice často obraceli také na Úřad práce (52 %) a terénní sociální služby (42 %).

Tabulka č. 29: Pracoviště kontaktovaná pečujícími osobami za účelem získání základních informací potřebných pro poskytování péče – pilotní a kontrolní města

	kontrolní města (N=172)	Havířov (N=139)	Uherský Brod (N=66)	celkem (N=377)
obecní úřad	17%	47%	29%	30%
Úřad práce	26%	58%	52%	42%
pobyťová zdravotnická zařízení	12%	23%	24%	18%
ambulantní zdravotnická zařízení	51%	50%	73%	55%
terénní zdravotnické služby	19%	20%	11%	18%
pobyťové sociální služby	9%	10%	5%	9%
ambulantní sociální služby	15%	19%	0%	14%
terénní sociální služby	35%	28%	42%	34%

Shrnutí VIII: Stěžejní poznatky o využívání služeb

Nejčastěji využívané služby a formy péče

Nejčastějšími druhy služeb, které respondenti využívali, byly pečovatelská služba (27 % dotázaných), domácí zdravotní (ošetřovatelská) péče (9 %) a odlehčovací služby (7 %). Téměř desetina dotázaných buďto uvedla jméno konkrétní organizace nebo okruh využívaných služeb specifikovala jen velmi obecně (v prvním případě 5 % dotázaných, ve druhém 4 %).

Nejdůležitější přínosy využitých služeb

U využitých služeb respondenti nejčastěji oceňovali možnost odpočinku, ulehčení, možnost chodit do zaměstnání nebo obstarat různé osobní záležitosti. Některou z možností zařazených do této kategorie uvedlo 16 % dotázaných. Pouze nepatrně nižší (15 %) byl podíl respondentů, kteří uváděli jednotlivé konkrétní úkony nebo činnosti, které byly díky využitým službám zajištěny, nebo s jejichž zajištěním pečujícími pomohli pracovníci příslušných služeb. Desetina dotázaných poukázala na důležitost poskytování rad a pomoci obecně, na to, že jim služba pomáhá v péči každodenně, týká se řady různých oblastí apod. Shodně 7 % dotázaných považovalo za nejdůležitější to, že využití služby jim umožňuje zastoupení při péči v době, kdy nemohou být s příjemcem péče, nebo že služba má dobrou časovou dosažitelnost (mohou ji kdykoli telefonicky kontaktovat), a zajištění zdravotní péče nebo ošetřovatelských úkonů.

Chybějící služby nebo oblasti s nedostatečnou podporou

Ze služeb, které by mohly respondentům při poskytování péče pomoci, respondenti nejčastěji (v 9 %) postrádali poradenské služby, informace a možnost získat informace na jednom místě. Osobní asistence, možnost využití služeb asistentů, případně stávající možnosti využívání těchto služeb představovaly druhý nejčastěji uváděný okruh chybějících služeb, respektive oblast, ve které respondenti vnímají určité rezervy. Odpovědi spadající do této kategorie uvedla 4 % dotázaných. Dalšími druhy chybějících služeb nebo oblastmi, v nichž respondenti spatřovali rezervy, byly praktické rady při poskytování péče, odlehčovací služby, pomoc a podpora poskytovaná pečující osobě a možnost zastoupení při péči nebo ulehčení od péče (bez uvedení druhu nebo okruhu služeb). Všechny tyto čtyři možnosti uvedla 3 % dotázaných.

Místa a osoby, na něž se pečující obrazejí v případě potřeby získání informací

Nejčastěji se respondenti obraceli na profesionální pečovatele (34 %), dále pak na členy rodiny nebo blízké osoby (31 %) a nejmenší měrou (ve 12 %) si informace a rady zjišťovali od jiných osob. Těmi byli nejčastěji (ve 4 %) případů pracovníci obce nebo města, dále pak (ve 3 %) lékaři nebo zdravotní personál a (2 % dotázaných) sociální poradna nebo konkrétní organizace.

Z provedeného srovnání mezi městy vyplynulo, že v Uherském Brodě a Havířově byla tato otázka hodnocena zcela srovnatelně. Oproti tomu v kontrolních městech byl podstatně vyšší podíl respondentů obrazejících se na členy rodiny (40 % oproti 28 % v Uherském Brodě a 24 % v Havířově).

Charakteristika míry informovanosti a potřebnosti těchto informací

Celkem 8 % dotázaných uvedlo, že sice poměrně dobře vědí, kam (nebo na koho) se mohou obrátit v případě, že by potřebovali zjistit informace potřebné při poskytování péče, ale zatím takovou pomoc nepotřebovali. Desetina dotázaných uvedla, že neví moc přesně, na koho se obrátit (ani kdo by jim mohl v takovém případě pomoci) a 2 % dotázaných konstatovala, že vůbec netuší, na koho by se v takové situaci mohli obrátit (ani kdo by jim mohl pomoci).

Výrazně nižší podíl respondentů, kteří neměli moc přesné informace, kam by se mohli v případě potřeby obrátit s žádostí o radu, byl zaznamenán v kontrolních městech (4 % oproti 14 % v Havířově a 17 % v Uherském Brodě).

Míra souhlasu s předloženými výroky týkajícími se zkušenosti se zjišťováním informací nebo rad

Z osmi předložených výroků týkajících se zkušeností respondentů se zjišťováním informací zdaleka nejvíce respondenti souhlasili s výrokem, že „pro získání všech potřebných informací je nutné, dotazovat se na různých místech, nikde není k dispozici úplný přehled všech potřebných informací“ (nutnost zjišťovat informace na více místech). U tohoto výroku uvedla téměř polovina dotázaných uvádějících platné odpovědi jako odpověď hodnotu „1“ nebo „2“ (tj. naprostý nebo středně silný souhlas s tímto výrokem), zatímco odpovědi „5“ nebo „6“ (naprostý nebo středně silný nesouhlas) uvedlo 29 % dotázaných. U dalších hodnocených výroků přitom byly podíly těchto dvojic krajních odpovědí v podstatě převrácené, kdy podíl respondentů uvádějících v odpovědi hodnoty „1“ a „2“ dosahoval nejvýše 28 % a podíl respondentů uvádějících odpovědi „5“ a „6“ se pohyboval od 46 do 65 %.

U nejvíce naléhavého problému (nutnost zjišťovat informace na více místech) dosahoval vypočtený průměr v celém souboru hodnoty 2,96, tj. hodnoty, již bylo možné vnímat zhruba jako „mírný souhlas“ s příslušným výrokem (takto lze na uvedené stupnici vnímat zjištěné hodnoty v těsné blízkosti hodnoty „3“, oproti níž je zjištěný údaj jen mírně nižší). U dalších šesti výroků se pak průměrné hodnocení pohybovalo v rozmezí hodnot 3,95-4,16 a bylo tak u nich možné hovořit o tom, že s nimi byl v průměru vyjádřen „mírný nesouhlas“ (oblast hodnot v intervalu od 3,50 do 4,49). Nejnižší míru souhlasu (při hodnotě 4,70 se již jednalo o průměrné hodnocení na úrovni „středně silného nesouhlasu“ - v intervalu od 4,5 do 5,49) vyjadřovali respondenti s výrokem, že „dostupné informace jsou zastaralé a neaktuální“ (neaktuálnost informací).

Zatímco u šesti předložených negativních výroků byl charakter odpovědí respondentů v podstatě srovnatelný, tak u nejvíce přijímaného negativního výroku (nutnost zjišťovat informace na více místech) byla výsledná „známka“ o celý jeden stupeň horší než u druhého nejčastěji potvrzovaného negativního výroku. Obdobně přitom bylo možné pozorovat také to, že negativní výrok, jenž byl respondenty nejvíce odmítán (neaktuálnost informací), byl odmítán zhruba „o půl stupně silněji“, než druhý nejvíce odmítaný negativní výrok. Oproti prvnímu provedenému srovnání sice rozdíly průměrných hodnot o půl až jeden stupeň nepůsobí dojmem příliš velkého rozdílu, je ale potřebné vést v patrnosti to, že na zvolené hodnotící škále se rozhodně jedná o významné rozdíly.

Vzájemné srovnání hodnot získaných v jednotlivých městech pak ukazuje, že zatímco v kontrolních městech a Havířově bylo výsledné průměrné hodnocení srovnatelné (kdy zjištěné průměrné hodnoty 4,22, respektive 4,25 by odpovídaly přibližně stanovisku „mírný nesouhlas“ se všemi uvedenými negativně formulovanými stanovisky), tak v případě Uherského Brodu bylo zaznamenáno v průměru podstatně kritičtější stanovisko (zjištěná hodnota 3,12 by odpovídala přibližně stanovisku „mírný souhlas“ se všemi uvedenými negativně formulovanými stanovisky).

Ve všech třech sledovaných městech se respondenti nejvíce ztotožnili s tvrzením o nutnosti zjišťovat informace na více místech. Nejvyšší míra souhlasu s tímto tvrzením byla zaznamenána v Uherském Brodě, kde bylo možné zjištěnou průměrnou hodnotu (1,86) vnímat jako vyjádření na pomezí mezi středně silným souhlasem s výrokem a naprostým souhlasem s ním. Průměrné hodnocení tohoto výroku v Havířově (průměrná hodnota 2,93) odpovídalo přibližně stanovisku „mírný souhlas“ a v případě kontrolních měst bylo možné chápat průměrnou hodnotu (3,62) již jako v podstatě neutrální stanovisko (velmi „těsně“ spadající do intervalu hodnot pro „mírný nesouhlas“ s tímto výrokem).

Pracoviště, na kterých respondenti získávají základní informace potřebné při poskytování péče

Pro získání základních informací potřebných při poskytování péče třetina (33 %) dotázaných kontaktovala jedno z osmi v seznamu předložených typových pracovišť. Další necelá třetina (30 %) se kvůli tomu obrátila na dvě pracoviště a poslední třetina (34 %) na tři nebo více různých pracovišť. Na žádné z pracovišť uvedených v seznamu se neobrátila 3 % dotázaných.

Respondenti se kvůli získání základních informací potřebných pro poskytování péče nejčastěji obraceli na ambulantní zdravotnická zařízení (55 % dotázaných) a na Úřad práce (42 %). Třetina (34 %) dotázaných kontaktovala za tímto účelem organizace poskytující terénní sociální služby a necelá třetina (30 %) obecní úřad. Podíl pečujících osob, které kontaktovaly za účelem získání základních informací pro poskytování péče pobytová zdravotnická zařízení, terénní zdravotnické služby a organizace poskytující ambulantní sociální služby se pohyboval zhruba mezi 15 a 20 %. Necelá desetina (9 %) dotázaných v této věci kontaktovala organizace poskytující pobytové sociální služby.

Podíl respondentů, kteří kontaktovali jednotlivá, v předloženém uvedená, pracoviště, se mezi sledovanými městy lišil velmi výrazně. Pro kontrolní města byl charakteristický podstatně nižší podíl respondentů obracejících se na Úřad práce a obecní úřady (na Úřad práce se obracelo v kontrolních městech 26 % dotázaných, zatímco v Uherském Brodě 52 a v Havířově 58 %; na obecní úřady se v kontrolních městech obracelo 17 % respondentů, zatímco v Uherském Brodě 29 a v Havířově 47 %). V kontrolních městech se tak respondenti nejčastěji obraceli na ambulantní zdravotnická zařízení (v 51 %) a na terénní sociální služby (35 %).

V Havířově byl naopak zaznamenán zřetelně vyšší podíl respondentů obracejících se právě na obecní úřad (47 %) a Úřad práce (58 %) než v dalších městech a tato dvě pracoviště patřila k nejčastěji kontaktovaným společně s ambulantními zdravotnickými zařízeními (50 %).

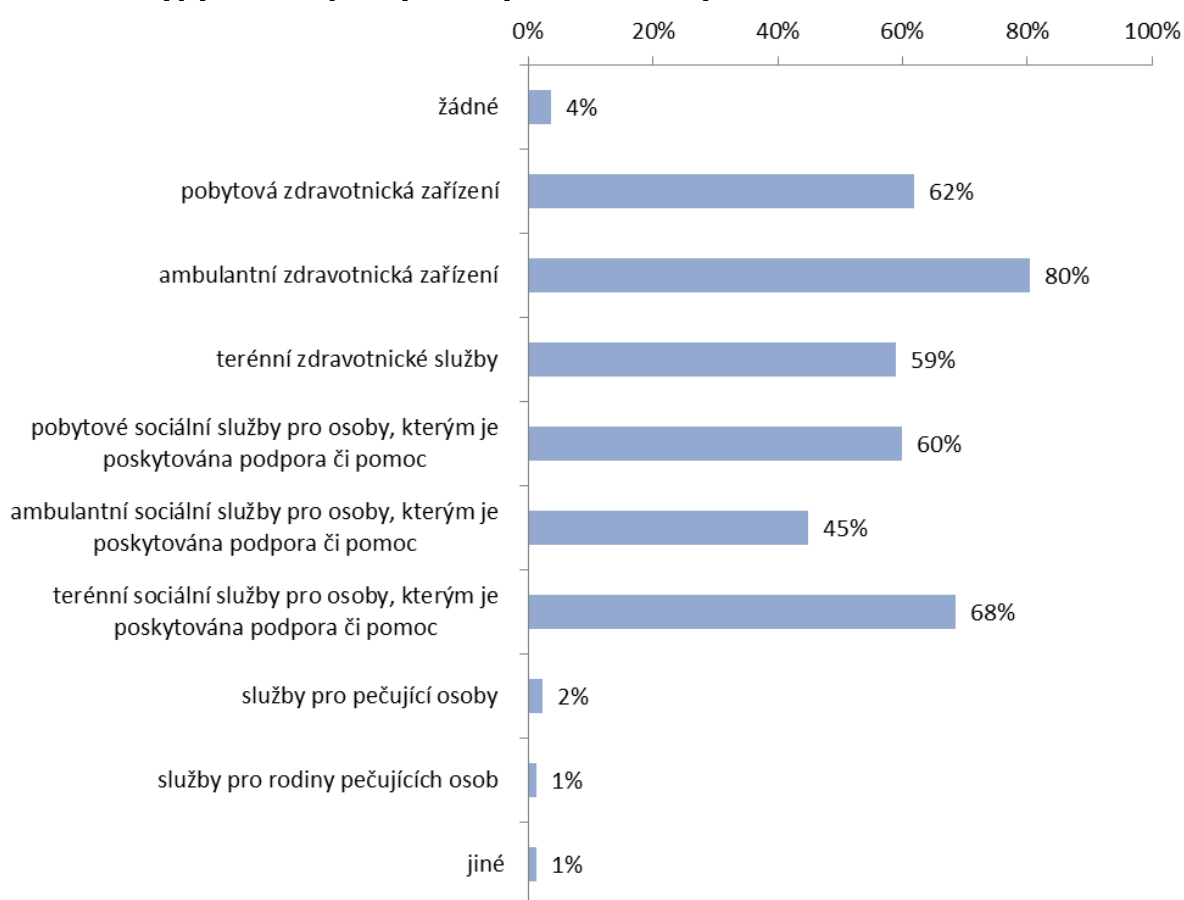
Pečující osoby dotázané v Uherském Brodě při vyhledávání informací kontaktovali ambulantní zdravotnická zařízení podstatně častěji (obracelo se na ně 73 % dotázaných) než respondenti z kontrolních měst (51 %) a Havířova (50 %). Kromě tohoto nejčastěji kontaktovaného pracoviště se respondenti z Uherského Brodu dále velice často obraceli také na Úřad práce (52 %) a terénní sociální služby (42 %).

2.2.4. Hodnocení nabídky služeb, na které se může pečující obracet

Z předloženého seznamu zařízení a služeb byly v okolí místa bydliště (město a jeho blízké okolí) respondentů¹⁰⁰ podle největšího počtu dotázaných provozovány ambulantní zdravotnická zařízení (tuto možnost odpovědi uvedlo 80 % dotázaných). Dvě třetiny dotázaných (68 %) uváděly, že v okolí místa jejich bydliště jsou poskytovány terénní sociální služby. Zhruba dvě pětiny dotázaných pak uvedly, že v okolí místa jejich bydliště jsou provozována pobytová zdravotnická zařízení a jsou poskytovány pobytové sociální služby a terénní zdravotnické služby. Podle necelé poloviny dotázaných byly v okolí místa bydliště poskytovány ambulantní sociální služby.

Služby pro pečující osoby a pro rodiny pečujících uvedlo pouze minimum dotázaných (1-2 %), 4 % dotázaných uvedla, že v místě jejich bydliště a jeho okolí nejsou poskytovány žádné služby, které by poskytovaly podporu a pomoc pečujícím osobám.

Graf 52 – Typy služeb poskytovaných v místě bydliště



¹⁰⁰ Otázka č. 42 dotazníku „Jaké druhy služeb poskytujících podporu a pomoc pečujícím osobám jsou ve Vašem městě a v jeho okolí poskytovány?“

V hodnocení místní dostupnosti zdravotních a sociálních služeb (všech tří forem poskytování v případě každé z těchto skupin služeb) byly mezi sledovanými městy zaznamenány velmi výrazné rozdíly. Nejvyšší podíly respondentů, podle nichž byly tyto služby v místě bydliště poskytovány, byly zaznamenány v Havířově, kde se u šesti hlavních skupin sledovaných služeb podíl těchto respondentů pohyboval od 70 do 90 % (průměrná hodnota z procentních podílů těchto osob u všech šesti sledovaných typů služeb byla 78 %). Nenížší byly podíly těchto respondentů v Uherském Brodě (u šesti stěžejních skupin služeb se tento podíl pohyboval od 9 do 82 %, průměr pro všech těchto šest skupin služeb 42 %). V kontrolních městech se podíly těchto respondentů pohybovaly od 38 do 81 % (průměr 57 %).

V Havířově byly v místě bydliště nejčastěji dostupné ambulantní a pobytové zdravotní služby (90, respektive 83 %). Ale také terénní zdravotní služby a sociální služby poskytované ve všech třech formách byly podle respondentů z Havířova v místě bydliště poskytovány podle zhruba tří čtvrtin dotázaných.

V Uherském Brodě byly podle největšího počtu dotázaných v místě bydliště poskytovány terénní sociální služby (82 %). S poměrně značným odstupem pak následovala ambulantní (59 %) a pobytová (55 %) zdravotnická zařízení.

V kontrolních městech největší podíl dotázaných uvedl, že v místě bydliště byla provozována ambulantní zdravotnická zařízení (81 %). S odstupem pak následovaly terénní sociální služby (61 %), terénní zdravotnické služby (59 %) a pobytové sociální služby (58 %).

Tabulka č. 30: Typy služeb poskytovaných v místě bydliště – pilotní a kontrolní města

	kontrolní města (N=172)	Havířov (N=139)	Uherský Brod (N=66)	celkem (N=377)
žádné	5%	0%	9%	4%
pobytová zdravotnická zařízení	48%	83%	55%	62%
ambulantní zdravotnická zařízení	81%	90%	59%	80%
terénní zdravotnické služby	59%	77%	20%	59%
pobytové sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc	58%	77%	30%	60%
ambulantní sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc	38%	70%	9%	45%
terénní sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc	61%	71%	82%	68%
služby pro pečující osoby	2%	4%	0%	2%
služby pro rodiny pečujících osob	0%	3%	2%	1%
jiné	2%	1%	0%	1%

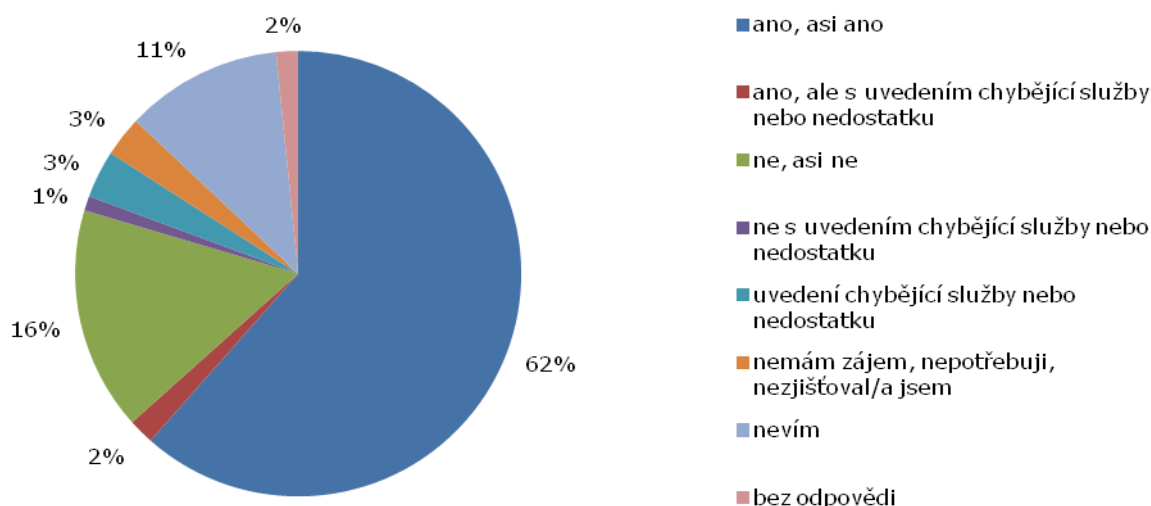
Téměř dvě třetiny dotázaných (63 %) hodnotily **počet v regionu dostupných služeb**¹⁰¹ příznivě (tj. hodnotily jej jako „dostatečný“, „asi dostatečný“ nebo obdobným výrokem). Pouze malý počet respondentů (2 %) uvádějících příznivé hodnocení počtu služeb přitom uvedl ke svému výroku v doplňujícím komentáři určitou výhradu.¹⁰² Jedna šestina dotázaných (17 %) hodnotila počet dostupných negativně, přičemž čtyři dotázaní (1 %

¹⁰¹ Otázka č. 43 dotazníku „Je podle Vašeho názoru ve Vašem městě a v jeho okolí dostatečný počet služeb, na které se můžete obrátit, pokud potřebujete radu, podporu nebo pomoc týkající se poskytování péče?“

¹⁰² Tři dotázaní poukázali na nejednotnost a roztržitost informací („každý ví jen něco“), dva uvedli, že chybějí domovy pro seniory, a jedenkrát byla konstatována ztížená dostupnost některých kompenzačních pomůcek, jednou bylo uvedeno, že starších lidí nebo nemocných přibývá, a jednou, že žádná služba nenahradí domov, pomoc blízkého člověka nebo rodiny).

z celkového počtu dotázaných) toto své hodnocení doplnili také o konkrétní výhradu.¹⁰³ Další tři procenta dotázaných pak počet služeb v regionu celkově nehodnotila (nebo jej hodnotila značně neurčitě) a uvedla pouze služby, jež postrádají. Přehled těchto odpovědí shrnuje tabulka č. 31, přičemž první tři jmenované uvedli dva dotázaní, ostatní jen jeden. Jedna šestina dotázaných se k otázce nevyjádřila nebo uvedla odpovědi „nevím“, „nezajímám se“, „nepotřebuji“ apod.

Graf č. 53 - Vyjádření, zda je počet služeb dostupných v regionu dostatečný



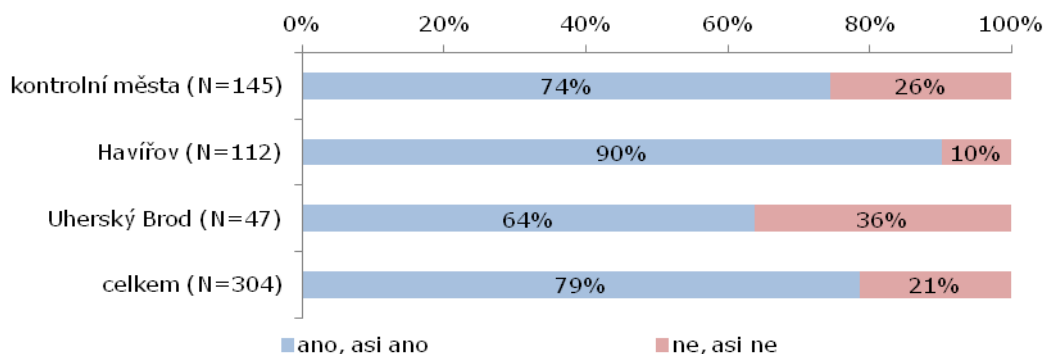
Tabulka č. 31: Výroky neobsahující jasné zhodnocení počtu dostupných služeb

neurčité zhodnocení ("průměr", "nevím, jestli dostatek, ale něco určitě ano")
pochybnosti ohledně kvality, špatná zkušenost
žádná služba není komplexní, každá ze služeb může pomoci nebo poradit jen s něčím
chybí centrum, kde získám ucelené informace na jednom místě
chybí osobní asistence
nedostatečná kapacita ambulantního i pobytového zařízení pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou
nejednotnost, roztržitost
pečující by uvítal organizaci s obdobným zaměřením jako jím jmenovaná organizace poskytující služby v jiném regionu
pečující osobě poradí ve všech zařízeních, ale chybí centrum, kde názorně poradí jak pečovat
žádná služba nenahradí domov, pomoc blízkého člověka, rodiny

Při srovnání hodnocení počtu služeb v jednotlivých městech již byla věnována pozornost pouze respondentům, kteří se ve své odpovědi vyjádřili k celkové situaci v regionu (zhodnotili ji). Z těchto respondentů jich nejvíce (90 %) hodnotilo situaci příznivě v Havířově, nejméně jich hodnotilo situaci v Uherském Brodě (64 %). V kontrolních městech příznivě situaci hodnotily tři čtvrtiny dotázaných, kteří uvedli celkové zhodnocení situace v regionu.

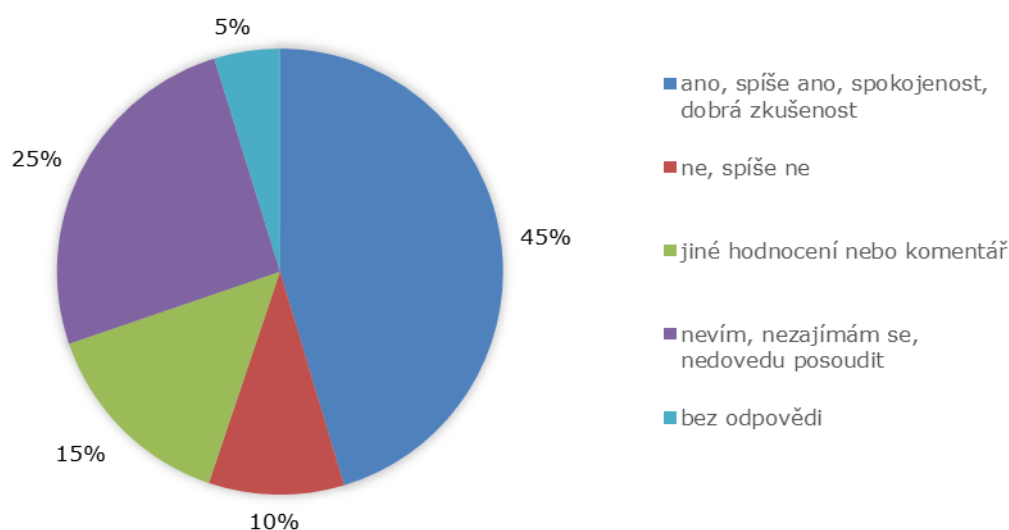
¹⁰³ Mezi těmi bylo uvedeno to, že „dostatečně dostupné je pouze poradenství“, „přibývá starších lidí nebo nemocných“, „služby jsou finančně náročné a nemohou pomoci po delší dobu během dne“ a že „s péčí o příjemce péče nechce nikdo pomoci“.

Graf č. 54 – Podíl respondentů hodnotících počet služeb v regionu jako dostatečný z celkového počtu respondentů uvádějících celkové zhodnocení – pilotní a kontrolní města



Při hodnocení **ucelenosti nabídky** služeb ji téměř polovina dotázaných (45 %) vnímala jako ucelenou nebo spíše ucelenou, respektive s ní byla spokojena nebo měla dobrou zkušenost¹⁰⁴. Kriticky se k této otázce vyjádřila desetina dotázaných a 15 % dotázaných uvádělo při hodnocení ucelenosti nabídky služeb v regionu jiné hodnocení nebo komentář. Téměř třetina dotázaných otázku neodpověděla nebo uvedla, že ji nedokáže posoudit.

Graf č. 55 – Hodnocení ucelenosti nabídky služeb v regionu

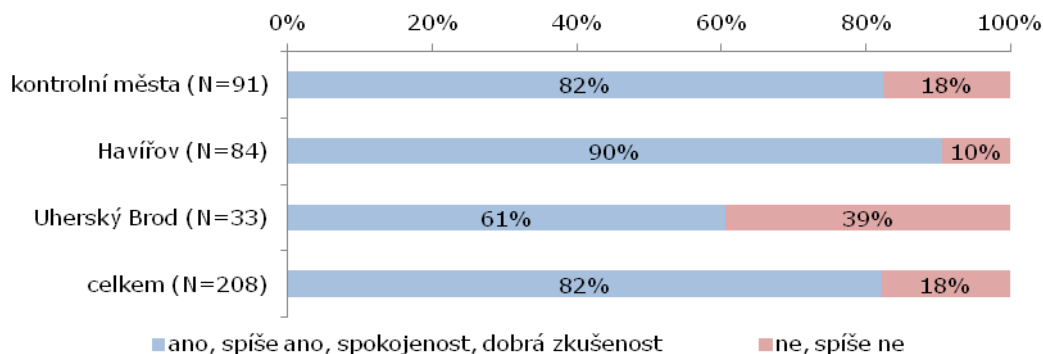


¹⁰⁴ Otázka č. 44 dotazníku „Jak byste celkově zhodnotil/a ucelenost nabídky všech těchto, ve Vašem městě nebo v jeho okolí působících, služeb (zda se dobře doplňují, zda určité služby postrádáte nebo je k nim obtížný přístup apod.)?“

Tabulka č. 32 - Výroky neobsahující jasné zhodnocení ucelenosti sítě služeb

hodnocení ucelenosti nabídky jako "průměrné", konstatování možnosti dalšího zlepšení situace
omezená kapacita - domov pro seniory, chráněné bydlení, domov pro osoby se zdravotním postižením
obtížný přístup, bariéry
neexistence nebo malý počet služeb - poradenské služby, poradny, kde se pečující dozvědí vše uceleně a vyberou si dle potřeb, jedna instituce, kde by bylo možné najít vše potřebné, služby na podporu pečujících, podpůrné skupiny, psycholog nebo různé kurzy pro pečující, služba, která by pečující naučila lépe zvládat péči nebo praktickou stránku péče o tělesnou schránku příjemce péče, dostupná 24 hodinová péče, domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením, pobytové služby pro osoby s nízkým příjmem
nedostatečné vybavené - chráněné bydlení (chybí např. sušička)
nedostatek financí, nedostupnost některých služeb kvůli finanční nákladnosti, bez pomoci rodiny nelze služby uhradit, vyřízení dávek trvá dlouho a nepostačují
komplexní nabídka služeb je ve větších městech, jinak služby omezené
krátkodobé poskytování služeb, omezení dostupnosti služby na určité časy (např. pečovatelská služba - jen v pracovní dny v průběhu pracovní doby, nikoliv večer a o víkendech nebo svátcích)
chybějí blíže nespecifikované služby - pečující "postrádá určité služby", existující služby "nejsou vhodné", mají určité jednostranné zaměření ("všechno jedním směrem") nebo na určitou cílovou skupinu ("vše je zaměřené na seniory")
Pečující postrádá blíže neupřesněné služby pro určitou cílovou skupinu (pro osoby s poškozením pro mozku, děti a dospívající, případně obecně „nabízené jsou služby pro jinou věkovou kategorii a diagnózu“)
dlouhá čekací doba u pobytové služby
malý počet pečovatelek v pečovatelské službě
neznalost nabízených služeb, nedostupnost informací (pečující např. využívá internet, který mu ale někdy nepomůže najít, co potřebuje, žádné další možnosti nezná), obtížná možnost orientace v existujících službách, "hodně informací na hodně místech"
špatná komunikace mezi úřady
nedůvěra ("řekla bych, že realita je docela jiná než poutavá reklama"), přesvědčení o tom, že v regionu jsou důležité hlavně osobní známosti ("je to malé město a všichni se znají"), vlastní negativní zkušenost ("pracovala jsem tam a vím, jak to chodí")
poukázání na lišící se kvalitu služeb
konstatování úplné neexistence jakýchkoli služeb ("u nás nic není", "není tu co hodnotit")

Při srovnání hodnocení ucelenosti nabídky služeb v jednotlivých městech již byla věnována pozornost pouze respondentům, kteří se ve své odpovědi vyjádřili k celkové situaci v regionu (zhodnotili ji). V Havířově a kontrolních městech byl podíl respondentů hodnotících nabídku jako ucelenou nebo uvádějící dobrou zkušenost se službami srovnatelný (v Havířově 90 %, v kontrolních městech 82 % z dotázaných, kteří uvedli celkové zhodnocení situace v regionu). V Uherském Brodě byl podíl respondentů spokojených s nabídkou podstatně nižší (61 %).

Graf č. 56 – Podíl respondentů hodnotících ucelenost nabídky služeb v regionu příznivě z celkového počtu respondentů uvádějících celkové zhodnocení – pilotní a kontrolní města

Přibližně dvě pětiny dotázaných (58 %) hodnotily **dostupnost služeb v regionu**¹⁰⁵ jako dobrou, dostačující, uspokojivou nebo s ní byly spokojeny. Pouze minimum respondentů (1 %) uvádějících příznivé hodnocení dostupnosti služeb přitom ke svému výroku uvedlo v doplňujícím komentáři určitou výhradu.¹⁰⁶ Dostupnost negativně hodnotily 4 % dotázaných, přičemž tři dotázaní (1 % z celkového počtu dotázaných) toto své hodnocení doplnili také o konkrétní výhradu.¹⁰⁷ Dalších 12 % dotázaných uvedlo některé z těchto hodnocení dostupnosti nebo komentářů vztahujících se k dostupnosti sociálních služeb:

- neexistence, naprostý nedostatek služeb ("je tu asi jen jedna služba", "nic tu není"),
- všechny služby jsou až v obci s rozšířenou působností,
- většinu věcí lze vyřídit na obecním úřadě, ale za lékaři a dalšími úřady nutné jezdit autem do obce s rozšířenou působností,
- z vesnice je do města daleko, bez auta je to problém, pečující je stále doma s příjemcem péče,
- dostupnost služeb ztěžuje špatné dopravní spojení nebo terénní profil regionu,
- chybějí bezbariérové přístupy, bariérovost,
- neurčité zhodnocení dostupnosti ("průměr", "jde to", "přizpůsobím se", "využívám, co je dostupné, o jiné se nezajímám"),
- omezené možnosti sociálních služeb,
- kritické vnímání kvality ("pomoc od nich už nechci") a finanční nákladnosti využívání služeb ("když máte dost peněz, je to znát")
- chybějící provázanost, návaznost nebo koordinace mezi službami ("Vážne koordinace při změnách potřeb klienta. Každá služba se zaměřuje jen na svoje sjednané úkony. Sama nenabídne řešení, musí si to zjistit a zajistit pečující osoba sama."), poskytování pouze dílčích informací,
- neucelenost, roztržitost,
- nedostatek informací, neucelené informace, „téměř nic o službách nevím, nevím, kam se mám obrátit“, „kromě lékaře nevím, kam se obrátit“,
- omezená pracovní doba nebo úřední hodiny,
- dlouhý příjezdový čas pečovatelky z domácí péče,
- dlouhé čekací doby u pobytové služby,
- potíže při shánění sanitky např. pro návštěvu zubaře a
- byrokracie, náročná administrativa.

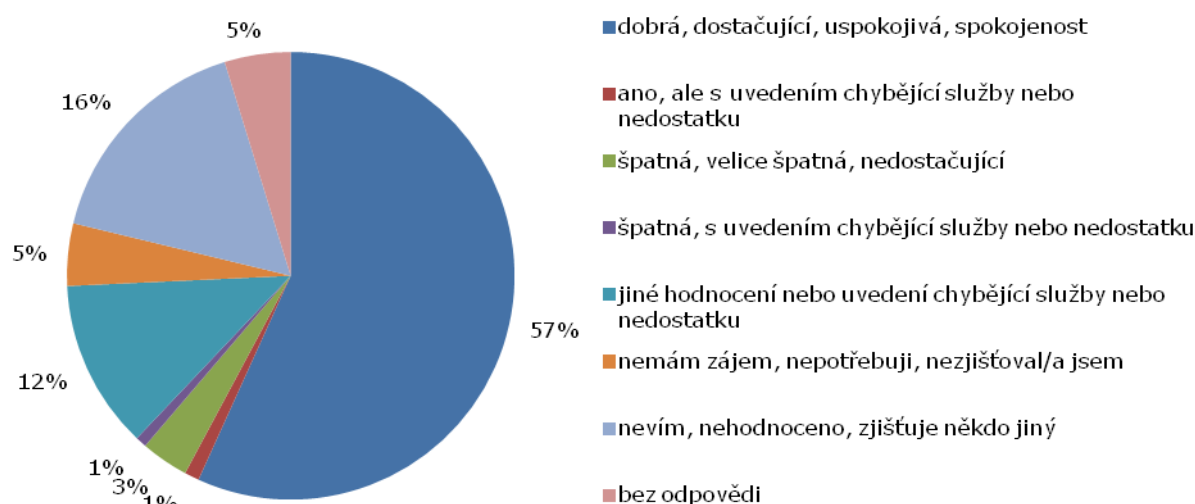
Čtvrtina dotázaných se k otázce nevyjádřila nebo uvedla odpovědi „nevím“, „nezajímám se“, „nepotřebuji“ apod.

¹⁰⁵ Otázka č. 45 dotazníku „Jak byste celkově zhodnotil/a dostupnost služeb působících ve Vašem městě a v jeho okolí, na které se můžete obrátit, pokud potřebujete radu, podporu nebo pomoc týkající se poskytování péče (např. otevírací dobu, dopravní spojení, bariéry apod.)?“

¹⁰⁶ Respondenti uváděli následující komentáře: „dostupné pro pečující, nedostupné pro osoby na vozíku“, „nejezdí vždy bezbariérový autobus, který je třeba“, některé přístupy jsou stále bariérové, pečující by uvítal rozšíření nabídky kompenzačních pomůcek.

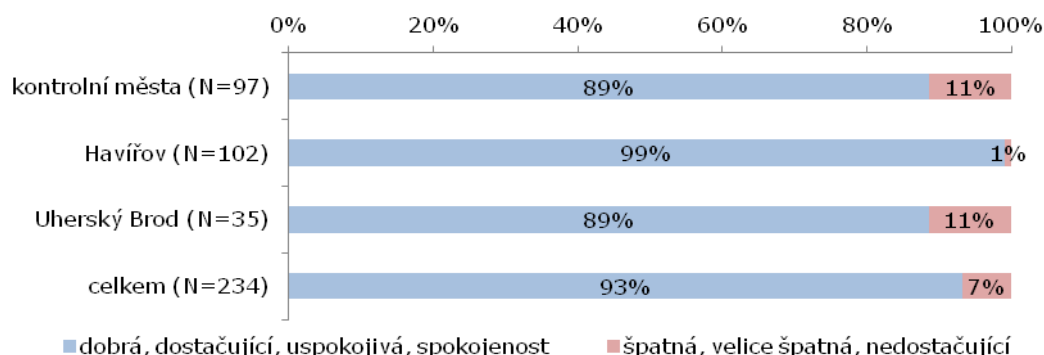
¹⁰⁷ Vysoká bariérovost, byrokracie a skutečnost, že služby jsou daleko, jen ve městě.

Graf č. 57 - Hodnocení dostupnosti služeb v regionu



Ve všech sledovaných městech jednoznačně mezi respondenty, kteří celkově zhodnotili dostupnost služeb v regionu, převažovali respondenti vnímající dostupnost jako dobrou. V kontrolních městech a Uherském Brodě se jednalo o devět z deseti dotázaných, v Havířově o téměř všechny dotázané.

Graf č. 58 – Podíl respondentů spokojených s dostupností služeb v regionu z celkového počtu respondentů uvádějících celkové zhodnocení – pilotní a kontrolní města



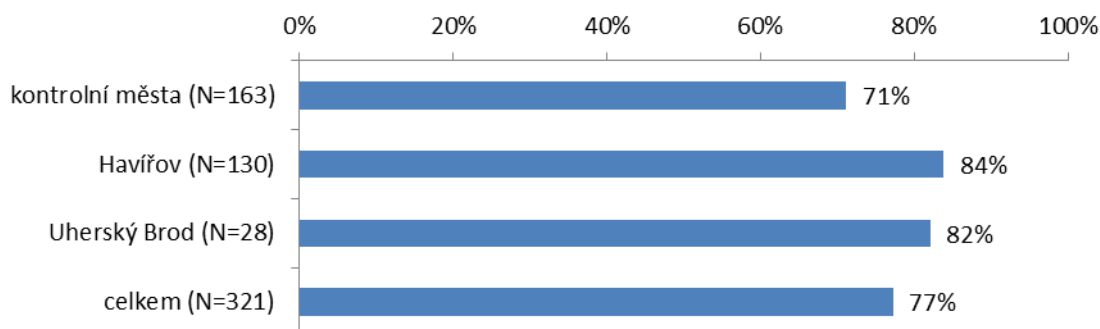
Přibližně pětina (22 %) dotázaných měla **zkušenost s tím, že kvůli určité překážce nemohla využít služby, které využít chtěla**.¹⁰⁸ Téměř polovina dotázaných (44 %) takovou zkušenost neměla a přibližně třetina dotázaných (34 %) uvedla, že se jich tato situace netýká, nebo otázku neodpověděli.

Při srovnání situace v jednotlivých městech byl nejprve porovnán podíl respondentů, kteří uvedli hodnotící stanoviska (tj. odpovědi „opakovaně“, „jednou“ a „nikdy“) ze všech respondentů uvádějících platnou odpověď (kromě výše uvedených možností odpovědi také odpověď „netýká se (např. z důvodu nezájmu o využití takových služeb apod.)“ a až následně byl porovnán podíl jednotlivých odpovědí uváděných respondenty, pro které byla příslušná otázka relevantní. Podíl respondentů, pro které byla otázka týkající se jejich zkušeností s překážkami bránícími ve využívání služeb, se ve sledovaných městech pohyboval od více než dvou třetin do více než čtyř pětin. V kontrolních městech a

¹⁰⁸ Otázka č. 46 dotazníku „Stalo se Vám někdy během doby, po kterou poskytujete péči v současném rozsahu, že jste kvůli nějaké překážce nemohl/a využít služby nebo formy podpory či pomoci, které jste využít chtěl/a? Pokud ano, uveďte, prosím, největší překážky (nejvýše tři).“

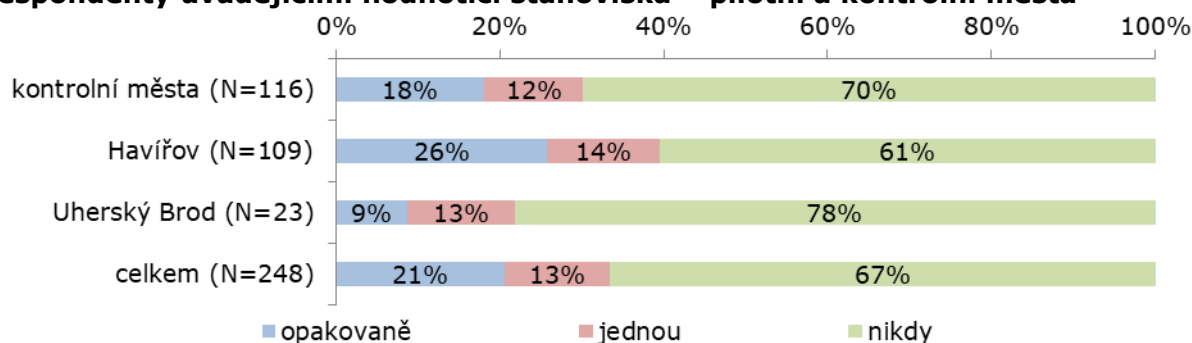
Havířově byl získán dostatečný počet odpovědí i pro další srovnání, u odpovědí získaných v Uherském Brodě je potřeba zohlednit poměrně malý počet hodnocených odpovědí.

Graf č. 59 - Relevance otázky týkající se zkušeností s překážkami bránícími ve využívání služeb pro respondenty – pilotní a kontrolní města



Z celkového počtu respondentů, pro které byla relevantní otázka týkající se případných překážek při využívání služeb, jich takové překážky zaznamenala třetina, z toho pětina opakovaně a 13 % jednou. V kontrolních městech byly v tomto ohledu zaznamenány v podstatě shodné podíly těchto odpovědí. Podíl respondentů, kteří při využívání služeb zaznamenali nějaké překážky, byl největší v Havířově (26 % dotázaných je zažilo opakovaně a 14 % jednou) a nejnižší v Uherském Brodě (opakovanou zkušenost s překážkami mělo 9 % dotázaných, jednorázovou 13 %).

Graf č. 60 - Zkušenost s překážkami bránícími ve využívání služeb mezi respondenty uvádějícími hodnotící stanoviska – pilotní a kontrolní města



Jako důvody, které k této situaci vedly (tj. překážky, které zabránily ve využití služby nebo služeb), respondenti uvedli tyto skutečnosti:

- nedostupnost služeb v okolí bydliště, bydliště v odlehlé lokalitě se špatnou dostupností, špatná dopravní dostupnost (ta je případně ještě ztížena v případě nepříznivého počasí),
- technické bariéry,
- roztříštěné, neucelené, nejednotné, špatné informace, nedostatečná informovanost,
- nedostatečná kapacita služby (služby obecně, domov pro seniory, pečovatelská služba, respitní péče), malý počet pečovatelek,
- nemožnost zastoupení pečující osoby při hlídání nemocné osoby,
- dlouhá čekací doba u pobytové služby,
- otevírací doba (omezená, případně kryjící se s pracovní dobou pečující osoby),
- finanční prostředky, nedostatek finančních prostředků, nákladnost služeb (v jednom případě uvedeno, že tato překážka byla vyřešena přiznáním příspěvku na péči),
- chování personálu,

- žádná ze služeb nezajistila aplikaci inzulínu, musela docházet sousedka a známá,
- zdravotní stav příjemce péče, odmítnutí hospitalizace
- agresivní chování příjemce péče,
- službu nebylo možné zařídit v přítomnosti příjemce péče,
- byrokracie, zdoluhavost nebo složitost vyřizování žádostí o službu (odrazující), časová vytíženost, časové důvody,
- neřešitelná situace v důsledku toho, že příjemce péče má občanství na Slovensku - v regionu přitom není žádná služba ochotná poskytnout pomoc a pečující nechtějí příjemce péče umístit v zařízení daleko od domova a
- fluktuace pracovníků úřadů (pečující pokaždé jednal s někým jiným, nemohl se dovolat...).

Shrnutí VIII: Stěžejní poznatky o nabídce služeb pro pečující a jejich rodiny

Typy služeb poskytovaných v místě bydliště

Podle největšího počtu dotázaných byly v okolí místa bydliště provozovány ambulantní zdravotnická zařízení (tuto možnost odpovědi uvedlo 80 % dotázaných). Dvě třetiny dotázaných (68 %) uváděly, že v okolí místa jejich bydliště jsou poskytovány terénní sociální služby. Zhruba dvě pětiny dotázaných pak uvedly, že v okolí místa jejich bydliště jsou provozována pobytová zdravotnická zařízení a jsou poskytovány pobytové sociální služby a terénní zdravotnické služby. Podle necelé poloviny dotázaných byly v okolí místa bydliště poskytovány ambulantní sociální služby.

Služby pro pečující osoby a pro rodiny pečujících uvedlo pouze minimum dotázaných (1-2 %), 4 % dotázaných uvedla, že v místě jejich bydliště a jeho okolí nejsou poskytovány žádné služby, které by poskytovaly podporu a pomoc pečujícím osobám.

V hodnocení místní dostupnosti zdravotních a sociálních služeb (všech tří forem poskytování v případě každé z těchto skupin služeb) byly mezi sledovanými městy zaznamenány velmi výrazné rozdíly. Nejvyšší podíly respondentů, podle nichž byly tyto služby v místě bydliště poskytovány, byly zaznamenány v Havířově, kde se u šesti hlavních skupin sledovaných služeb podíl těchto respondentů pohyboval od 70 do 90 % (průměrná hodnota z procentních podílů těchto osob u všech šesti sledovaných typů služeb byla 78 %). Nenížší byly podíly těchto respondentů v Uherském Brodě (u šesti stěžejních skupin služeb se tento podíl pohyboval od 9 do 82 %, průměr pro všech těchto šest skupin služeb 42 %). V kontrolních městech se podíly těchto respondentů pohybovaly od 38 do 81 % (průměr 57 %).

Hodnocení počtu dostupných služeb

Téměř dvě třetiny dotázaných (63 %) hodnotily počet v regionu dostupných služeb příznivě (tj. hodnotily je jako „dostatečný“, „asi dostatečný“ nebo obdobným výrokem). Pouze malý počet respondentů (2 %) uvádějících příznivé hodnocení počtu služeb přitom uvedl ke svému výroku v doplňujícím komentáři určitou výhradu. Jedna šestina dotázaných (17 %) hodnotila počet dostupných negativně, přičemž čtyři dotázaní (1 % z celkového počtu dotázaných) toto své hodnocení doplnili také o konkrétní výhradu. Další tři procenta dotázaných pak počet služeb v regionu celkově nehodnotila (nebo je hodnotila značně neurčitě) a uvedla pouze služby, jež postrádají. Jedna šestina dotázaných se k otázce nevyjádřila nebo uvedla odpovědi „nevím“, „nezajímám se“, „nepotřebuji“ apod.

Z respondentů, kteří ve své odpovědi zhodnotili počet služeb dostupných v regionu, jich nejvíce (90 %) hodnotilo situaci příznivě v Havířově, nejméně jich hodnotilo situaci příznivě v Uherském Brodě (64 %). V kontrolních městech příznivě situaci hodnotily tři čtvrtiny dotázaných, kteří uvedli celkové zhodnocení situace v regionu.

Ucelenost nabídky služeb

Téměř polovina dotázaných (45 %) vnímala nabídku služeb jako ucelenou nebo spíše ucelenou, respektive s ní byla spokojena nebo měla dobrou zkušenost. Kriticky se k této otázce vyjádřila desetina dotázaných a 15 % dotázaných uvádělo při hodnocení ucelenosti nabídky služeb v regionu jiné hodnocení nebo komentář. Téměř třetina dotázaných otázku neodpověděla nebo uvedla, že ji nedokáže posoudit.

Z respondentů, kteří ve své odpovědi zhodnotili ucelenost nabídky služeb, byl podíl respondentů hodnotících nabídku jako ucelenou nebo uvádějící dobrou zkušenost se službami vyšší v Havířově a kontrolních městech, kde byl v zásadě srovnatelný (v Havířově 90 %, v kontrolních městech 82 % z dotázaných, kteří uvedli celkové zhodnocení situace v regionu). V Uherském Brodě byl podíl respondentů spokojených s nabídkou podstatně nižší (61 %).

Dostupnost služeb v regionu

Přibližně dvě pětiny dotázaných (58 %) hodnotily dostupnost služeb v regionu jako dobrou, dostačující, uspokojivou nebo s ní byly spokojeny. Pouze minimum respondentů (1 %) uvádějících příznivé hodnocení dostupnosti služeb přitom ke svému výroku uvedlo v doplňujícím komentáři určitou výhradu. Dostupnost negativně hodnotily 4 % dotázaných, přičemž tři dotázaní (1 % z celkového počtu dotázaných) toto své hodnocení doplnili také o konkrétní výhradu. Dalších 12 % dotázaných uvedlo některé jiné hodnocení dostupnosti nebo komentář vztahujících se k dostupnosti sociálních služeb. Čtvrtina dotázaných se k otázce nevyjádřila nebo uvedla odpovědi „nevím“, „nezajímám se“, „nepotřebuji“ apod.

Ve všech sledovaných městech jednoznačně mezi respondenty, kteří celkově zhodnotili dostupnost služeb v regionu, převažovali respondenti vnímající dostupnost jako dobrou. V kontrolních městech a Uherském Brodě se jednalo o devět z deseti dotázaných, v Havířově o téměř všechny dotázané.

Překážky bránící využití služeb

Přibližně pětina (22 %) dotázaných měla zkušenost s tím, že kvůli určité překážce nemohla využít služby, které využít chtěla. Téměř polovina dotázaných (44 %) takovou zkušenost neměla a přibližně třetina dotázaných (34 %) uvedla, že se jich tato situace netýká, nebo otázku neodpověděli.

Překážky, které zabránily ve využití služby nebo služeb, souvisely zejména s nedostupností služeb, špatnou dopravní dostupností, jejich kapacitou, časovými dispozicemi pro jejich užívání, ale i přístupem personálu příslušného zařízení nebo přístupem příjemce péče k využívání těchto služeb.

Z celkového počtu respondentů, pro které byla relevantní otázka týkající se případných překážek při využívání služeb, jich takové překážky zaznamenala třetina, z toho pětina opakovaně a 13 % jednou. V kontrolních městech byly v tomto ohledu zaznamenány v podstatě shodné podíly těchto odpovědí. Podíl respondentů, kteří při využívání služeb zaznamenali nějaké překážky, byl největší v Havířově (26 % dotázaných je zažilo opakovaně a 14 % jednou) a nejnižší v Uherském Brodě (opakovanou zkušenost s překážkami mělo 9 % dotázaných, jednorázovou 13 %). V kontrolních městech a Havířově byl pro potřeby tohoto vyhodnocení získán dostatečný počet odpovědí, u odpovědí získaných v Uherském Brodě je ale potřeba zohlednit poměrně malý počet hodnocených odpovědí.

3. Shrnutí hlavních zjištění

Z provedeného vyhodnocení základních charakteristik o dotázaných pečujících osobách, příjemcích péče a poskytované péči vyplynulo, že řada těchto charakteristik je ve sledovaných městech zcela nebo do značné míry srovnatelná, a to i přes množství, v některých případech i velmi výrazných odlišností u některých dalších sledovaných parametrů.

Zároveň velká část zaznamenaných odlišností do značné míry odrážela specifické charakteristiky sledovaných pilotních a kontrolních měst, např. podíl obyvatel, kteří žijí v centru správního obvodu, případně další odlišnosti regionů v sociodemografické struktuře jejich obyvatel nebo lišící se sociální a ekonomický profil vybraných regionů. Sledovaná pilotní a kontrolní města tak z hlediska takovýchto charakteristik reprezentovala odlišné modelové typy správních obvodů obcí s rozšířenou působností.

A také přirozeně již proto, že byl sledován velmi široký okruh základních popisných charakteristik, nelze očekávat výraznou shodu ve všech sledovaných parametrech. Při vyhodnocení některých odpovědí týkajících se toho, jak péči a podmínky pro její poskytování respondenti hodnotí, proto byly v provedené analýze u velké části otázek údaje sledovány zvláště za kontrolní města a za obě pilotní města. Vzájemné srovnání situace ve sledovaných městech ale nebylo účelné u všech sledovaných otázek a u tzv. otevřených otázek proto nebylo provedeno. V případě těchto otázek byla pozornost věnována pouze souhrnným údajům získaným v celém sledovaném souboru. I odpovědi na tyto otázky přirozeně mohou v jednotlivých sledovaných regionech vykazovat větší či menší odlišnosti. U těchto otázek ale nebylo cílem zmapování situace v jednotlivých regionech, ale spíše získání základní přehledové informace o stanoviskách dotázaných pečujících osob k vybraným otázkám.

Vzhledem k velmi širokému okruhu zjišťovaných a shromážděných poznatků je ale navzdory existenci odlišností mezi sledovanými regiony v některých otázkách v tomto závěrečném shrnutí věnována pozornost již pouze vybraným nejdůležitějším poznatkům za celý zkoumaný soubor dotázaných pečujících osob. Charakteristiku konkrétní situace ve sledovaných městech lze u řady sledovaných poznatků nalézt v textu jednotlivých tematických kapitol a v jednotlivých tematických shrnutích na konci každé z těchto kapitol.

Z provedené analýzy výchozí situace pečujících osoby vyplynula zejména tato stěžejní zjištění:

- Celkem tři pětiny dotázaných poskytovaly péči dva roky nebo déle, více než dvě pětiny dotázaných ji poskytovaly déle než dva roky ve stávajícím rozsahu.
- Nejvíce, přibližně dvě pětiny dotázaných pečujících osob, bylo ve věku 45-59 let, velmi výrazný (více než čtvrtinový) byl také podíl dotázaných pečujících osob věku 60-69 a významná byla i skupina dotázaných pečujících osob ve věku 70 let nebo starších (16 %). Tři čtvrtiny (76 %) dotázaných pečujících osob reprezentovaly ženy.
- Polovina všech dotázaných (49 %) měla příjem z výdělečné činnosti. Podíl osob s příjmy z výdělečné činnosti, ze starobního důchodu a z příspěvku na péči byl v celém zkoumaném vzorku zcela srovnatelný (příspěvek na péči pobíralo 47 a starobní důchod 46 % dotázaných).
- Dvě třetiny (66 %) dotázaných uvedly, že alespoň jedna osoba, která byla příjemcem péče, byla členem jejich domácnosti. Polovina (49 %) dotázaných žila ve dvoučlenné domácnosti, čtvrtina (24 %) v tříčlenných domácnostech; Nejčastějším typem domácnosti byly domácnosti tvořené manželskými nebo partnerskými páry (40 %). Druhým nejčastějším uspořádáním (18 %) byly domácnosti tvořené manželským (partnerským) párem s dítětem nebo dětmi.
- Ze všech 377 dotázaných jich 95 % poskytovalo péči jedné osobě a 5 % dvěma osobám. Více než dvěma osobám péči neposkytoval žádný dotázaný.

- Přibližně třetina (36 %) osob, jimž byla poskytována péče, byli muži.
- Přibližně dvě pětiny osob v péči dotázaných (39 %) byly ve věku 80-89 let, další zhruba čtvrtina příjemců (24 %) péče byla ve věku 70-79 let. Ve věku 60-69 let bylo 14 % příjemců péče. Desetina z celkového počtu osob v péči dotázaných byla ve věku 90 a více let a 13 % jich bylo mladších 60 let.
- Ze všech osob v péči dotázaných jich přibližně čtvrtina měla přiznaný příspěvek na péči ve druhém stupni, další čtvrtině těchto osob byl přiznán příspěvek na péči ve třetím stupni a další necelou čtvrtinu osob v péči dotázaných reprezentovaly osoby bez příspěvku na péči. Příspěvek na péči v prvním stupni mělo přiznaných 16 a příspěvek ve čtvrtém stupni 10 % osob v péči dotázaných.
- Nejčastějšími uváděnými typy zdravotního omezení byly tělesné postižení a závislost na péči z důvodu věku (obojí 34 %). Dalšími často uváděnými zdravotními omezeními byla vnitřní onemocnění (24 %), demence (23 %) a duševní onemocnění, poškození CNS v důsledku mozkové příhody apod. (22 %). Zhruba u desetiny osob v péči dotázaných byly zaznamenány tyto typy zdravotních omezení: sluchové postižení (11 %), zrakové postižení a mentální postižení (obojí 10 %).
- U tří pětín osob, kterým byla poskytována péče, zvolili respondenti z předložených možností zdravotního omezení pouze jednu, u další přibližně čtvrtiny dotázaných byly ze seznamu vybrány dvě možnosti a ve zbylé pětině případů z předloženého seznamu respondenti vybrali tři nebo více typů zdravotního omezení.
- Nejčastěji péči příjemcům péče poskytovaly dcery (ty poskytovaly péči 40 % příjemců péče). Jedné pětině příjemců péče (21 %) ji poskytoval/a manžel/ka (partner/ka). U 14 % příjemců péče se jednalo o syny a u 6 % příjemců péče o matky.
- Polovina dotázaných uvedla, že na poskytování péče příjemci (příjemcům) péče se podílí jedna další osoba. Další dvě osoby se na péči podílely v jedné třetině případů a téměř desetina (9 %) dotázaných uvedla, že na péči se společně s dotázaným podílejí tři nebo čtyři osoby. Stejný (9%) podíl osob uvedl, že na poskytování péče příjemci (příjemcům) péče se kromě dotázaného nikdo další nepodílí.
- Z celkového počtu osob, které se podílely na poskytování péče (tj. počet respondentů i všech jimi uvedených dalších osob podílejících se na poskytování péče), reprezentovali respondenti v průměru dvě pětiny.
- Nejčastěji se na poskytování péče příjemcům péče podíleli manželé či partneři (tuto možnost uvedlo 34 % dotázaných), vlastní děti a profesionální pečovatelé (každou z těchto možností uvedlo 33 % dotázaných). Významně se na poskytování péče podíleli také sourozenci (18 %).
- Přibližně z poloviny (40-59 %) se na péči podílelo 20 % dotázaných, nižší podíl na péči (méně než ze dvou pětín) byl zaznamenán u 14 % respondentů. Celkem 14 % respondentů poskytovalo větší část péče, ale stále ještě mělo významnou podporu dalších osob (tj. péče byla těmito osobami poskytována z více než poloviny, ale méně než ze tří čtvrtin). Další pětina respondentů (20 %) se do péče zapojovala již rozhodující měrou (ze tří čtvrtin nebo více, ale méně než z 90 %). Téměř naprosto sama péči obstarávala (90-99 % podíl na péči) další pětina respondentů (20 %). Výhradně o osobu (osoby) v péči pečovalo 13 % dotázaných.
- Přibližně polovina dotázaných (48 %) odhadovala, že se poskytování péče věnuje méně než 40 hodin týdně (tj. méně než přibližně čtvrtinu z veškerého času, který je během týdne k dispozici). Další přibližně čtvrtina dotázaných uvedla, že se péči věnují 40-79 hodin týdně, tj. péče jim z celého týdne zabírá čtvrtinu či více, ale méně než polovinu z celkového počtu hodin v jednom týdnu. Poskytování péče v rozsahu 80 či více, ale méně než 100 hodin týdně uvedlo 8 % dotázaných. Celkem 17 % dotázaných pak buďto uvedlo, že péči poskytují více než 100 hodin týdně nebo uvedlo slovní odpovědi či jiná početní vyjádření toho, že poskytují nepřetržitou péči.

- Podle čtyř pětín dotázaných se na poskytování péče podíleli pracovníci sociálních nebo zdravotních služeb, popřípadě dotázaní při poskytování péče využívali jimi zajišťované služby.
- Třetina dotázaných (32 %) využívala pouze zdravotní služby (terénní, ambulantní nebo pobytové), pětina dotázaných (19 %) sociální služby (opět v kterékoli z uvedených forem) a čtvrtina (25 %) sociální a zdravotní služby zároveň (v kterékoli formě).
- Z předloženého seznamu činností týkajících se poskytování péče představovaly pouze *rehabilitace a cvičení* činnost s nižší důležitostí pro respondenty při poskytování péče (třetina dotázaných uvádějících platné odpovědi konstatovala, že se jich netýká). Naopak všechny ostatní činnosti zajišťované při poskytování péče uvedené v předloženém výčtu (tj. jmenovitě *pomoc při péči o domácnost, doprovázení osoby, doprava, jednání s úřady, návštěva lékaře apod., vyhledání a nákup různých služeb, hygienická péče, základní sebeobslužné úkony a zajištění kontaktu s okolím*) měly pro respondenty vysokou důležitost, kdy možnost, že se jich příslušná služba netýká, uvedla nejvýše desetina dotázaných.
- U šesti z osmi v této otázce sledovaných činností konstatovala větší část dotázaných vysokou frekvenci jejich poskytování (uvedli odpověď „velmi často“ nebo „často“). Nejčastěji vykonávanou aktivitou byla *pomoc při péči o domácnost*. Tu „velmi často“ nebo „často“ poskytovalo 84 % dotázaných. Následovaly *základní sebeobslužné úkony* (70 %) a *hygienická péče* (68 %).
- U všech sedmi sledovaných činností (u této a následujících otázek bylo na rozdíl od té předchozí hodnoceno pouze sedm činností) se podíl respondentů, podle nichž se do vykonávání činnosti další osoby zapojovaly výrazně (tj. byly uvedeny odpovědi „ano, velmi často“ nebo „ano, často“), pohyboval v rozmezí 24 – 35 % a lze tedy říci, že u všech srovnávaných činností byl srovnatelný podíl respondentů, kterým s výkonem příslušné činnosti pomáhal někdo další často nebo velmi často.
- Možnosti uspokojení potřeb příjemců péče související s vykonáváním jednotlivých činností hodnotili respondenti převážně pozitivně (u *rehabilitace cvičení* téměř dvě třetiny dotázaných, u ostatních sledovaných činností 89 - 94 % respondentů).
- Podíl respondentů poukazujících na výrazné překážky se pohyboval od jedné šestiny respondentů uvádějících hodnotící stanoviska (v případě *rehabilitace nebo cvičení, pomoci při péči o domácnost a vyhledání a u nákupu různých služeb*) až po více než čtvrtinu (*doprovázení osoby nebo doprava a jednání s úřady nebo návštěva lékaře*). Celkově je tedy možné konstatovat, že při výkonu všech hodnocených činností se podstatná část dotázaných (72 - 84 %) nezaznamenala žádné překážky nebo se setkávala s překážkami, které nebyly vnímány jako příliš zásadní.
- U všech sledovaných činností byly podmínky pro vykonávání jednotlivých činností hodnoceny příznivě převážnou většinou dotázaných, kdy u všech sedmi sledovaných činností byla zhruba podle čtyř pětín (76 - 86 %) podpora, která byla respondentům při jejich vykonávání poskytována, hodnocena jako dostatečná. K činnostem s nižším podílem respondentů vyjadřujících příznivé hodnocení patřily *doprovázení osoby nebo doprava, jednání s úřady nebo návštěva lékaře a rehabilitace nebo cvičení*.
- Téměř tři čtvrtiny (73 %) dotázaných pečujících osob považovaly svůj vlastní zdravotní stav za „velmi dobrý“ nebo „spíše dobrý“. Nepříznivé hodnocení vlastního zdravotního stavu uvedla přibližně čtvrtina dotázaných (27 %), z toho 3 % dotázaných jej hodnotila jako „velmi špatný“.
- Možnost věnovat se péči o sebe měla (spíše nebo určitě) v uplynulém týdnu polovina (53 %) dotázaných. Dvě pětiny dotázaných (38 %) tuto možnost v uplynulém týdnu spíše neměly a 9 % jich uvedlo, že jí neměly určitě.
- Přibližně polovina (50 %) dotázaných pečujících osob měla dostatek času na odpočinek (tj. u otázky týkající se tohoto aspektu uvedla odpověď „určitě ano“ nebo „spíše ano“). Přibližně dvěma pětinám dotázaných (39 %) se čas na odpočinek spíše nedostával a 11 % jich uvedlo, že se jim čas na odpočinek určitě nedostává.

- Dvě pětiny (61 %) dotázaných pečujících osob pociťovaly v uplynulém týdnu zvýšený stres, úzkost, nervozitu nebo nějaké obdobné příznaky. Přičemž podíl respondentů, kteří uvedli, že takové příznaky pociťovali určitě, byl jen mírně nižší (celkem tuto možnost uvedlo 28 % dotázaných) než podíl respondentů uvádějících, že je pociťovali spíše (33 %). Podíl respondentů, kteří tyto příznaky během uplynulého týdne spíše nepociťovali, byl 32 % a podíl respondentů, kteří je nepociťovali určitě 7 %.
- Naprostá většina (93 %) dotázaných vnímala vztahy ke členům své rodiny jako „velmi dobré“ nebo „spíše dobré“. Negativně je hodnotilo 7 % dotázaných, přičemž méně 1 % dotázaných je vnímalo jako „velmi špatné“.
- Největší počet dotázaných vnímal jako nejdůležitější atributy týkající se poskytování péče trpělivost a ochotu (21 %), obětavost, lásku, případně soucit (18 %) a časové nároky, omezení nebo nedostatek času (15 %).
- Respondenti měli za to, že příjemci péče na poskytované péči nejčastěji oceňují to, že mohou zůstat doma, ve svém prostředí. Některou z odpovědí zařazených do této širší kategorie uvedla pětina dotázaných (20 %). Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí byla trpělivost či obětavost (některý z pojmů v této kategorii uvedlo 16 % respondentů).
- Odpovědi respondentů na otázku, proč jako důležité vnímají právě skutečnosti uvedené v předchozí otázce, se týkaly těchto tří hlavních oblastí:
 - charakteristiky týkající se příjemce péče (povahové rysy, preference apod.),
 - důvodů vedoucích k rozhodnutí pro poskytování péče a
 - okolností, za kterých je péče poskytována a které ovlivňují její charakter.
- Předpoklady, které by podle respondentů mohly pomoci k tomu, aby mohli péči poskytovat v takovém rozsahu, v jakém si přejí, se týkaly čtyř základních okruhů:
 - situace pečující osoby, sociální situace, podmínky pro poskytování péče nebo informovanost pečující osoby,
 - potřeby, situace nebo přístup příjemce péče,
 - materiální a technické podmínky a
 - služby nebo nastavení sociálního systému.
- Pro respondenty byli při poskytování péče důležitou oporou poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb (např. pečovatelská služba, agentura domácí péče, denní stacionář, organizace zajišťující hospicovou péči, poradna, lékaři, další zdravotní personál, sociální pracovník aj.), různé instituce (Úřad práce, obecní úřad), blízké osoby (rodina, příbuzní, sousedé, kolegové). Kromě konkrétních osob nebo institucí respondenti uváděli také různé okolnosti a faktory, které jim pomáhají (např. vykonávání nějaké činnosti, procházky, masáže, sledování televize, poslech hudby, dobrý pocit, informace na internetu, znalosti a zkušenosti apod.).
- Překážky ztěžující respondentům poskytování péče i okolnosti pomáhající při poskytování péče bylo možné rozdělit do dvou hlavních skupin: péče nebo podmínky pro její poskytování (obecnější souvislosti) a okolnosti, které se přímo týkají pečující osoby nebo příjemce péče.
- Obecnější přání a preference, které jsou podle respondentů pro příjemce péče důležité a nejsou přitom přímo spojeny s poskytováním péče, bylo možné rozdělit do těchto pěti hlavních skupin:
 - vztah k pečující osobě a rodinným příslušníkům,
 - kontakt s širším prostředím, orientace v prostředí,
 - péče, služby, podmínky pro péči, cvičení, zdraví,
 - bydlení, zázemí, organizační záležitosti,
 - psychika a osobnost příjemce péče, různé hodnoty a preference.

- Okolnosti přispívající k naplnění obecnějších potřeb a splnění obecnějších přání příjemců péče, bylo možné, stejně jako tomu bylo i u překážek, jež tyto snahy ztěžují, rozdělit na tyto dvě hlavní skupiny:
 - obecnější předpoklady, charakteristika zázemí nebo okolnosti ovlivňující možnosti zajištění péče a
 - situace příjemce péče nebo pečující osoby.
- Nejčastějšími druhy služeb, které respondenti využívali, byly pečovatelská služba (27 % dotázaných), domácí zdravotní (ošetřovatelská) péče (9 %) a odlehčovací služby (7 %). Téměř desetina dotázaných buďto uvedla jméno konkrétní organizace nebo okruh využívaných služeb specifikovala jen velmi obecně (v prvním případě 5 % dotázaných, ve druhém 4 %).
- U využitých služeb respondenti nejčastěji oceňovali možnost odpočinku, ulehčení, možnost chodit do zaměstnání nebo obstarat různé osobní záležitosti. Některou z možností zařazených do této kategorie uvedlo 16 % dotázaných. Pouze nepatrně nižší (15 %) byl podíl respondentů, kteří uváděli jednotlivé konkrétní úkony nebo činnosti, které byly díky využitým službám zajištěny, nebo s jejichž zajištěním pečující pomohli pracovníci příslušných služeb. Desetina dotázaných poukázala na důležitost poskytování rad a pomoci obecně, na to, že jim služba pomáhá v péči každodenně, týká se řady různých oblastí apod. Shodně 7 % dotázaných považovalo za nejdůležitější to, že využití služby jim umožňuje zastoupení při péči v době, kdy nemohou být s příjemcem péče, nebo že služba má dobrou časovou dosažitelnost (mohou ji kdykoli telefonicky kontaktovat), a zajištění zdravotní péče nebo ošetřovatelských úkonů.
- Ze služeb, které by mohly respondentům při poskytování péče pomoci, respondenti nejčastěji (v 9 %) postrádali poradenské služby, informace a možnost získat informace na jednom místě. Osobní asistence, možnost využití služeb asistentů, případně stávající možnosti využívání těchto služeb představovaly druhý nejčastěji uváděný okruh chybějících služeb, respektive oblast, ve které respondenti vnímají určité rezervy. Odpovědi spadající do této kategorie uvedla 4 % dotázaných. Dalšími druhy chybějících služeb nebo oblastmi, v nichž respondenti spatřovali rezervy, byly praktické rady při poskytování péče, odlehčovací služby, pomoc a podpora poskytovaná pečující osobě a možnost zastoupení při péči nebo ulehčení od péče (bez uvedení druhu nebo okruhu služeb). Všechny tyto čtyři možnosti uvedla 3 % dotázaných.
- V případě potřeby získání informací se respondenti nejčastěji obraceli na profesionální pečovatele (34 %), dále pak na členy rodiny nebo blízké osoby (31 %) a nejmenší měrou (ve 12 %) si informace a rady zjišťovali od jiných osob. Těmi byli nejčastěji (ve 4 %) případů pracovníci obce nebo města, dále pak (ve 3 %) lékaři nebo zdravotní personál a (2 % dotázaných) sociální poradna nebo konkrétní organizace.
- Celkem 8 % dotázaných uvedlo, že sice poměrně dobře vědí, kam (nebo na koho) se mohou obrátit v případě, že by potřebovali zjistit informace potřebné při poskytování péče, ale zatím takovou pomoc nepotřebovali. Desetina dotázaných uvedla, že neví moc přesně, na koho se obrátit (ani kdo by jim mohl v takovém případě pomoci) a 2 % dotázaných konstatovala, že vůbec netuší, na koho by se v takové situaci mohli obrátit (ani kdo by jim mohl pomoci).
- Z osmi předložených výroků týkajících se zkušeností respondentů se zjišťováním informací zdaleka nejvíce respondenti souhlasili s výrokem, že „pro získání všech potřebných informací je nutné, dotazovat se na různých místech, nikde není k dispozici úplný přehled všech potřebných informací“
- Pro získání základních informací potřebných při poskytování péče třetina (33 %) dotázaných kontaktovala jedno z osmi v seznamu předložených typových pracovišť. Další necelá třetina (30 %) se kvůli tomu obrátila na dvě pracoviště a poslední třetina (34 %) na tři nebo více různých pracovišť. Na žádné z pracovišť uvedených v seznamu se neobrátila 3 % dotázaných.
- Respondenti se kvůli získání základních informací potřebných pro poskytování péče nejčastěji obraceli na ambulantní zdravotnická zařízení (55 % dotázaných) a

na Úřad práce (42 %). Třetina (34 %) dotázaných kontaktovala za tímto účelem organizace poskytující terénní sociální služby a necelá třetina (30 %) obecní úřad. Podíl pečujících osob, které kontaktovaly za účelem získání základních informací pro poskytování péče pobytová zdravotnická zařízení, terénní zdravotnické služby a organizace poskytující ambulantní sociální služby se pohyboval zhruba mezi 15 a 20 %. Necelá desetina (9 %) dotázaných v této věci kontaktovala organizace poskytující pobytové sociální služby.

- Podle největšího počtu dotázaných byly v okolí místa bydliště provozovány ambulantní zdravotnická zařízení (tuto možnost odpovědi uvedlo 80 % dotázaných). Dvě třetiny dotázaných (68 %) uváděly, že v okolí místa jejich bydliště jsou poskytovány terénní sociální služby. Zhruba dvě pětiny dotázaných pak uvedly, že v okolí místa jejich bydliště jsou provozována pobytová zdravotnická zařízení a jsou poskytovány pobytové sociální služby a terénní zdravotnické služby. Podle necelé poloviny dotázaných byly v okolí místa bydliště poskytovány ambulantní sociální služby.
- Služby pro pečující osoby a pro rodiny pečujících uvedlo pouze minimum dotázaných (1-2 %), 4 % dotázaných uvedla, že v místě jejich bydliště a jeho okolí nejsou poskytovány žádné služby, které by poskytovaly podporu a pomoc pečujícím osobám.
- Téměř dvě třetiny dotázaných (63 %) hodnotily počet v regionu dostupných služeb příznivě (tj. hodnotily jej jako „dostatečný“, „asi dostatečný“ nebo obdobným výrokem). Pouze malý počet respondentů (2 %) uvádějících příznivé hodnocení počtu služeb přitom uvedl ke svému výroku v doplňujícím komentáři určitou výhradu. Jedna šestina dotázaných (17 %) hodnotila počet dostupných negativně, přičemž čtyři dotázaní (1 % z celkového počtu dotázaných) toto své hodnocení doplnili také o konkrétní výhradu. Další tři procenta dotázaných pak počet služeb v regionu celkově nehodnotila (nebo jej hodnotila značně neurčitě) a uvedla pouze služby, jež postrádají. Jedna šestina dotázaných se k otázce nevyjádřila nebo uvedla odpovědi „nevím“, „nezajímám se“, „nepotřebuji“ apod.
- Téměř polovina dotázaných (45 %) vnímala nabídku služeb jako ucelenou nebo spíše ucelenou, respektive s ní byla spokojena nebo měla dobrou zkušenost. Kriticky se k této otázce vyjádřila desetina dotázaných a 15 % dotázaných uvádělo při hodnocení ucelenosti nabídky služeb v regionu jiné hodnocení nebo komentář. Téměř třetina dotázaných otázku neodpověděla nebo uvedla, že ji nedokáže posoudit.
- Přibližně dvě pětiny dotázaných (58 %) hodnotily dostupnost služeb v regionu jako dobrou, dostačující, uspokojivou nebo s ní byly spokojeny. Pouze minimum respondentů (1 %) uvádějících příznivé hodnocení dostupnosti služeb přitom ke svému výroku uvedlo v doplňujícím komentáři určitou výhradu. Dostupnost negativně hodnotily 4 % dotázaných, přičemž tři dotázaní (1 % z celkového počtu dotázaných) toto své hodnocení doplnili také o konkrétní výhradu. Dalších 12 % dotázaných uvedlo některé jiné hodnocení dostupnosti nebo komentář vztahujících se k dostupnosti sociálních služeb. Čtvrtina dotázaných se k otázce nevyjádřila nebo uvedla odpovědi „nevím“, „nezajímám se“, „nepotřebuji“ apod.
- Přibližně pětina (22 %) dotázaných měla zkušenost s tím, že kvůli určité překážce nemohla využít služby, které využít chtěla. Téměř polovina dotázaných (44 %) takovou zkušenost neměla a přibližně třetina dotázaných (34 %) uvedla, že se jich tato situace netýká, nebo otázku neodpověděli.
- Překážky, které zabránily ve využití služby nebo služeb, souvisely zejména s nedostupností služeb, špatnou dopravní dostupností, jejich kapacitou, časovými dispozicemi pro jejich užívání, ale i přístupem personálu příslušného zařízení nebo přístupem příjemce péče k využívání těchto služeb.
- Z celkového počtu respondentů, pro které byla relevantní otázka týkající se případných překážek při využívání služeb, jich takové překážky zaznamenala třetina, z toho pětina opakovaně a 13 % jednou.

Seznam příloh

Příloha 1: formulář dotazníku

Příloha 2: komentář k dotazníku

Příloha 1: formulář dotazníku

Registrační číslo projektu:	CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_024/0006253
Název projektu:	Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu
Název příjemce:	Česká asociace pečovatelské služby, zapsaný spolek

A. Údaje o pečující osobě a její domácnosti

1. Jak dlouho poskytujete péči osobě nebo osobám, které jsou na této péči závislé?

V prvním sloupci, prosím, zvolte možnost odpovídající celkové době, během které péči poskytujete (tj. od doby, kdy se pravidelně věnujete péči o další osobu nebo osoby nejméně tři hodiny týdně).

V případě, že se během celého Vámi uvedeného období nezměnil rozsah Vámi poskytované péče (tj. věnujete péči stále prakticky stejný počet hodin týdně, výrazně se nezměnil okruh činností zajišťovaných při poskytování péče, ani jiné důležité okolnosti, jako např. stupeň přiznaného příspěvku na péči, poskytování péče dalšími osobami, rozsah využívání a okruh využívaných zdravotních nebo sociálních služeb atd.), pokračujte otázkou 2.

V případě, že se za dobu, kdy poskytujete péči, rozsah péče změnil, uveďte, prosím, do druhého sloupce, jak dlouho péči poskytujete v současném rozsahu (ten budete moci blíže charakterizovat v některých dalších otázkách dotazníku).

	celková doba poskytování péče	doba poskytování péče ve stávajícím rozsahu
a) méně než jeden měsíc	()	()
b) méně než 3 měsíce	()	()
c) do 6 měsíců	()	()
d) méně než rok (6-11 měsíců)	()	()
e) méně než 2 roky	()	()
f) méně než 5 let	()	()
g) 5 let a více	()	()

2. Rok narození

.....

3. Pohlaví

() a) muž

() b) žena

4. Město / obec

[výběr z možností*]

* Viz komentář k dotazníku.

V případě uvedení možnosti jiné, odpověď, prosím, uveďte zde:

.....

5. Upřesnění místa bydliště

- ☐ a) přímo ve vybraném městě
- ☐ b) v okolí vybraného města (tj. v jiné části správního obvodu města jako obce s rozšířenou působností)

6. Místo, kde jste byl/a požádán nebo jste se dozvěděl/a o našem aktuálním zájmu o vyplnění dotazníku:

- ☐ a) obecní úřad (úřední deska, webová stránka, zpravodaj, inzerce, žádost nebo ústní sdělení pracovníka úřadu apod.)
- ☐ b) Úřad práce (informační tabule nebo kiosek, webová stránka, žádost nebo ústní sdělení zaměstnance apod.)
- ☐ c) žádost nebo ústní sdělení profesionálního pečovatele/ky, sociálního pracovníka či jiných odborníků na oblast péče, ošetrovatelství, rehabilitace apod.
- ☐ d) organizace poskytující sociální služby (nástěnka, webová stránka, žádost nebo ústní sdělení zaměstnance apod.)
- ☐ e) zdravotnické zařízení nebo organizace poskytující zdravotní služby (nástěnka, webová stránka, žádost nebo ústní sdělení zaměstnance apod.)
- ☐ f) někdo z rodiny
- ☐ g) jiné osoby nebo jiná místa, prosím uveďte:
.....

7. Nyní, prosím, v následujícím seznamu zaškrtněte všechny typy příjmů, které se podílejí na Vašem celkovém měsíčním příjmu:

- ☐ a) výdělečná činnost (zaměstnání, podnikání, OSVČ, jednatel)
- ☐ b) starobní důchod
- ☐ c) jiný důchod
- ☐ d) mateřská/rodičovská
- ☐ e) příspěvek na péči*
- ☐ f) další dávky státní sociální podpory nebo dávky hmotné nouze
- ☐ g) nemocenská
- ☐ h) jiný příjem

* Pozn.: Možnost „příspěvek na péči“ v tomto seznamu prosím zaškrtněte jak v případě, že jste Vy sám/sama osobou, které jej poskytuje Úřad práce, tak také v případě, kdy s tímto příspěvkem nebo s jeho podstatnou částí (tj. nejméně ¾ z celkové výše přiznané částky) zpravidla dále nakládáte Vy i přesto, že jej Úřad práce zasílá osobě nebo osobám, o které pečujete.

8. Je osoba, o kterou pečujete, (v případě, že pečujete o více osob, jedna nebo více těchto osob) členem Vaší domácnosti?

- ☐ a) ano
- ☐ b) ne

9. Vyjmenujte, prosím, osoby, které s Vámi žijí ve společné domácnosti (např. manžel, partnerka, matka, tchán, vnučka, jiný příbuzný, jiná než příbuzná osoba atd.; v případě že je členem Vaší domácnosti více osob z určité skupiny, uveďte prosím také jejich počet - 2 sestry apod.):

--

B. Údaje o osobě (osobách), které (kterým) je poskytována péče

10. Uveďte počet osob, kterým poskytujete péči (ať už sám/sama nebo ve spolupráci s někým dalším).

.....

11. V následující části tohoto dotazníku bychom Vás chtěli požádat o uvedení některých základních charakteristik osoby nebo osob, o které pečujete.

a) rok narození

osoba 1	osoba 2	další osoby (prosím vypište)
.....		

b) pohlaví

osoba 1		osoba 2		další osoby (prosím vypište)
() a) muž	() b) žena	() a) muž	() b) žena	

c) stupeň příspěvku na péči, který je osobě přiznán (uvádí se i v případě, že příjemcem příspěvku není přímo tato osoba)

osoba 1	osoba 2	další osoby (prosím vypište)
[výběr z možností*]	[výběr z možností*]	

* Viz komentář k dotazníku.

d) zdravotní omezení

	osoba 1	osoba 2	další osoby
i. tělesné postižení	☐	☐	☐
ii. zrakové postižení	☐	☐	☐
iii. sluchové postižení	☐	☐	☐
iv. mentální postižení	☐	☐	☐
v. duševní onemocnění, poškození centrální nervové soustavy způsobená cévní mozkovou příhodou apod.	☐	☐	☐
vi. osoba odkázaná na péči z důvodu věku	☐	☐	☐
vii. vnitřní onemocnění (onemocnění vnitřních orgánů a systému, např. cukrovka, onemocnění srdce, cévního systému, plic, a další)	☐	☐	☐
viii. demence	☐	☐	☐
ix. konečné stádium nemoci	☐	☐	☐
x. jiné, prosím uveďte (v případě, že pečujete o více osob, uveďte v závorce, zda se toto postižení týká první, druhé či dalších osob, o něž pečujete):	☐	☐	☐

e) jaký je Váš vztah k osobě nebo osobám, o které pečujete? (matka, dcera, syn...)?

osoba 1	osoba 2	další osoby (prosím vypíšte)
výběr z možností*	výběr z možností*	

* Viz komentář k dotazníku.

C. Údaje o poskytování péče**12. Podílejí se na péči o osobu nebo osoby, kterým poskytujete péči, v současnosti kromě Vás také nějaké další osoby?**

Vyberte, prosím, v následujícím seznamu všechny osoby, které se na péči podílejí.

- ☐ a) manžel/ka nebo partner/ka
- ☐ b) vlastní rodiče (otec, matka)
- ☐ c) rodiče manžela/ky nebo partnera/ky
- ☐ d) sourozenci
- ☐ e) vlastní děti
- ☐ f) děti manžela/ky nebo partnera/ky
- ☐ g) jiný příbuzný
- ☐ h) nepříbuzná osoba, která neposkytuje péči jako profesionální službu
- ☐ i) profesionální pečovatel/ka
- ☐ j) jiná osoba

13. Do jaké míry Vy sám/sama v současné době zajišťujete péči o osobu nebo osoby, o které pečujete? Zkuste odhadnout podíl Vámi poskytované péče (v %) z celkového objemu péče, která je této osobě nebo osobám poskytována společně Vámi i dalšími osobami.

Pokud pečujete o více osob, odhadněte, prosím, Váš průměrný podíl na péči o všechny tyto osoby.

14. Kolik času v současné době Vy sám/sama obvykle věnujete péči o osobu nebo osoby, o které pečujete? Uved'te, prosím, celkový počet hodin, který péči obvykle věnujete za týden.

Pokud pečujete o více osob, odhadněte celkový počet hodin věnovaný obvykle během jednoho týdne péči o všechny tyto osoby.

15. Pokud byste chtěl/a někomu velmi stručně, ale přitom co nejvýstižněji, přiblížit, co obnáší péče o blízkou osobu, jaká tři slova nebo spojení slov byste použil/a?

16. Podílejí se na péči o osobu nebo osoby, kterým poskytujete péči, kromě Vás také pracovníci organizací poskytujících sociální nebo zdravotní služby?

Vyberte, prosím, v následujícím seznamu, všechny druhy organizací, které se na péči v současnosti podílejí.

☐ a) žádné
☐ b) pobytová zdravotnická zařízení (tj. např. služby a zařízení poskytující zdravotní péči: léčebna dlouhodobě nemocných, sanatorium, lůžkové oddělení akutní péče)
☐ c) ambulantní zdravotnická zařízení (tj. např.: ordinace praktického lékaře, specializované ambulance)
☐ d) terénní zdravotnické služby (tj. např.: agentury domácí zdravotní péče, rehabilitace poskytovaná odborným personálem v domácnostech apod.)
☐ e) pobytové sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc (tj. např. sociální služby: domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, týdenní stacionář, chráněné bydlení, pobytová forma poskytování odlehčovací služby apod.)
☐ f) ambulantní sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc (tj. např. sociální služby: odborné sociální poradenství, denní stacionář, odlehčovací služby poskytované ambulantně apod.)
☐ g) terénní sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc (tj. např. sociální služby: pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby poskytované odborným personálem v domácnosti, průvodcovské a předčitatelské služby, tlumočnické služby apod.)
☐ h) jiné prosím uveďte

D. Charakteristika činností při poskytování péče

17. Nyní bychom Vás chtěli požádat o podrobnější charakteristiku toho, jak často v současné době vykonáváte jednotlivé činnosti spojené s poskytováním péče.

	velmi často	často	občas	zřídka	nikdy	nevím	netýká se
a) pomoc při péči o domácnost	()	()	()	()	()	()	()
b) doprovázení osoby, doprava	()	()	()	()	()	()	()
c) jednání s úřady, návštěva lékaře apod.	()	()	()	()	()	()	()
d) vyhledání a nákup různých služeb	()	()	()	()	()	()	()
e) hygienická péče	()	()	()	()	()	()	()
f) základní sebeobslužné úkony (oblékání, stravování apod.)	()	()	()	()	()	()	()
g) rehabilitace, cvičení	()	()	()	()	()	()	()
h) zajištění kontaktu s okolím (vycházky, návštěvy blízkých, známých, atd.)	()	()	()	()	()	()	()
i) jiné, prosím uveďte:	()	()	()	()	()	()	()

18. Nyní, prosím, u každé činnosti, již v současnosti vykonáváte, uveďte, do jaké míry rozsah Vámi poskytované péče podle Vašeho názoru umožňuje osobě nebo osobám, o které pečujete, plné uspokojení jejich potřeb v příslušné oblasti.

	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne	nevím	netýká se
a) pomoc při péči o domácnost	()	()	()	()	()	()
b) doprovázení osoby, doprava	()	()	()	()	()	()
c) jednání s úřady, návštěva lékaře apod.	()	()	()	()	()	()
d) vyhledání a nákup různých služeb	()	()	()	()	()	()
e) hygienická péče	()	()	()	()	()	()
f) základní sebeobslužné úkony (oblékání, stravování apod.)	()	()	()	()	()	()
g) rehabilitace, cvičení	()	()	()	()	()	()
i) jiné, prosím uveďte:	()	()	()	()	()	()

19. Prosíme Vás také o zhodnocení toho, nakolik jsou Vaše možnosti vykonávat příslušné činnosti omezeny různými nepříznivými okolnostmi, ztěžujícími faktory nebo překážkami.

	omezuji velmi silně	omezuji jen málo	neomezuji vůbec	nevím	netýká se
a) pomoc při péči o domácnost	()	()	()	()	()
b) doprovázení osoby, doprava	()	()	()	()	()
c) jednání s úřady, návštěva lékaře apod.	()	()	()	()	()
d) vyhledání a nákup různých služeb	()	()	()	()	()
e) hygienická péče	()	()	()	()	()
f) základní sebeobslužné úkony (oblékání, stravování apod.)	()	()	()	()	()
g) rehabilitace, cvičení	()	()	()	()	()
i) jiné, prosím uveďte:	()	()	()	()	()

20. Jak byste zhodnotil/a stávající podmínky pro poskytování jednotlivých činností spojených s poskytováním péče?

Máte pocit, že ve svém okolí máte dostatečnou podporu, abyste mohl/a zajištěním těchto činností co nejlépe uspokojit potřeby osoby nebo osob, o které pečujete?

	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne	nevím	netýká se
a) pomoc při péči o domácnost	()	()	()	()	()	()
b) doprovázení osoby, doprava	()	()	()	()	()	()
c) jednání s úřady, návštěva lékaře apod.	()	()	()	()	()	()
d) vyhledání a nákup různých služeb	()	()	()	()	()	()
e) hygienická péče	()	()	()	()	()	()
f) základní sebeobslužné úkony (oblékání, stravování apod.)	()	()	()	()	()	()
g) rehabilitace, cvičení	()	()	()	()	()	()
i) jiné, prosím uveďte:	()	()	()	()	()	()

21. Vykonává při poskytování péče osobě nebo osobám, o které pečujete, některou z následujících činností kromě Vás v současnosti také někdo další (např. další členové Vaší domácnosti, jiní členové rodiny nebo blízké osoby, profesionální pečovatel/ka apod.)?

	ano, velmi často	ano, často	ano, občas	ano, ale jen zřídka	ne	nevím	netýká se
a) pomoc při péči o domácnost	()	()	()	()	()	()	()
b) doprovázení osoby, doprava	()	()	()	()	()	()	()
c) jednání s úřady, návštěva lékaře apod.	()	()	()	()	()	()	()
d) vyhledání a nákup různých služeb	()	()	()	()	()	()	()
e) hygienická péče	()	()	()	()	()	()	()
f) základní sebeobslužné úkony (oblékání, stravování apod.)	()	()	()	()	()	()	()
g) rehabilitace, cvičení	()	()	()	()	()	()	()
i) jiné, prosím uveďte:	()	()	()	()	()	()	()

E. Hodnocení vlastní osobní a sociální situace

22. Jak hodnotíte svůj celkový zdravotní stav?

- () a) velmi dobrý
- () b) spíše dobrý
- () c) spíše špatný
- () d) velmi špatný

23. Měl/a jste v uplynulém týdnu možnost věnovat se péči o sebe?

- () a) určitě ano
- () b) spíše ano
- () c) spíše ne
- () d) určitě ne

24. Měl/a jste v uplynulém týdnu dostatek času na odpočinek?

- () a) určitě ano
- () b) spíše ano
- () c) spíše ne
- () d) určitě ne

25. Pociťoval/a jste v uplynulém týdnu zvýšený stres, úzkost, nervozitu apod.?

- ☐ a) určitě ano
- ☐ b) spíše ano
- ☐ c) spíše ne
- ☐ d) určitě ne

26. Jak byste zhodnotil/a celkově své vztahy ke členům Vaší rodiny?

Zvolte, prosím, odpověď, která nejlépe vystihuje Vaše vztahy k většině osob, s nimiž jste v současnosti v nejužším kontaktu.

- ☐ a) velmi dobré
- ☐ b) spíše dobré
- ☐ c) spíše špatné
- ☐ d) velmi špatné

F. Hodnocení poskytované péče a podmínek pro její poskytování

27. Co byste řekl/a, že u Vámi (případně Vámi a dalšími osobami) poskytované péče nejvíce oceňuje osoba nebo osoby, kterým je péče poskytována? Uved'te, prosím, nejvýše tři takové oblasti.

28. Proč právě toto? Pokud jste v předchozí otázce uvedl/a více důležitých oblastí, uved'te toto upřesnění ke každé z nich, a to ve stejném pořadí, v jakém byly řazeny u předchozí otázky.

29. Míváte někdy pocit, že nemůžete osobě nebo osobám, o které pečujete, poskytnout péči takovým způsobem nebo v takovém rozsahu, jak byste chtěl/a? Pokud ano, uved'te konkrétní nejdůležitější okolnost nebo okolnosti (nejvýše tři), které by se musely změnit, abyste mohl/a být v dané situaci spokojený/á.

30. Existuje něco, nebo někdo, kdo Vám při takových situacích dokáže účinně pomoci nebo Vám poradí, jak správně o osobu či osoby pečovat? Pokud ano, uveďte, prosím, okolnosti, případně osoby či instituce, které Vás při péči nejvíce podporují?

31. Jaké faktory nebo okolnosti Vám naopak poskytování péče nejvíce ztěžují?

32. Co je pro Vás samotného/ou nejvíce důležité při poskytování péče (např. Vám nejvíce pomáhá zvládat nároky, které jsou s péčí spojené)? Uveďte, prosím, nejvýše tři takové oblasti.

G. Hodnocení možnosti uspokojení dalších přání a potřeb příjemců péče

33. Co dalšího (tj. nejen v přímé souvislosti s poskytovanou péčí) by podle Vás ocenila osoba nebo osoby, o které pečujete, ale v současnosti se jí (jim) to patrně nedostává nebo jen velmi málo?

34. Jaké okolnosti by podle Vás nejvíce napomohly tomu, aby se osobě, o kterou pečujete, mohla tato přání splnit? Pokud jste v předchozí otázce poukázal/a na více potřeb nebo přání, která má osoba nebo osoby, jimž poskytujete péči, zkuste okolnost nebo okolnosti, které by mohly napomoci jejich splnění, uvést ke každému výše uvedenému okruhu přání jednotlivě.

35. Co podle Vás osobě nebo osobám, o které pečujete, naopak nejvíce ztěžuje splnění jejich přání? Odpovědi, prosím, uvádějte jednotlivě ke každému přání či potřebě, kterou jste uvedl/a dříve.

H. Využívání služeb podporujících pečující osoby a jejich rodiny

36. Využil/a jste někdy během doby, po kterou poskytujete péči, nějaké služby nebo formy podpory či pomoci určené osobám, které poskytují péči? Pokud ano, uveďte, prosím, jaké (nejvýše tři služby nebo formy podpory, které Vám nejvíce pomohly).

37. V čem Vám pomohly nejvíce?

38. Postrádáte nebo jste někdy během doby, po kterou poskytujete péči, postrádal/a určité služby nebo formy podpory či pomoci určené osobám, které poskytují péči? Uveďte, prosím, nejvýše tři služby nebo formy podpory, které nejvíce postrádáte nebo jste postrádal/a.

39. Kam nebo na koho se většinou obracíte, když potřebujete získat informaci nebo radu týkající se poskytování péče?

() a) členové rodiny nebo blízké osoby (vyjma odborného personálu)

() b) profesionální pečovatelé, služby, centra, zařízení apod.

() c) někdo jiný, prosím uveďte:

.....

() d) vím poměrně dobře, kam (nebo na koho) se mohu v takové situaci obrátit, zatím to ale nebylo třeba

() e) nevím moc přesně, na koho se obrátit (ani kdo by mi mohl v takovém případě pomoci)

() f) vůbec netuším, na koho bych se v takové situaci mohl obrátit (ani kdo by mi mohl pomoci)

() g) o rady ani informace týkající se poskytování péče nemám zájem, nepotřebuji je

40. Jaké jsou Vaše zkušenosti se zjišťováním informací nebo rad týkajících se poskytování péče?

Míru Vašeho souhlasu s následujícími výroky ohodnoťte na stupnici 1-6, kde 1 znamená "naprostý souhlas" a 6 "naprostý nesouhlas". V případě, že nemáte pro hodnocení daného výroku dostatek informací, zvolte možnost "nevím, nedovedu posoudit".

	1 - naprostý souhlas	2	3	4	5	6 - naprostý nesouhlas	nevím, nedovedu posoudit
a) velmi obtížně dostupné jsou i základní, obecné nebo nejvíce významné informace	()	()	()	()	()	()	()
b) dostupné informace jsou příliš obecné a příliš mi nepomohly / nemohou pomoci	()	()	()	()	()	()	()
c) dostupné informace jsou zastaralé a neaktuální	()	()	()	()	()	()	()
d) dostupné informace jsou roztržité, vzájemně nekorespondují nebo si odporují	()	()	()	()	()	()	()
e) není možné získat ověřené informace nebo ověřit jejich platnost či spolehlivost	()	()	()	()	()	()	()
f) pro získání všech potřebných informací je nutné dotazovat se na různých místech, nikde není k dispozici úplný přehled všech potřebných informací	()	()	()	()	()	()	()
g) na místech, kde by se dala znalost těchto informací předpokládat (např. různé specializované instituce nebo organizace, státní správa a samospráva), lze získat jen minimum informací	()	()	()	()	()	()	()
h) možnost získání informací znesnadňuje to, že organizace a instituce zabývající se touto problematikou nesdílejí informace nebo na sebe ani nemají kontakt	()	()	()	()	()	()	()

41. Která z následujících odborných pracovišť jste kontaktoval/a, a to telefonicky, emailem nebo osobně (ať už při Vaší návštěvě příslušného pracoviště, nebo v rámci návštěvy pracovníka ve Vaší domácnosti), než jste získal/a základní informace potřebné k zajištění péče o osobu nebo osoby, kterým poskytujete péči.

- ☐ a) obecní úřad
- ☐ b) Úřad práce
- ☐ c) pobytová zdravotnická zařízení (tj. např. služby a zařízení poskytující zdravotní péči: léčebna dlouhodobě nemocných, sanatorium, lůžkové oddělení akutní péče)
- ☐ d) ambulantní zdravotnická zařízení (tj. např.: ordinace praktického lékaře, specializované ambulance)
- ☐ e) terénní zdravotnické služby (tj. např.: agentury domácí zdravotní péče, rehabilitace poskytovaná odborným personálem v domácnostech apod.)
- ☐ f) pobytové sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc (tj. např. sociální služby: domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, týdenní stacionář, chráněné bydlení, pobytová forma poskytování odlehčovací služby apod.)
- ☐ g) ambulantní sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc (tj. např. sociální služby: odborné sociální poradenství, denní stacionář, odlehčovací služby poskytované ambulantně apod.)
- ☐ h) terénní sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc (tj. např. sociální služby: pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby poskytované odborným personálem v domácnosti, průvodcovské a předčitatelské služby, tlumočnické služby apod.)
- ☐ i) jiné pracoviště, prosím uveďte:

I. Hodnocení možností podpory pečujících osob a jejich rodin

42. Jaké druhy služeb poskytujících podporu a pomoc pečujícím osobám jsou ve Vašem městě a v jeho okolí poskytovány?

- ☐ a) žádné
- ☐ b) pobytová zdravotnická zařízení (tj. např. služby a zařízení poskytující zdravotní péči: léčebna dlouhodobě nemocných, sanatorium, lůžkové oddělení akutní péče)
- ☐ c) ambulantní zdravotnická zařízení (tj. např.: ordinace praktického lékaře, specializované ambulance)
- ☐ d) terénní zdravotnické služby (tj. např.: agentury domácí zdravotní péče, rehabilitace poskytovaná odborným personálem v domácnostech apod.)
- ☐ e) pobytové sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc (tj. např. sociální služby: domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, týdenní stacionář, chráněné bydlení, pobytová forma poskytování odlehčovací služby apod.)
- ☐ f) ambulantní sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc (tj. např. sociální služby: odborné sociální poradenství, denní stacionář, odlehčovací služby poskytované ambulantně apod.)
- ☐ g) terénní sociální služby pro osoby, kterým je poskytována podpora či pomoc (tj. např. sociální služby: pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby poskytované odborným personálem v domácnosti, průvodcovské a předčitatelské služby, tlumočnické služby apod.)
- ☐ h) služby pro pečující osoby (tj. centra pro pečující)
- ☐ i) služby pro rodiny pečujících osob (tj. centra pro rodinné pečující)
- ☐ j) jiné, prosím uveďte:

43. Je podle Vašeho názoru ve Vašem městě a v jeho okolí dostatečný počet služeb, na které se můžete obrátit, pokud potřebujete radu, podporu nebo pomoc týkající se poskytování péče?

44. Jak byste celkově zhodnotil/a ucelenost nabídky všech těchto, ve Vašem městě nebo v jeho okolí působících, služeb (zda se dobře doplňují, zda určité služby postrádáte nebo je k nim obtížný přístup apod.)?

45. Jak byste celkově zhodnotil/a dostupnost služeb působících ve Vašem městě a v jeho okolí, na které se můžete obrátit, pokud potřebujete radu, podporu nebo pomoc týkající se poskytování péče (např. otevírací dobu, dopravní spojení, bariéry apod.)?

46. Stalo se Vám někdy během doby, po kterou poskytujete péči v současném rozsahu, že jste kvůli nějaké překážce nemohl/a využít služby nebo formy podpory či pomoci, které jste využít chtěl/a? Pokud ano, uveďte, prosím, největší překážky (nejvýše tři).

[výběr z možností*]

** Viz komentář k dotazníku.*

Příloha 2: komentář k dotazníku

Vysvětlení značek a odkazů použitých v tištěné verzi dotazníku

1. Značení možností odpovědí

- () Lze vybrat pouze jednu ze všech předložených možností odpovědi.
- [] Lze vybrat více odpovědí současně.
- [výběr z možností] Rozevírací okno, ve kterém lze vybrat pouze jednu ze všech možností odpovědi. Seznam odpovědí na otázky, u kterých byl tento ovládací prvek použit, je uveden v následujícím bodě.

Pozn.: Vyplňujete-li dotazník ve formátu MS Word (ať už v elektronické nebo v tištěné podobě), je potřebné mít následující seznam možných odpovědí k dispozici při dotazování!

2. Možnosti odpovědí v rozevíracích oknech

Otázka 4:

- a) Blansko
- b) Frýdek-Místek
- c) Havířov
- d) Poděbrady
- e) Uherský Brod

Otázka 11c)

- a) není příjemcem příspěvku na péči (PNP)
- b) PNP v I. stupni
- c) PNP v II. stupni
- d) PNP v III. stupni
- e) PNP ve IV. stupni

Otázka 11e)

- a) matka
- b) otec
- c) nevlastní rodič
- d) manžel/ka nebo partner/ka
- e) sourozenec
- f) syn
- g) dcera
- h) jiný příbuzenský vztah
- i) bez příbuzenské vazby, ale neposkytuji péči jako profesionální službu

Otázka 46

- a) opakovaně
- b) jednou
- c) nikdy
- d) netýká se (např. z důvodu nezájmu o využití takových služeb apod.)