



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“

(reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006922)

Závěrečná zpráva z šetření

Fond dalšího vzdělávání

28. 5. 2018

Dokument byl vypracován v rámci realizace projektu Podpora neformálních pečujících 2, reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006922.



Obsah

Obsah	2
Úvod a metodika.....	4
Pozadí a cíle výzkumu	4
Metodika sběru dat.....	4
Zajištění kvality sbíraných dat	6
Struktura vzorku a vážení.....	7
Reprezentativita dat a statistická chyba	8
Čištění dat	10
Kapitola 1 – Obecné názory na poskytování péče	11
Poskytování péče a role státu	11
Znalost služeb spojených s péčí	15
Podmínky poskytování péče	19
Osobní zkušenosti s domácí péčí	21
Kapitola 2 – Znalost osob potřebujících péči	22
Znalost osob potřebujících péči	22
Další deskripce osob, které potřebují péči.....	25
Důvody potřebnosti péče.....	26
Domácí péče.....	28
Profil pečujícího.....	29
Důvody nezapojení se do péče	34
Institucionální péče.....	36
Kapitola 3 – Současná péče.....	39
Osoba potřebná domácí péče	39
Čas věnovaný péči.....	45
Příspěvek na péči.....	47



Služby a situace v souvislosti s péčí	48
Sladění péče a života pečující osoby	51
Kapitola 4 – Minulá ukončená péče	54
Typologie osob	54
Situace v průběhu a po ukončení péče	56
Podpora po ukončení péče	58
Kapitola 5 – Ochota pečovat	59
Charakteristika osob, které budou péči potřebovat	59
Poskytovaná péče a angažovanost na péči	64
Co vše můžeme v rámci domácí péče udělat.....	69
Příprava na péči.....	71
Kapitola 6 – Vlastní představy o péči	73
Hodnocení vlastního zdravotního stavu	73
Představa péče o vlastní osobu.....	74
Příprava péče o vlastní osobu	75
Shrnutí výsledků.....	76



Úvod a metodika

Pozadí a cíle výzkumu

Na základě smlouvy mezi FDV a firmou ppm factum research s.r.o. provedla společnost ppm factum research šetření „Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu Podpora neformálních pečujících II“ (reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006922) na souboru 1253 obyvatel v ČR.

Tematicky se šetření zaměřilo na zmapování:

- postojů obyvatel ČR k neformální péči a neformálním pečujícím;
- postojů obyvatel ČR k dalším formám péče;
- přímé i nepřímé zkušenosti s péčí;
- postojů k opatřením sociální politiky, která se péče týkají;
- dalších témat souvisejících s neformální péčí

Metodika sběru dat

Cílová skupina

Cílovou skupinu šetření představují obyvatelé ČR ve věku 18 a více let bez horního věkového omezení, kteří trvale žijí v soukromých obydlích na území České republiky. Výzkum tak nezahrnoval lidi bez domova, lidi dlouhodobě pobývajících mimo ČR anebo žijící v nestandardních obydlích (například dlouhodobě pobývajících v nemocnici či zařízení, jako jsou LDN apod.).

Metoda výběru

Reprezentativní pravděpodobnostní výběrový postup ve všech krocích bez prvků kvótního výběru. Substituce výpadků návratnosti (kdy nebude respondent zastižen či rozhovor odmítne) nebyla povolena.

Metoda sběru dat

Osobní rozhovor tazatele s respondentem (face-to-face) za použití počítače / tabletu / mobilního telefonu (CAPI).



Design výzkumu – celkový přehled

Opora výběru	Seznam základních sídelních jednotek www.czso.cz/csu/rso.nsf/i/zakladni_sidelni_jednotky Registr sčítacích obvodů a budov www.czso.cz/csu/rso.nsf/i/registr_scitacich_obvodu oboje získané ze zdrojů Českého statistického úřadu, a to včetně aktualizace stavu k 6/2017
Výběrový postup	Vícetupňový stratifikovaný pravděpodobnostní výběr stratifikace: Území České republiky bylo rozděleno do 57 nepřekrývajících se strat podle kraje a pěti skupin velikosti místa bydliště; výzkum probíhal ve všech stratech. primární výběrové body: 312 základních sídelních jednotek z celkem 21 906 – pravděpodobnost zahrnutí každé jednotky do výběru odpovídalo počtu obydlených bytů na jejím území. sekundární výběrové jednotky: 8 adres v každé ZSJ – adresy byly vybírány ze seznamu adres domů a bytů. Jelikož byty a domácnosti jsou téměř identické, byla pravděpodobnost zahrnutí do výběru u každé domácnosti stejná. výběr respondenta: Metoda přístích narozenin (osoba, která měla narozeniny nejbližší „dopředu“ k datu první návštěvy tazatele).
Sběr dat	Osobní dotazování s využitím počítače (CAPI) Počet tazatelů: n=203 Průměrný počet dotazníků na tazatele: 6,17
Rozsah výběru	Čistý rozsah výběru: 2496 domácností Počet rozhovorů: 1253 Návratnost: 50,2 % Neúspěšné návštěvy: <ul style="list-style-type: none">• Odmítnutí: 1083• Adresy bez kontaktu: 124• Neobydleno: 36

Výběr a fungování tazatelské sítě

Sběr dat byl organizován terénním oddělením centrálně ze sídla společnosti ppm factum research. Byli vybráni tazatelé, kteří se budou na výzkumu podílet, a několik supervizorů, kteří dohlíželi na hladký průběh dotazování. Všichni tazatelé, kteří se na šetření podíleli, v minulosti realizovali rozhovory v rámci stratifikovaného náhodného výběru.

Pro účely tohoto výzkumu byli tazatelé speciálně proškoleni:

- prostřednictvím podrobného instruktážního materiálu.
- prostřednictvím 3 osobních školení v Praze.

Motivace tazatelů spočívala standardně v kombinaci bonusů a postihů za odvedenou práci.



Zajištění požadované návratnosti

Tazatel navštívil vybranou domácnost nejméně 4x, z toho 1x o víkendu a alespoň 2x ve večerních hodinách, než byla návštěva považována za neúspěšnou.

Vyšší motivace vybraného respondenta byla zajištěna:

- finanční odměnou ve výši 150,- Kč za vyplnění dotazníku,
- zkušeností tazatelů, kteří budou vysvětlovat účel šetření a jeho potřebnost,
- možností vybrat si dobu, kdy bude rozhovor prováděn (nejprve schůzka a následně rozhovor v příhodném čase),
- konverze měkkých odmítnutí.

Zajištění kvality sbíraných dat

Kontrola při provádění samotných rozhovorů

- 1) kontrola časového snímku rozhovoru (podezřele příliš krátké provedení rozhovoru),
- 2) kontrola zvukových nahrávek rozhovorů,
- 3) kontrola správnosti provádění návštěv (alespoň 4x, v příslušném rozvrhu),
- 4) kontrola konzistence dat,
- 5) kontrola příliš podobných odpovědí od 1 tazatele.

Kontrola výběru

- 1) Na 100 % adres, kde byl rozhovor uskutečněn, byl proveden telefonický / e-mailový / písemný / osobní kontakt (dle typu poskytnutých kontaktních informací).
- 2) Na 10 % odmítnutých adres byla provedena osobní návštěva a byla kontrolována existence domácnosti a jména uvedeného na zvonku.

Kontrola dat

Vzhledem k použité metodice (CAPI) byly nastaveny kontroly tak, aby nedocházelo k nepřesnostem u filtrování a posloupnosti otázek. Zaměřili jsme se na kontrolu extrémních hodnot a logiky provázanosti vybraných otázek. Tyto byly následně opraveny (při opravách jsme využili konzultace s příslušnými tazateli).



Struktura vzorku a vážení

POHLAVÍ	Původní Vzorek	Vážený vzorek	Rozdíl
Muž	43,9	48,7	4,8
Žena	56,1	51,3	-4,8
VĚK			
18-29 let	14,9	16,7	1,8
30-44 let	26,6	28,9	2,3
45-59 let	27,1	23,5	-3,6
60 a více let	31,4	30,9	-0,5
VZDĚLÁNÍ			
nedokončené či základní	11,3	19,1	7,8
vyučen/a, střední bez maturity	38,0	34,8	-3,2
střední s maturitou	35,5	31,6	-3,9
vyšší odborné a vysokoškolské	15,2	14,5	-0,7
VELIKOST MÍSTA BYDLIŠTĚ			
0 - 1.999	25,0	27,2	2,2
2.000 - 4.999	10,8	11,7	1,0
5.000 - 19.999	17,9	18,3	0,5
20.000 - 99.999	23,5	20,8	-2,7
100.000 a více	22,8	21,9	-0,9
KRAJ			
Praha	13,2	12,2	-1,0
Středočeský	13,0	12,3	-0,7
Jihočeský	5,7	6,0	0,3
Plzeňský	5,5	5,5	0,0
Karlovarský	2,7	2,8	0,1
Ústecký	7,8	7,7	-0,1
Liberecký	4,4	4,1	-0,2
Královéhradecký	5,5	5,2	-0,3
Pardubický	5,1	4,9	-0,2
Kraj Vysočina	4,0	4,8	0,8
Jihomoravský	10,7	11,2	0,5
Olomoucký	5,8	6,0	0,2
Zlínský	5,3	5,6	0,3
Moravskoslezský	11,3	11,6	0,3

Při náhodném výběru se málokdy podaří zcela naplnit požadovanou strukturu vzorku stejně, jako u výběru kvótního. Nicméně v našem případě se pomocí kombinace zvolené metodiky (stratifikovaný výběr + nejbližší narozeniny) podařilo relativně dobře reprezentativní vzorek získat. Kombinace velikosti místa bydliště (VMB) a kraje byly dopředu dány výběrovými body a předpokládanou úspěšností. Vzhledem k tomu, že úspěšnost byla v jednotlivých strategech podobná, podařilo se strukturu obecné populace ČR 18+ let naplnit z hlediska kraje a velikosti místa bydliště dosti dobře. Relativně největší odchylka vznikla u Prahy (nadreprezentováno o 1 procentní bod) a u menších obcí (podreprezentováno o 1-2 procentní body).

Z hlediska sledovaných známých demografických znaků (pohlaví, věk a vzdělání) bylo zjištěno nadreprezentování skupiny žen (o 5 procentních bodů), osob ve

věku 45-59 let a osob SŠ s maturitou (o 4 procentní body) a naopak podreprezentování osob se ZŠ vzděláním (o 8 procentních bodů).

Po konzultaci se Zadavatelem bylo přistoupeno k vážení podle 5 sledovaných charakteristik (pohlaví, věk, vzdělání, velikost místa bydliště a kraj). Pro výběrový soubor získaný náhodným výběrem standardně dodáváme váhy určené na základě přesného rozložení kvótních znaků v populaci: pohlaví, věk – 4 kategorie, nejvyšší dosažené vzdělání – 4 kategorie, kraj a velikost místa bydliště – 4 kategorie. Pro tvorbu vah jsou použita aktuální data zveřejňovaná na stránkách ČSÚ.



Dodržována jsou přitom následující pravidla:

- přesné rozložení kvótních znaků (nevázané kvóty),
- nezměněná velikost výběrového souboru,
- nepřijatelné jsou příliš velké (větší než 4) nebo příliš malé (menší než 0,3) hodnoty.

Důvodem k omezení příliš velkých a příliš malých hodnot vah je velký vliv odpovědi jednoho respondenta na celkové výsledky u velkých vah, a naopak, zanedbatelný (prakticky nulový) vliv odpovědi respondenta s malou vahou. Standardně pracujeme s váhami v intervalu od 0.5 do 2. Hodnoty mimo tento interval jsou spíše výjimečné.

Reprezentativita dat a statistická chyba

Spolehlivost dat a jejich reprezentativitu můžeme definovat jako schopnost dat z výběrového souboru dobře charakterizovat soubor základní. V tomto případě je výběrovým souborem vzorek $n=1253$ osob vybraných náhodným výběrem, a souborem základním pak obecná populace ČR starší 18 let.

Statistická chyba (někdy označovaná dalšími termíny jako výběrová nebo náhodná chyba) je přítomná v každém výzkumu a nelze jí zamezit. Ke statistické chybě dochází kvůli zobecnění výsledků na zkoumaný vzorek, který nikdy přesně nereprezentuje základní soubor. Nicméně tato náhodná výběrová chyba se zmenšuje právě s rostoucí velikostí výběrového souboru. Statistická chyba závisí na velikosti výběrového, nikoliv základního souboru. Tento druh chyby nenarušuje reprezentativitu výběru. Statistická chyba je odvozena pro prostý náhodný výběr, orientačně se používá i v případě kvótního výběru.

Konfidenční interval (či interval spolehlivosti) je interval, v němž se s určitou pravděpodobností nachází skutečná hodnota veličiny odhadované na základě analýzy vzorku z populace. Standardně používáme interval spolehlivosti na hladině 95 %, což znamená, že pokud máme 100 nezávislých datových souborů, tak asi 95 z nich bude hledaný parametr obsahovat a zbývajících pět nikoliv.



Směrodatná odchylka určuje míru rozptylu či odchýlení od průměru hodnot. Počítá se jako druhá odmocnina z rozptylu (variance). Směrodatná odchylka je parametr, který ukazuje, nakolik se jednotlivé případy ve zkoumaném souboru liší; odhaduje náhodnou výběrovou chybu odhadu parametru. Pokud je hodnota směrodatné odchylky nízká, jednotlivé případy souboru jsou si vzájemně podobné, naopak vysoká hodnota odchylky naznačuje vzájemné odlišnosti. S rostoucí velikostí výběru se snižuje výběrová chyba i směrodatná odchylka.

Hladina statistické významnosti textu je po formulaci statistické hypotézy druhým krokem při testování hypotéz. Jedná se o pravděpodobnost zamítnutí nulové hypotézy, navzdory tomu, že tato nulová hypotéza platí. Testovanou hypotézu přijímáme nebo zamítáme na základě výsledků náhodného výběru, tudíž přijmutí i zamítnutí hypotézy může být jak správné, tak i nesprávné. Můžeme se tak dopustit jedné ze dvou chyb – chyby prvního druhu, kdy zamítneme nulovou hypotézu, přestože platí; nebo chyby druhého druhu, kdy nesprávně přijmeme nulovou hypotézu, která neplatí. Při testování postupujeme tak, že si předem zvolíme chybu, tedy hladinu významnosti testu, dostatečně nízkou (v našem případě 0,05), a tím dostaneme 95% jistotu správného rozhodnutí.

Tabulka statistických chyb pro hladinu významnosti 95 % na populaci 10.000 jednotek (ZS)

%	50	75	100	125	150	200	250	300	350	400	450	500	600	700	800	900	1000	1250
5	6,1	5,0	4,3	3,8	3,5	3,0	2,7	2,5	2,3	2,1	2,0	1,9	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	1,2
10	8,4	6,9	5,9	5,3	4,8	4,2	3,7	3,4	3,2	3,0	2,8	2,6	2,4	2,2	2,1	2,0	1,9	1,7
20	11,2	9,1	7,9	7,1	6,4	5,6	5,0	4,5	4,2	3,9	3,7	3,5	3,2	3,0	2,8	2,6	2,5	2,2
30	12,9	10,5	9,1	8,1	7,4	6,4	5,7	5,2	4,8	4,5	4,2	4,0	3,7	3,4	3,2	3,0	2,8	2,5
40	13,8	11,2	9,7	8,6	7,9	6,8	6,1	5,6	5,2	4,8	4,5	4,3	3,9	3,6	3,4	3,2	3,0	2,7
50	14,0	11,4	9,9	8,8	8,0	7,0	6,2	5,7	5,3	4,9	4,6	4,4	4,0	3,7	3,5	3,3	3,1	2,8

Jednotlivé maximální statistické odchylky pro hodnotu 50 % (četnost odpovědí právě polovina) jsou uváděny u zkoumaných otázek. Je nutné mít na paměti, že se vždy jedná o maximální možnou odchylku – např. pokud bude na otázku odpovídat 1253 osob (tedy celý výběrový soubor), pak je maximální (ač ne vždy reálně dosažená) odchylka 2,8 % procentního bodu zaokrouhlena na 3 procentní body.



Čištění dat

Kromě kontrol zaměřených na počty odpovědí v jednotlivých otázkách pod filtry, kontrol minimálních a maximálních povolených hodnot apod. jsme se také zaměřili na faktickou stránku odpovědí, zda jsou odpovědi vzájemně konzistentní. Konkrétně jsme zkoumali:

- pohlaví x typ osoby (a2 x a1)
- věk x typ omezení (a3 x a4)
- pohlaví respondenta x pohlaví partnera (e9 x a1)
- věk respondenta x věk osoby a její vztah k respondentovi (e10 x a1+a3)
- věk osoby x délka péče (a16+a3 x b2)
- pohlaví respondenta x pohlaví osoby (e9 x c1+c2)
- věk respondenta x délka péče (e10 x c3)
- věk respondenta x doba od skončení péče (e10 x c4)
- péče o respondenta x péče o jinou osobu (e2 x a8)
- hlavní pečující osoba (b3_i) x deklarované péče o osobu (a8)
- děti v domácnosti x důvody pro zapojení do péče (e13 x a10_13)
- péče o respondenta x důvody pro nezapojení do péče (e2 x a9_11)
- kombinace typů postižení (a4)
- kombinace důvodů a podmínek pro nepečování (a9-a10)
- kombinace počtů hodin (B4) a podílu zajišťované péče (B4x)

V případech, kdy byly zjištěny nekonzistence v datech, byla ta méně pravděpodobná z hodnot upravena tak, aby dávala logický smysl.

Kromě toho byly kontrolovány uváděné minimální a maximální hodnoty pro:

- A11 – počet minut vzdálenosti
- B2 – počet měsíců péče
- B3 – počty pečujících osob
- B4 + B4x – počet hodin a podíl zajišťované péče
- C3 + C4 – počet měsíců ukončené péče

V případě, že byla zjištěna hodnota mimo povolený logický interval pro jednotlivé otázky, byla hodnota upravena na nejbližší reálnou hodnotu vycházející z ostatních kontrolovaných proměnných.

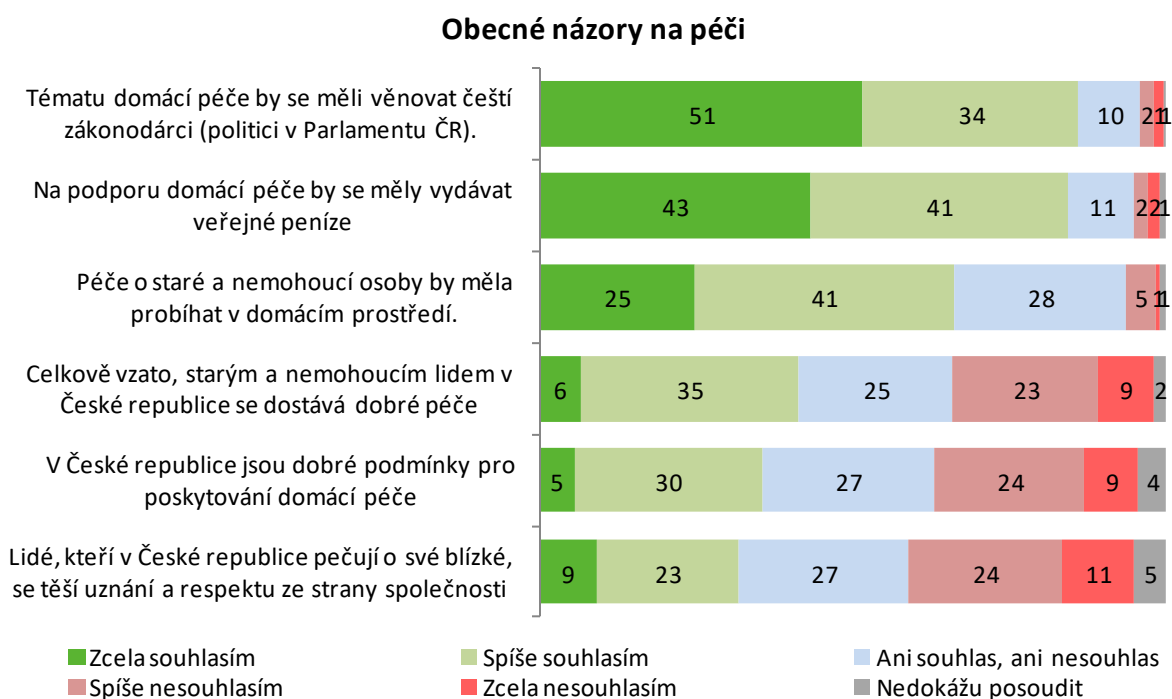


Kapitola 1 – Obecné názory na poskytování péče

Poskytování péče a role státu

Text otázky	Q1. Uvedte, do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky? Jen pro Vaši informaci: Domácí péčí nazýváme pomoc, kterou lidem v domácím prostředí poskytují jejich příbuzní, přátelé či profesionální pracovníci sociálních a zdravotních služeb
Vzorek	Q1. n=1253, údaje v %
Odchyłka	max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 1.



Téma domácí péče je podle obyvatel ČR důležité a současný stav poskytování domácí péče není úplně ideální. Více než polovina (51 %) Čechů se domnívá, že tématu domácí péče by se politici rozhodně měli věnovat. A podobný podíl (43 %) české veřejnosti je rozhodně přesvědčen, že na podporu domácí péče by se měly vydávat veřejné finance.

Domácí forma poskytování je z hlediska péče o staré a nemohoucí pro většinu české veřejnosti vhodnější. S výrokem souhlasí 66 % osob, 28 % si není jisto a jen 6 % osob se domnívá, že péče by neměla probíhat v domácím prostředí.

Ohledně kvality současné domácí péče se lidé dělí na 3 početně relativně podobné skupiny. Více než třetina osob se domnívá, že starým lidem se dostává dobré péče (41 %), v ČR jsou pro domácí péči dobré podmínky (35 %) a pečující lidé mají uznání a respekt společnosti (32 %). Opačný názor má přibližně třetina populace a cca 25 % osob na tyto výroky nemá vyhraněný názor.



Tabulka 1.

PRŮMĚRY NA ŠKÁLE: 1=ROZHODNĚ SOUHLASÍM 5=ROZHODNĚ NESOUHLASÍM		Tématu domácí péče by se měli věnovat čeští zákonodárci	Na podporu domácí péče by se měly vydávat veřejné peníze	Péče o staré a nemožoucí osoby by měla probíhat v domácím prostředí	Celkově vzato, starým a nemožoucí lidem v ČR se dostává dobré péče	V ČR jsou dobré podmínky pro poskytování domácí péče	Lidé, kteří pečují, se těší uznání a respektu ze strany společnosti
CELKEM		1,7	1,8	2,1	2,9	3,0	3,1
Jaké je pohlaví respondenta?	Žena	1,6	1,7	2,1	3,0	3,0	3,0
	Muž	1,8	1,9	2,2	2,9	3,0	3,1
Věk	18-29 let	1,8	2,0	2,3	2,9	3,0	3,0
	30-44 let	1,8	1,8	2,2	2,9	3,0	3,0
	45-59 let	1,7	1,8	2,1	2,8	3,0	3,1
	60+ let	1,5	1,6	2,1	3,1	3,0	3,2
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	ZŠ a nedokončené	1,7	1,7	2,1	3,0	2,9	2,9
	SŠ bez mat.	1,7	1,8	2,2	2,9	3,0	3,0
	SŠ s mat.	1,7	1,8	2,1	2,9	3,0	3,1
	VŠ a VOŠ	1,6	1,7	2,1	3,0	3,2	3,3
Jaké je Vaše ekonomické postavení?	Zaměstnanci	1,8	1,9	2,2	2,8	3,0	3,0
	Podnikatelé, OSVČ	1,8	1,8	2,4	3,0	3,2	3,2
	Osoby pobírající důchod	1,5	1,6	2,1	3,1	3,0	3,1
	Studenti	1,8	2,0	2,0	2,9	3,1	2,8
	Ostatní	1,6	1,7	2,1	3,1	3,3	3,1
Čistý příjem domácnosti	do 20 000 Kč	1,6	1,7	2,0	3,0	3,0	3,0
	20 000-35 000 Kč	1,7	1,7	2,2	2,8	2,9	3,0
	35 000-55 000 Kč	1,8	1,9	2,2	2,8	3,0	3,0
	55 000 Kč a více	1,8	2,0	1,9	2,9	3,3	3,1
	Odmítl/a odpovědět	1,6	1,7	2,2	3,1	3,1	3,2
Jaká je velikost obce, ve které žijete?	Do 999 obyv.	1,8	1,9	2,1	2,8	2,8	2,9
	1 000 – 4 999 obyv.	1,8	1,9	2,2	2,9	3,1	3,0
	5 000 - 19 999 obyv.	1,7	1,8	2,2	2,7	2,7	3,1
	20 000 - 99 999 obyv.	1,5	1,7	2,1	3,0	3,1	3,0
	100 000 a více obyv.	1,6	1,7	2,1	3,2	3,3	3,2
Pečuje o nějakou osobu	Ano	1,5	1,7	2,1	3,0	3,1	3,2
	Ne	1,7	1,8	2,2	2,9	3,0	3,0

Barevně jsou označeny statistické významnosti na hladině 95 %. Zeleně = významně více; červeně = významně méně než průměr

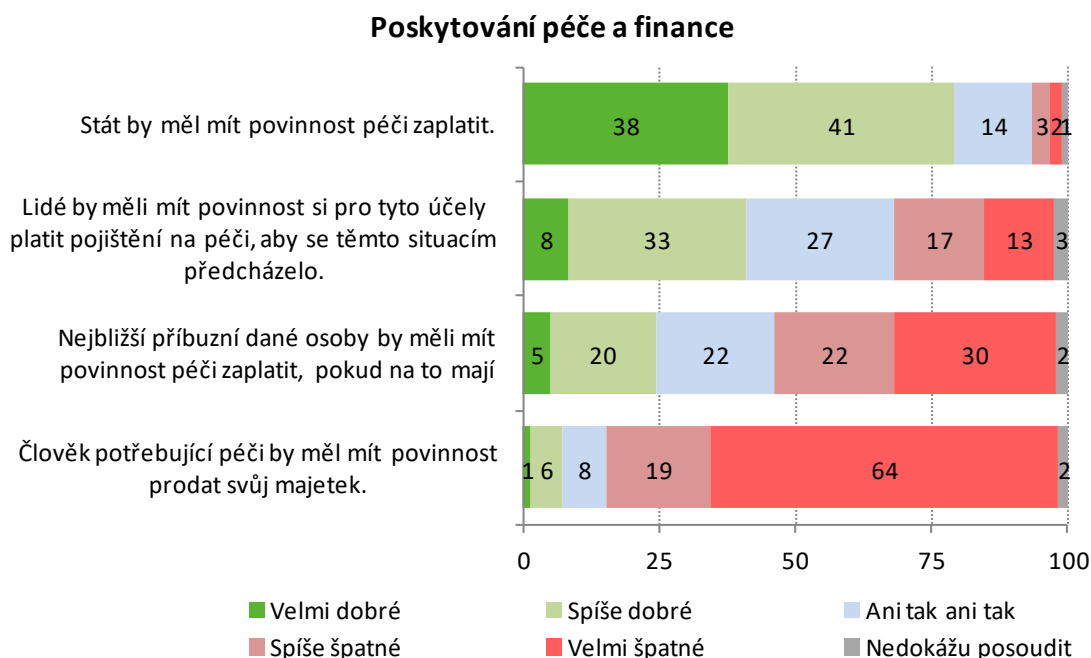
Nedá se říct, že by z hlediska sociodemografií byla nějaká skupina osob výrazně odlišná od jiné. Zajímavé určitě je, že názory na problematiku domácí péče nejsou nijak diferenciovány ani podle toho, zda dotyčná osoba o někomu pečuje či nikoliv. Názory aktuálně pečujících a nepečujících jsou na všechny výroky víceméně shodné.

- Ženy, osoby 60+ let a lidé z větších měst častěji souhlasí s tím, že tématu domácí péče by se měli věnovat politici. Naopak častěji s tím nesouhlasí muži, mladí lidé a osoby z menších vesnic.
- Výdej peněz na podporu domácí péče častěji schvalují osoby v důchodovém věku, naopak nejméně podporují osoby s nejvyššími příjmy domácnosti.
- Lidé z největších měst častěji nesouhlasí s tím, že v ČR je dobrá péče a že pečující se těší respektu a uznání. Naopak více si to myslí lidé z menších obcí.



Text otázky	Q7. Pokud je zapotřebí využít profesionální domácí péči či pobytovou sociální službu, ale osoba potřebující péči nemá dost peněz, které z následujících řešení financování jsou podle vašeho názoru dobrá a jaká nikoliv?
Vzorek	Q7. n=1253, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 2.



Finance spojené s poskytováním domácí péče jsou rozhodně důležitým, ač ne jednoznačně dominantním aspektem celého procesu – viz také dále. Naprostá většina osob (79 %) má za to, že český stát by měl mít povinnost péči (zde obecně, ne výhradně domácí péči) platit. Současně jsou lidé velmi silně přesvědčeni o tom, že osoba potřebující péči by neměla mít povinnost prodávat svůj majetek (celkem 83 %).

Povinnost platit si pojištění, které by mělo sloužit k předcházení problémům s financováním péče, je dobrá podle 41 % osob, zatímco dle 30 % osob by tato povinnost spíše nastat neměla.

Povinnost nejblíže příbuzných platit za péči o potřebnou osobu by se měla zavést podle 25 % Čechů, zatímco 50 % české veřejnosti je spíše proti tomuto zákonnému opatření.

Je tedy evidentní, že klíčovou roli ve financování péče o potřebné osoby by měl podle Čechů nést stát. Nemělo by docházet k případům, kdy by samotné osoby potřebující pomoc byly nuceny prodávat vlastní majetek a stejně tak není příliš dobře přijímána povinnost příbuzných za péči platit.



Tabulka 2.

PRŮMĚRY NA ŠKÁLE: 1=VELMI DOBRÉ 5=VELMI ŠPATNÉ		Stát by měl mít povinnost péči zaplatit.	Lidé by měli mít povinnost si pro tyto účely platit pojištění na péči, aby se těmto situacím předcházelo	Nejbližší příbuzní dané osoby by měli mít povinnost péči zaplatit, pokud na to mají	Člověk potřebující péči by měl mít povinnost prodat svůj majetek.
CELKEM		1,9	2,9	3,5	4,4
Jaké je pohlaví respondenta?	Žena	1,8	3,0	3,5	4,4
	Muž	2,0	2,8	3,6	4,4
Věk	18-29 let	2,0	2,7	3,6	4,4
	30-44 let	1,9	2,8	3,6	4,3
	45-59 let	2,0	2,9	3,4	4,3
	60+ let	1,8	3,2	3,5	4,5
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	ZŠ a nedokončené	1,8	3,1	3,5	4,5
	SŠ bez mat.	1,8	3,0	3,6	4,4
	SŠ s mat.	2,0	2,9	3,4	4,4
	VŠ a VOŠ	1,9	2,7	3,6	4,5
Jaké je Vaše ekonomické postavení?	Zaměstnanci	2,0	2,8	3,5	4,3
	Podnikatelé, OSVČ	2,0	2,8	3,6	4,4
	Osoby pobírající důchod	1,8	3,3	3,5	4,6
	Studenti	1,9	2,3	3,7	4,7
	Ostatní	1,8	3,2	3,4	4,4
Čistý příjem domácnosti	do 20 000 Kč	1,8	3,3	3,7	4,6
	20 000-35 000 Kč	1,9	3,0	3,5	4,3
	35 000-55 000 Kč	1,9	2,7	3,6	4,4
	55 000 Kč a více	2,1	2,3	3,6	4,4
	Odmítl/a odpovědět	1,9	3,0	3,3	4,4
Jaká je velikost obce, ve které žijete?	Do 999 obyv.	2,0	2,8	3,4	4,4
	1 000 – 4 999 obyv.	1,9	3,0	3,5	4,2
	5 000 - 19 999 obyv.	1,9	3,1	3,4	4,4
	20 000 - 99 999 obyv.	1,8	3,0	3,4	4,4
	100 000 a více obyv.	1,8	2,7	3,9	4,6
Pečuje o nějakou osobu	Ano	1,9	2,9	3,5	4,5
	Ne	1,9	2,9	3,6	4,4

Barevně jsou označeny statistické významnosti na hladině 95 %. Zeleně = významně více; červeně = významně méně než průměr

U detailního pohledu na názory jednotlivých sociodemografických skupin můžeme vidět, že zde existuje diference podle příjmu domácnosti. Lidé s nižšími příjmy domácnosti (zvl. osoby v důchodovém věku) jsou k problematice financování péče daleko citlivější než osoby s vyššími příjmy. Lidé s nižšími příjmy domácnosti častěji hodnotí jako dobré opatření zavést povinnost státu za péči platit. Naopak častěji hodnotí jako špatnou povinnost platit pojištění nebo nutnost prodat vlastní majetek.

Lidé s vyššími příjmy domácnosti méně často vyzdvihují roli státu a naopak jsou častěji pro osobní odpovědnost (povinnost platit pojištění). Povinnost platit pojištění také častěji označují jako dobrou variantu mladší lidé a lidé s VŠ vzděláním.

Opět je zde zajímavé, že se nijak neprofilují rozdílné názory osob podle toho, zda již o někoho pečují či nikoliv. Názory skupin aktuálně pečujících a nepečujících jsou prakticky totožné. Je tedy evidentní, že prožitá péče nemá žádný vliv na vnímání jednotlivých výroků spojených s financemi.

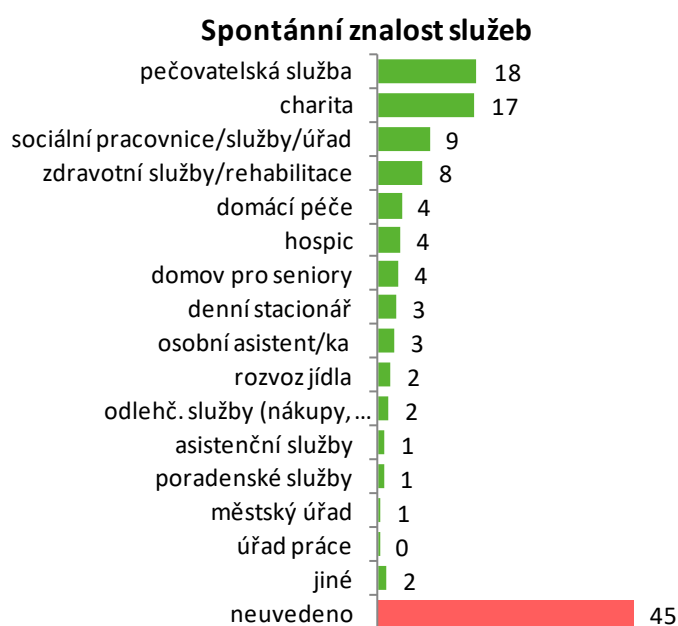


Znalost služeb spojených s péčí

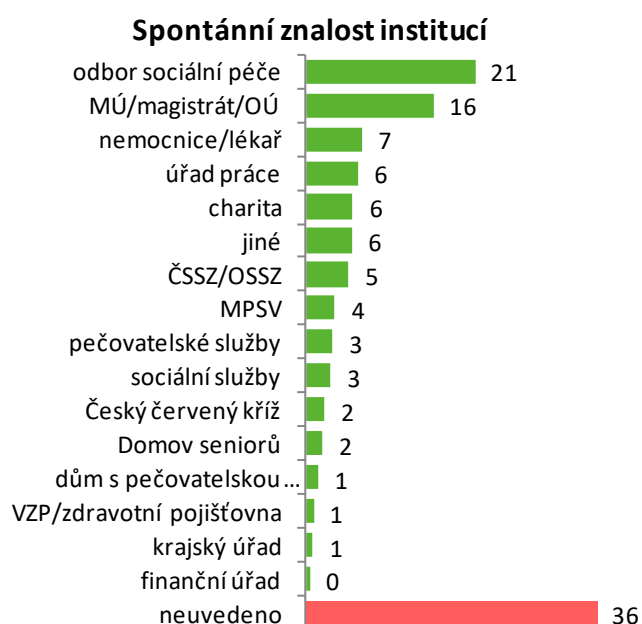
Text otázky	Q2. Znáte nějaké sociální služby podporující domácí péči? Pokud ano, řekněte prosím jaké? Q3. Znáte nějaké instituce nebo úřady, na které se lze v souvislosti s domácí péčí obrátit? Pokud ano, jaké? Q4. Znáte nějakou finanční či zákonnou podporu domácí péče? Pokud ano, jaké?
Vzorek	Q2., Q3. Q4. n=1253, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Následující otázky byly respondentům pokládány jako otevřené, tedy bez možnosti „nápovědy“. Odpovědi byly následně zakódovány do spojitých kategorií pracovníky centrály realizátora.

Graf č. 3.



Graf č. 4.

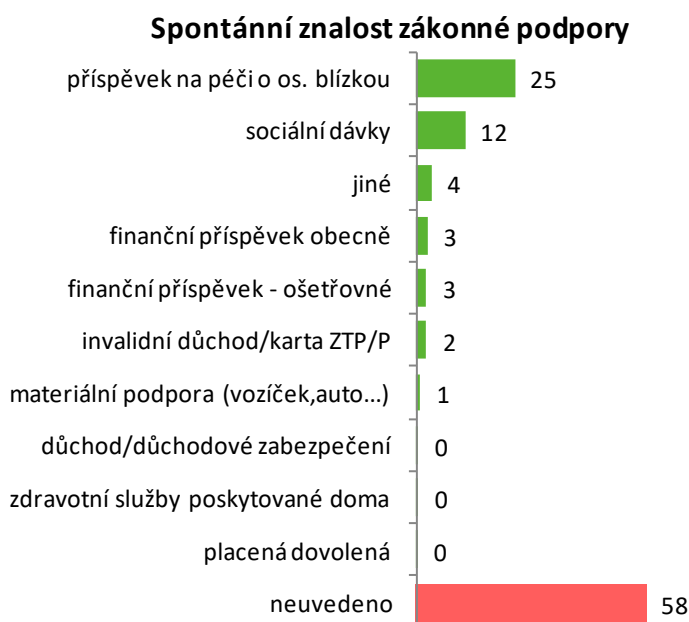


Spontánní jmenování služeb spojených s poskytováním / podporou domácí péče ukazuje, že lidé buď vůbec nejsou schopni jmenovat žádnou (45 %), nebo uvádějí velmi obecné formulace či služby. Nejčastěji je jmenována pečovatelská služba (18 %) a různé charity (17 %). Ostatní služby dokáže vyjmenovat méně než desetina populace – relativně často se mezi jmenovanými službami nachází pobytové služby (hospic, domov pro seniory, stacionáře) a také asistenční či poradenské služby obecně.

Stejná je situace také u spontánního jmenování institucí. S domácí péčí jsou nečastěji spojovány místní samosprávné úřady – tedy radnice / městský / obecní úřad (16 %) a případně konkrétněji odbor sociální péče na příslušném úřadě (21 %). S určitou četností se také objevují zdravotnické instituce (lékař, nemocnice...) nebo celorepublikové úřady (ministerstva, ČSSZ, úřady práce apod.). Téměř 4 z 10 Čechů žádnou takovou službu neznají.



Graf č. 5.

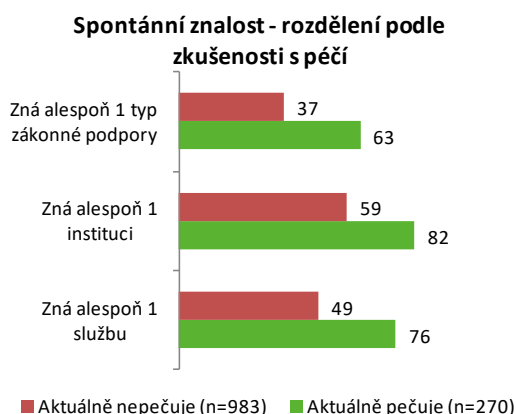


Nejmenší spontánní znalost je mezi lidmi ohledně typů zákonné podpory. Ani jeden typ podpory nezná 58 % osob. Z nabízených možností je zdaleka nejčastěji jmenovaný příspěvek na péči o osobu blízkou (25 %). Na druhém místě je pak obecný termín „sociální dávky“ většinou bez dalšího upřesnění, který jmenuje 12 % populace.

Z hlediska třídění podle základních sociodemografik můžeme konstatovat, že vyšší znalost jednotlivých typů služeb, institucí nebo zákonné podpory mají:

- ženy
- osoby pobírající důchod (a osoby starší 60 let)
- lidé s VŠ a VOŠ vzděláním

Graf č. 6.



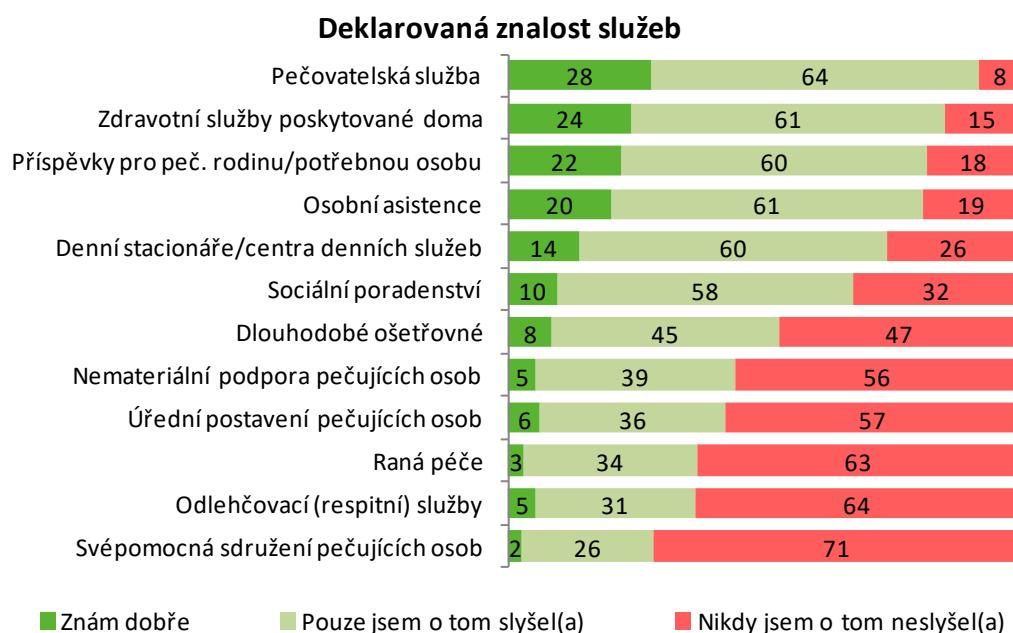
Kromě výše uvedených specifik existuje také velký rozdíl ve spontánním jmenování jednotlivých služeb z hlediska toho, zda osoba aktuálně o někoho pečuje nebo ne. Lidé, kteří mají s péčí v současné době zkušenosti, uvádějí v průměru 1,17 služeb, 1,20 institucí a 0,79 typů zákonné podpory. U osob aktuálně nepečujících to je 0,68 služby, 0,75 instituce a 0,41 typu zákonné podpory, tedy téměř poloviční počet.



Text otázky	Q5. Nyní se Vás zeptáme na existující formy podpory. Uveďte prosím, zda danou podporu znáte dobře, trochu nebo vůbec. Nejde nám o to, zda znáte konkrétní zařízení, ale spíš typ této podpory.
Vzorek	Q5. n=1253, údaje v %
Odchyłka	max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Následující otázka již nezkoumala spontánní znalosti jednotlivých typů služeb, ale testovala, zda lidé znají vyjmenované služby spojené s domácí péčí.

Graf č. 7.



Zde se potvrzuje výše uvedené zjištění, že pečovatelská služba poskytovaná zejména v domácnostech (tedy pomoc např. se stravou, hygienou, péčí o domácnost) je nejznámější forma podpory. Alespoň z doslechu ji zná 92 % osob. Obdobnou službu, která je podle nás často s pečovatelskou službou českou veřejností zaměňována (z dat to explicitně nevyplývá, ale můžeme tak soudit na základě nulového spontánního jmenování této služby v předchozí otázce), je pak osobní asistence. Alespoň z doslechu ji zná 81 % osob, tedy o 10 procentních bodů méně. Domníváme se, že pokud mohli respondenti „vedle sebe“ vidět tyto dvě služby, dokázali je v menší míře rozlišit a uvést svoje zkušenosti s těmito službami.

Na druhém místě jsou zde zdravotnické služby poskytované doma – tedy návštěvy profesionálních pracovníků přímo v domácnostech potřebných osob. Dobře je zná čtvrtina české veřejnosti a neznámé jsou pouze pro 15 %.

Naopak velmi nízkou znalost mezi obyvateli ČR vykazují formy podpory, jako jsou svépomocná sdružení, odlehčovací služby nebo raná péče. Do určité míry to souvisí s tím, že služby jsou dosti



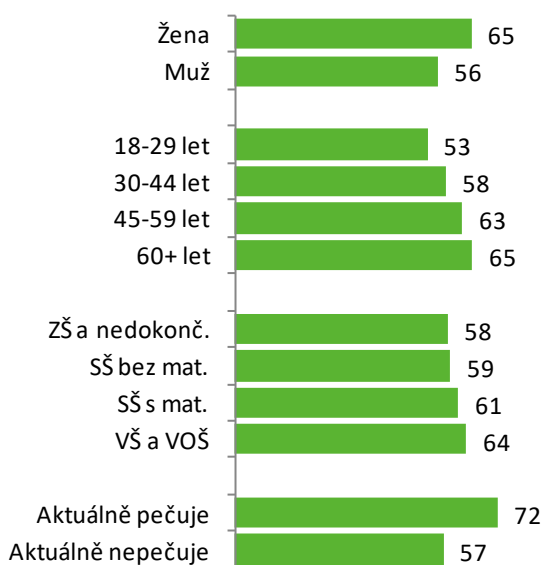
úzcce profilované (rané péče = cílová skupina, respitní služby = účel) a lidé nemají s takto konkrétními formami podpory dostatek zkušeností – ani osobních, ani zprostředkovaných.

Z hlediska sociodemografie můžeme velmi dobře sledovat rozdíly mezi jmenováním jednotlivých služeb. Statisticky významně více jednotlivé služby jmenují:

- ženy více než muži
- starší (60+ let) více než mladší (18-29 let)
- lidé s VŠ vzděláním více než lidé se ZŠ vzděláním
- lidé s aktuální zkušeností s domácí péčí více než lidé bez zkušenosti

Graf č. 8.

Podpořená znalost - průměrná znalost služeb dle demografií



Graf č. 8 ukazuje, jak se liší „průměrná“ uváděná znalost jednotlivých služeb. Hodnota v grafu vznikla jako prostý aritmetický průměr všech 12 sledovaných – tedy např. pokud nějakou službu znalo v cílové skupině 100 % mužů a jinou 0 % mužů, pak by výsledná hodnota byla 50 %.

Graf pouze dokresluje výše uvedená zjištění, tedy že ženy, starší osoby, lidé s vyšším vzděláním a také lidé s aktuální zkušeností s domácí péčí znají průměrně více služeb.



Podmínky poskytování péče

Text otázky	Q6. Označte prosím, jak moc důležité jsou následující podmínky pro to, aby lidé pečovali doma. Vyberte prosím max. 4 nejdůležitější podmínky.
Vzorek	Q6. n=1253, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 9.

Důležitost podmínek pro domácí péči



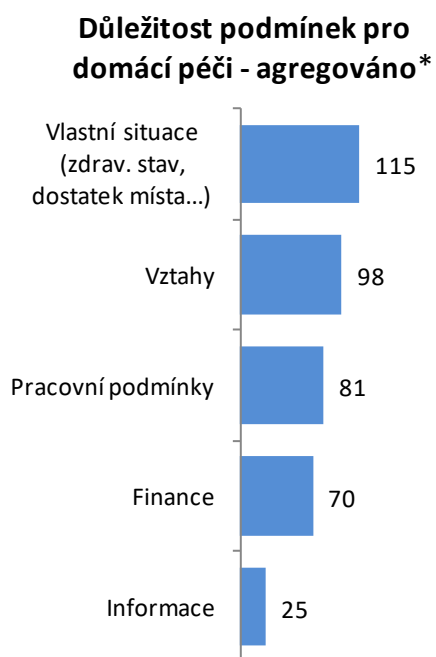
V obecné části dotazníku zaměřené na vnímání poskytování péče potřebným osobám jsme se také ptali na to, jaké podmínky jsou pro poskytování domácí péče podle nich ty nejpodstatnější. Respondenti měli možnost uvést maximálně 4 položky ze seznamu 15 uvedených a případně doplnit ještě nějakou vlastní. V průměru uváděli respondenti 3,88 položky, tedy téměř všichni „vyčerpali“ 4 povolené podmínky. Z toho můžeme usuzovat, že vnímaných podmínek je mnoho a jsou komplexní – existují samozřejmě podmínky dominantní a marginální (viz dále), nicméně pro kvalitní domácí péči je potřeba splnit kombinaci mnoha podmínek.

Ukazuje se, že finanční stránka věci je určitě podstatná, ale nikoliv dominantní. Jako nejdůležitější podmínku pro poskytování domácí péče uvádějí lidé nejčastěji vlastní dobrý zdravotní stav (47 %) a také dobré vztahy s osobou potřebující péči (40 %). Finanční odměnu pro pečující osobu nebo kompenzaci ušlého příjmu jmenuje 35 % osob.

Naopak relativně nejméně důležitá je podle veřejnosti dostupná psychologická pomoc (5 %) a přístup k informacím (7 %).



Graf č. 10.



* V grafu mají některé položky více než 100 %, protože se jedná o otázku s více možnostmi odpovědi

Výrok z Q6	Agregovaná kategorie
Vlastní dobrý zdravotní stav	Vlastní situace (zdrav. stav, blízkost, dostatek místa)
Dostatek místa v bytě či domě	
Pečující osoba a člověk, který potřebuje péči, bydlí blízko.	
Možnost odpočinout si od pečování, zatímco člověka zastoupí profesionální pečující	Vztahy
Dobré vztahy s člověkem, který potřebuje péči	
Podpora rodiny, partnera a přátel	
Povaha vhodná na pečování	Pracovní podmínky
Volno na péči ze zaměstnání se zárukou návratu po ukončení péče	
Možnost zkrácení pracovního úvazku	
Možnost využívat flexibilní formy práce (např. pracovat z domova, pružně si rozložit pracovní dobu)	Finance
Finanční kompenzace ušlého příjmu v případě, že pečující musel omezit či přerušit zaměstnání	
Finanční odměna pro pečující za vykonávanou péči	Informace
Zaškolení či vzdělávání, jak správně vykonávat domácí péči	
Snadný přístup k informacím o poskytování domácí péče	
Dostupnost psychologické nebo duchovní pomoci	

Agregace podmínek byla provedena na základě podobnosti jednotlivých podmínek tak, aby byla lépe vidět relativní důležitost okruhů podmínek pro poskytování domácí péče. Rozdělení bylo provedeno ad hoc na základě faktického obsahu výroku.

Pokud se podíváme na agregované podmínky, pak se jasně ukazuje, že vlastní podmínky pro poskytování domácí péče (tj. vlastní zdravotní stav, dostatek místa, blízkost potřebné osoby a možnost odpočinku) jsou na 1. místě. Následují vztahy s potřebnou osobou (společně s podporou rodiny). Dále to jsou vhodně nastavené pracovní podmínky (tedy možnost opustit práci se zárukou návratu, zkrácení úvazku apod.). Nejméně důležitá je z hlediska důležitosti informovanost – pro českou veřejnost (ač dosti málo informovanou) hrají aspekty, jako je možnost zaškolení, psychologická pomoc nebo snadný přístup k informacím aktuálně jen velmi malou roli.

Je tedy vidět, že stát může pomoci pečujícím osobám v nastavení např. podmínek práce nebo finančních kompenzací nebo dostupnými informacemi, nicméně hlavní důraz je českou veřejností kladem na aspekty péče, které nejsou externě ovlivnitelné.



Existují statisticky významné rozdíly v četnosti jmenování jednotlivých podmínek dle sociodemografických charakteristik.

- Vlastní dobrý zdravotní stav je důležitější pro seniory (sami mají zdravotní problémy, které by jim případnou domácí péči velmi komplikovaly).
- Lidé s nejvyššími příjmy domácnosti méně často uvádějí finanční stránku podpory (tedy přímá podpora nebo kompenzace ušlého příjmu), nicméně naopak častěji jmenují podporu rodiny a také možnost flexibilní práce.
- Ti, co aktuálně pečují, častěji uvádějí volno z práce s garancí návratu a také přístup k informacím. Zde je vidět, že informace hrají důležitější roli u těch, kteří s péčí mají zkušenost a dovedou si tedy představit, kolik informací k vykonávání péče vlastně reálně potřebují. Rozdíly u ostatních zkoumaných podmínek nejsou dle dělení aktuálně pečuje / nepečuje nijak statisticky významné.

Osobní zkušenosti s domácí péčí

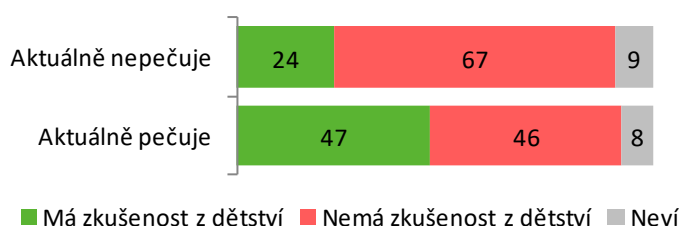
Text otázky	Q8. Teď si prosím vzpomeňte na své dětství a dospívání. Pečovali během této doby Vaši rodiče nebo jiní blízcí příbuzní dlouhodobě (tj. 3 a více měsíců) o někoho blízkého v domácím prostředí z důvodu jejich zdravotního postižení, dlouhodobé nemoci nebo kvůli problémům spojeným se stářím? Q9. Odehrávala se tato péče přímo v domácnosti, kde jste jako dítě žil/a?
Vzorek	Q8. n=1253, Q9. n=357 - jen ti, kteří odpověděli ANO na otázku Q8.
Odchylka	Q8. max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %) Q9. max. odchylka +/-5 p.b. (při distribuci 50 %)

Pro další analýzy vztahující se k problematice pečování a domácí péče byla v rámci dotazníkového šetření zjišťována vlastní zkušenost s domácí péčí v době dospívání respondenta. Celkem 28 % Čechů deklaruje, že v době dospívání měli zkušenost s péčí o příbuzného a z těchto lidí pak 68 % deklaruje domácí péči.

Z celkové populace tedy evidujeme cca 18 % osob, které mají z mládí zkušenost s domácí péčí. Jedná se častěji o osoby starší 60 let, ženy a také o osoby ze středních měst.

Graf č. 11.

Zkušenost s domácí péčí v minulosti - podle aktuální zkušenosti s péčí



Existuje korelace mezi zkušeností s péčí v minulosti a aktuální péčí – jak ukazuje graf č. 11, ti co zkušenost z dětství mají, sami častěji aktuálně pečují.

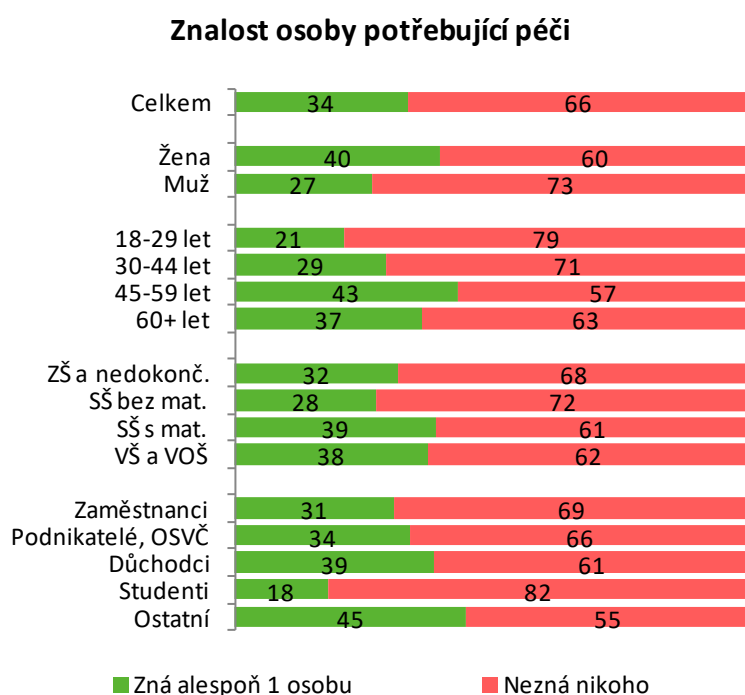


Kapitola 2 – Znalost osob potřebujících péči

Znalost osob potřebujících péči

Text otázky	A1. Jmenujte prosím všechny Vaše blízké z rodiny či nejbližších přátel, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby z důvodu zdravotního postižení, dlouhodobé nemoci nebo kvůli problémům spojeným s vysokým věkem. Máme tím na mysli osoby, které žijí v domácím prostředí, ale i osoby, které žijí trvale v sociálním nebo zdravotnickém zařízení (domově pro seniory, LDN apod.). Může jít klidně pouze o pomoc s údržbou domácnosti, nákupy nebo zařizováním úředních záležitostí, nejen o přímou péči o zdravotní stav.
Vzorek	A1. n=1253, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 12.



Celkem 34 % české veřejnosti zná někoho, kdo potřebuje pravidelnou pomoc jiné osoby. V průměru Češi znají 0,42 osob, které potřebují pravidelnou péči. Potřebné osoby jsou častěji v okolí žen, osob ve středním věku, naopak studenti (a obecně lidé do 29 let věku) znají nějakou osobu, která pomoc potřebuje méně.

Ti, kteří nějakou osobu znají, pak v průměru uvádějí 1,25 osoby.

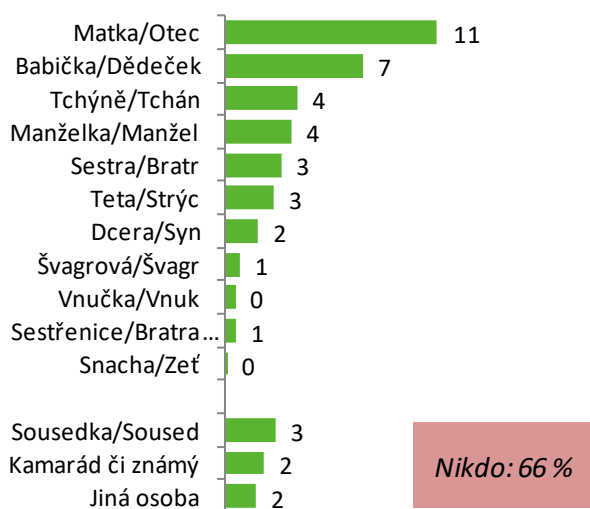
Pro odhad celkového počtu osob potřebujících péči na našem území nelze použít aplikaci získaných hodnot na celou populaci – tedy, že z 8,5 milionu obyvatel ČR (18+ let) zná každý 0,42 potřebné osoby, což je cca 3,5 milionu potřebných osob. Jednu osobu potřebující péči zná zcela určitě širší okruh osob, tedy výsledná hodnota bude výrazně nižší.



Text otázky	A1. Jmenujte prosím všechny Vaše blízké z rodiny či nejbližších přátel, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby z důvodu zdravotního postižení, dlouhodobé nemoci nebo kvůli problémům spojeným s vysokým věkem. Máme tím na mysli osoby, které žijí v domácím prostředí, ale i osoby, které žijí trvale v sociálním nebo zdravotnickém zařízení (domově pro seniory, LDN apod.). Může jít klidně pouze o pomoc s údržbou domácnosti, nákupy nebo zařizováním úředních záležitostí, nejen o přímou péči o zdravotní stav.
Vzorek	A1. Graf. č. 13 n=1253 osob, Graf č. 14 n= 420 osob – jen ti, kteří znají závislou osobu, údaje v %
Odchylka	Graf č.13 max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %), Graf č.14 max. odchylka +/-5 p.b. (při distribuci 50 %)

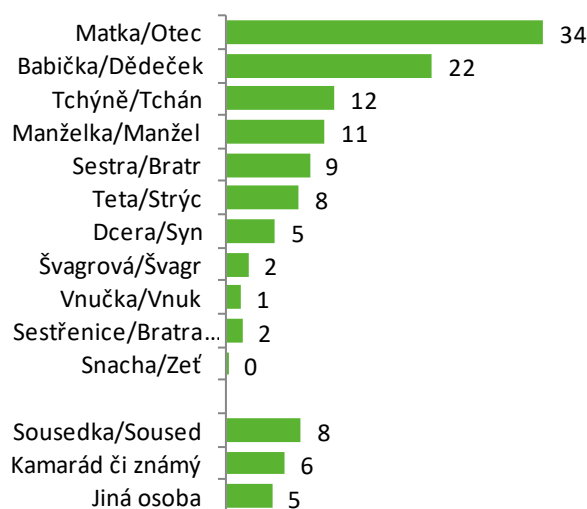
Graf č. 13.

Znalost osob potřebující péči - celá populace



Graf č. 14.

Znalost osob potřebující péči - pouze ti, kteří někoho znají



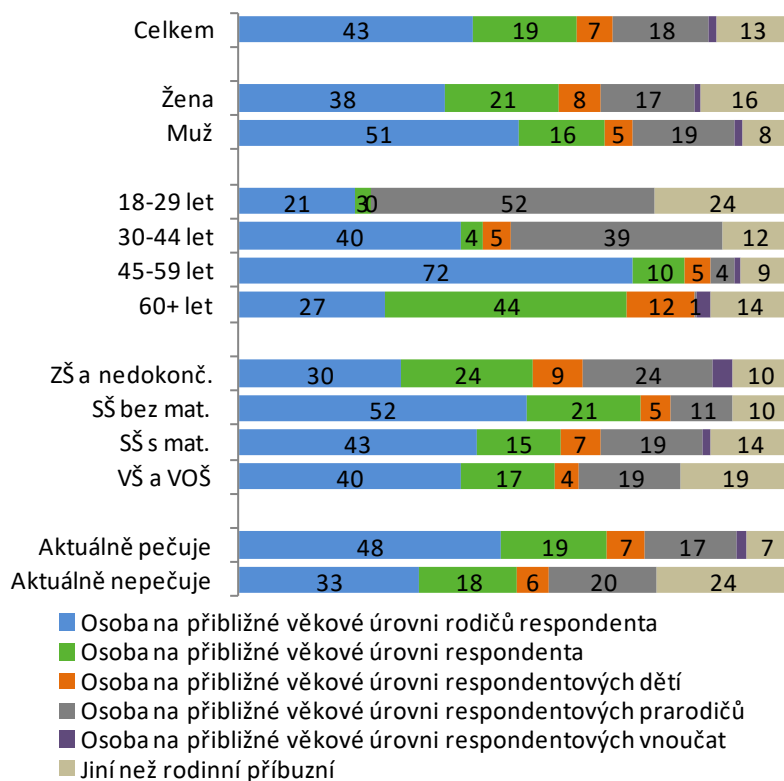
Kromě počtů osob potřebujících péči, které respondenti jmenovali, byl zkoumán také jejich příbuzenský vztah. Z hlediska příbuznosti se nejčastěji jedná o rodiče (11 % z celé populace, tedy 34 % z těch, co někoho znají) a prarodiče (7 % / 22 %). Ostatní příbuzní tvoří přibližně 17 % resp. 50 %. Posledních 7 % resp. 19 % tvoří osoby, které nejsou k respondentovi v žádném příbuzenském vztahu – tedy kamarádi, známí a sousedé.

Je tedy vidět, že většina osob, které potřebují péči, je z okruhu rodiny – jen menší část osob zná potřebnou osobu z jiného než širšího rodinného kruhu.



Graf č. 15.

Znalost osob potřebujících péči podle přibližné věkové úrovně (vycházející z rodinného vztahu) *



Příbuzenství z A1.	Agregovaná kategorie
Matka/Otec	Osoba na přibližné věkové úrovni rodičů respondenta
Tchýně/Tchán	
Teta/Strýc	
Manželka/Manžel	Osoba na přibližné věkové úrovni respondenta
Sestra/Bratr	
Švagrová/Švagr	
Sestřenice/Bratranec	
Dcera/Syn	Osoba na přibližné věkové úrovni respondentových dětí
Snacha/Zetě	
Neteř/Synovec	
Babička/Dědeček	Osoba na přibližné věkové úrovni respondentových prarodičů
Vnučka/Vnuk	Osoba na přibližné věkové úrovni respondentových vnoučat
Sousedka/Soused	Jiní než rodinní příbuzní
Kamarád či známý	
Jiná osoba	

* Graf je vypočítán z celkového počtu odpovědí, tedy n=526 – součet je tedy 100 % oproti grafu č. 13 výše.

Abychom dokázali lépe pochopit, v jakém okruhu se lidé potřebující péči častěji vyskytují, agregovali jsme příbuzenství do věkových kategorií vztahených k respondentovi – tak se v jedné kategorii může objevit např. i otec i strýc, protože obě dvě osoby jsou na přibližné (!) věkové úrovni rodičů (strýc = otcův bratr). Příbuzenství je možné agregovat i např. po stupních příbuzenství, nicméně i tato agregace nám přináší zajímavé výsledky.

Češi dokážou jmenovat nejčastěji osoby potřebující péči, které jsou přibližně ve věku jejich rodičů (43 % odpovědí). Následuje přibližně věková kategorie samotných respondentů (19 % odpovědí) a jejich prarodičů (18 %).

Samozřejmě existuje závislost na věku samotného respondenta – zde tedy mladí lidé do 29 let (ale i osoby ve věku 30-44 let) častěji znají své prarodiče, naopak senioři častěji znají osoby na své věkové úrovni. Zajímavé také je, že osoby, které aktuálně nepečují, znají častěji jiné než rodinné příslušníky.



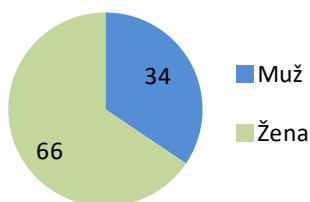
Další deskripce osob, které potřebují péči

V následujících kapitolách budeme ukazovat výsledky, které jsou poněkud obtížně interpretovatelné. Ukázali jsme si, že celkem 34 % Čechů zná alespoň 1 osobu, která pomoc potřebuje. Nicméně respondenti v dotazníkovém šetření měli možnost uvést více než jednu takovou osobu; v průměru uváděli respondenti 1,25 osoby. V grafech níže je tak báze (tedy počet osob, které znají závislou osobu $n=420$) tak počet jejich odpovědí (tedy počet osob, které znají $n=526$). Uváděná % jsou vždy z odpovědí, tedy ukazují skladbu osob, které respondenti znají a uvádějí je jako osoby potřebující pravidelnou péči.

Text otázky	A2. Zapište prosím pohlaví osoby:(doplňte z A1) A3. Kolik je osobě(doplňte z A1) let? A5. Na číselné škále 1 až 10 zhodnoťte svůj vztah k(doplňte z A1). 1 znamená „špatný vztah“ a 10 „dobrý vztah“.
Vzorek	$n=420$ osob lidí kteří znají někoho, kdo potřebují pravidelnou pomoc, z toho 526 odpovědí, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-5 p.b. (při distribuci 50 %)

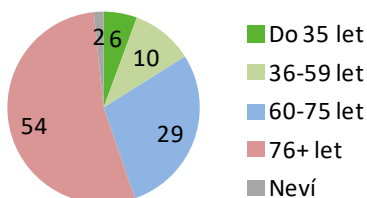
Graf č. 16.

Pohlaví osoby, která potřebuje péči



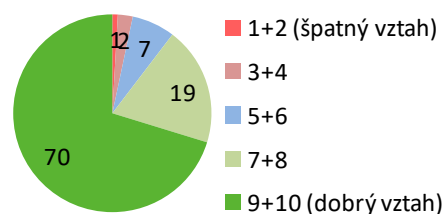
Graf č. 17.

Věk osoby, která potřebuje péči



Graf č. 18.

Vztah k osobě, která potřebuje péči



Ti, kteří nějakou osobu znají, z větší části jmenují ženy (66 %) než muže. V naprosté většině také jmenují osobu ve věku 60 a více let (83 %). Pozitivní určitě je, že k dané osobě, kterou respondenti jmenují, mají v naprosté většině velmi kladný vztah (71 %). Pouze velmi malá část potřebných osob má k respondentům vztah špatný. Vztah k dané osobě hraje určitou roli v tom, zda potřebná osoba využívá domácí nebo institucionální péči (viz dále).

Z hlediska souvislostí mezi věkem a pohlavím potřebných osob můžeme sledovat:

- do věku 59 let není rozdíl mezi pohlavími
- ve věku 60-75 jsou to častěji muži
- ve věku 76 a více let jsou to častěji ženy

Tato fakta souvisí s demografickou strukturou populace ČR, kde se ženy v průměru dožívají o 6 let více než muži (82 vs. 76 let, dle ČSÚ) a potřeba péče tak u nich nastává později než u mužů.



Důvody potřebnosti péče

Text otázky	A4. Do jaké zdravotní skupiny (nebo i kombinace více skupin) byste osobu:(doplňte z A1) zařadil/a?
Vzorek	n=420 osob lidí kteří znají někoho, kdo potřebují pravidelnou pomoc, z toho 526 odpovědí, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-5 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 19.

Důvody potřebnosti péče



Lidé znají nejčastěji osoby, u nichž byl důvodem potřebnosti pravidelné pomoci od jiné osoby věk (57 %) a tělesné postižení (34 %). Odpovídá to výše uvedenému zjištění, že zdaleka největší část (82 %, viz graf č. 17) osob, které potřebují péči je ve věku 60 a více let – jedná se tedy o seniory, kteří péči potřebují z důvodu svého věku. První 2 zmiňované kategorie se mohou prolínat – pokud měla osoba potřebující péči drobnější potíže vyplývající především z vysokého věku, pak ji respondenti měli zařazovat do kategorie seniorů. Pokud byly obtíže vážnějšího rázu, pak do kategorie „tělesné postižení“ nebo jiných, konkrétnějších kategorií. V průměru uváděli lidé 1,5 důvodu potřebnosti péče. Polovina těch, kteří jako důvod uvedli vysoký věk, nemá žádné další obtíže. Největší část z nich pak k věku uvádí ještě nějaké fyzické omezení. V případě nějakého onemocnění (rakovina, konečné stadium) byly kombinace důvodů nejméně časté, naopak nejvíce kombinací důvodů bylo v případě psychických potíží.

Tabulka 3.

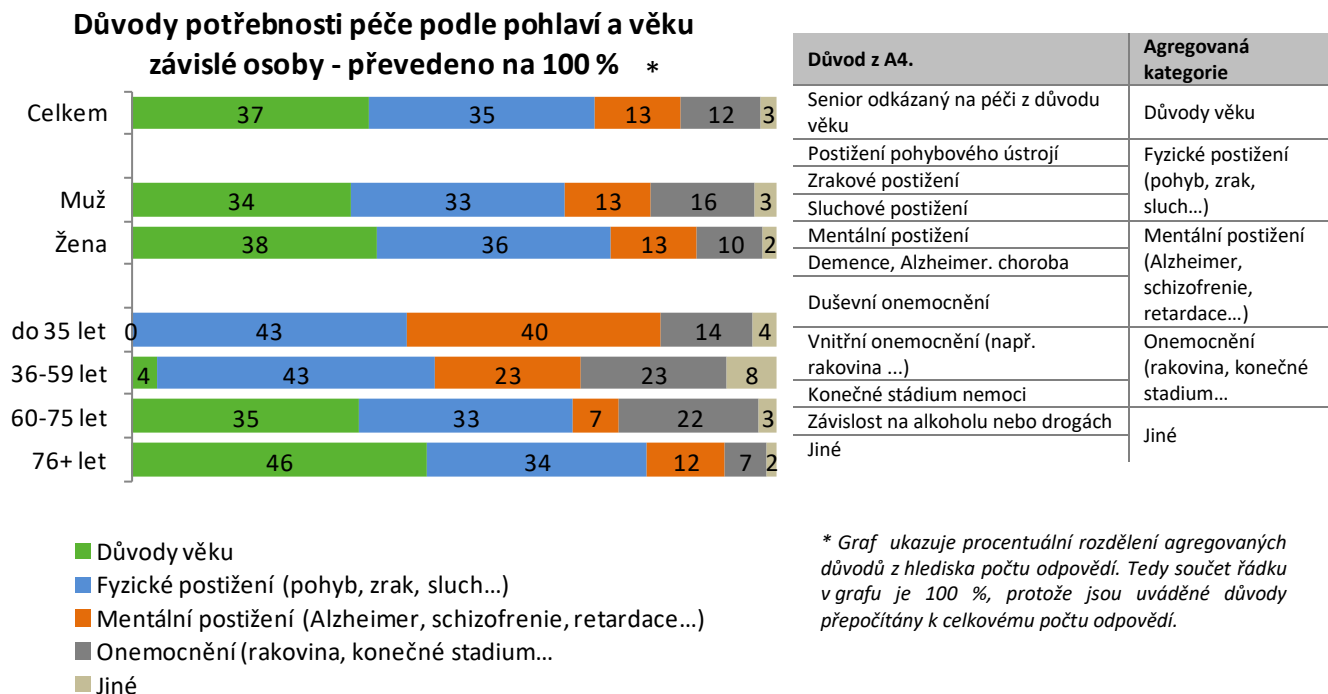
Kombinace agregovaných důvodů* (údaje v % - řádková procenta)	Důvody věku	Fyzické postižení (pohyb, zrak, sluch...)	Mentální postižení (Alzheimer, schizofrenie, retardace...)	Onemocnění (rakovina, konečné stadium...)
Důvody věku	49	28	5	5
Fyzické postižení (pohyb, zrak, sluch...)	39	40	12	3
Mentální postižení (Alzheimer, schizofrenie, retardace...)	23	39	38	0
Onemocnění (rakovina, konečné stadium...)	18	10	2	70

V tabulce nejsou uváděna % za kombinaci více důvodů a také „ostatních“ důvodů

* Agregace důvodů potřebnosti péče je popsána u grafu č. 20.



Graf č. 20.



Vzhledem k pestré škále jednotlivých důvodů potřebnosti péče jsme 10 uváděných důvodů prostým součtem agregovali do 5 hlavních skupin důvodů potřebnosti podle souhrnného typu postižení tak, aby byly výsledky lépe čitelné a průkazné.

Z hlediska agregovaných důvodů potřebnosti péče jasně dominují výše uvedené důvody (viz graf č. 19). Více než třetina všech důvodů pro péči je věk potřebné osoby (37 %) a fyzické postižení či omezení (33 %). Ostatní důvody jsou uváděny relativně méně často – mentální postižení 13 % a vážná onemocnění 12 %. Důvod potřebnosti péče z hlediska věku přirozeně prudce stoupá. Zatímco u nejmladší věkové skupiny do 35 let se důvod nevyskytuje ani jeden, v nejstarší věkové skupině 76 a více let je to již téměř polovina. Naproti tomu fyzické postižení je u všech věkových skupin víceméně konstantně zastoupeno, naopak s rostoucím věkem četnost tohoto jmenování spíše klesá. U nejmladší věkové skupiny osob potřebujících péči je velmi výrazně zastoupen důvod „mentální postižení“. V tomto případě má nulovou četnost Alzheimerova choroba, ale podílí se na ní jiné mentální postižení jako Downův syndrom, schizofrenie nebo jiné poruchy osobnosti.

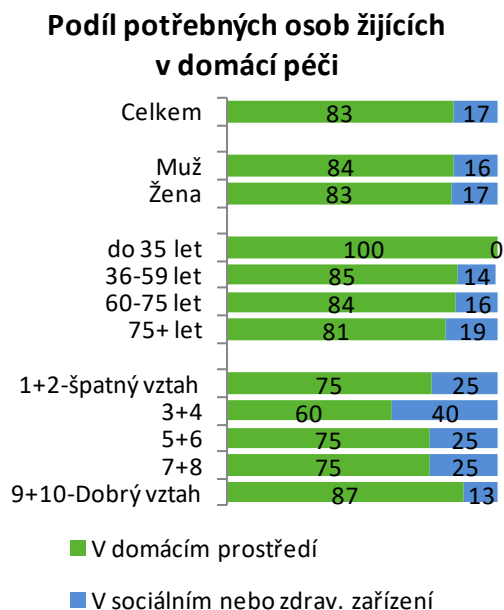
Rakovina (případně jiná vnitřní onemocnění) a konečné stadium nemoci není hlavním důvodem péče pro osoby v nejvyšší věkové kategorii. Tyto důvody jsou silně především mezi 36-75 rokem potřebné osoby.



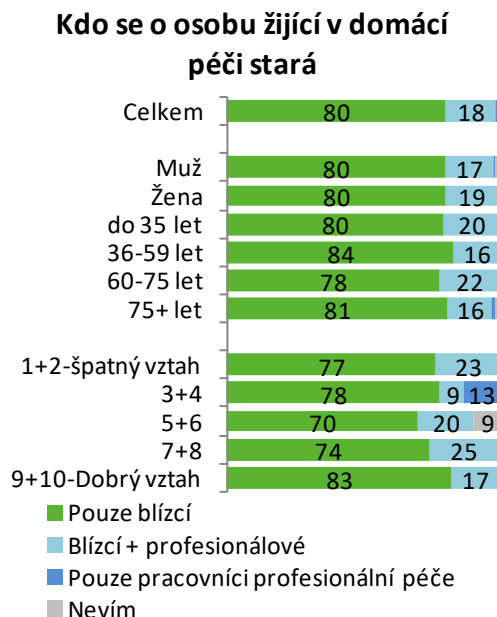
Domácí péče

Text otázky	A6. Kde(doplňte z A1) trvale žije? A7. Kdo o(doplňte z A1) pečuje?
Vzorek	A6. n=420 osob lidí, kteří znají někoho, kdo potřebují pravidelnou pomoc, z toho 526 odpovědí, údaje v % A7. n=349 osob, osob lidí, kteří znají někoho, kdo potřebují pravidelnou pomoc a současně žije v domácím prostředí, z toho 437 odpovědí, údaje v %
Odchylka	A6. max. odchylka +/-5 p.b. (při distribuci 50 %), A7. max. odchylka +/-5 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 21.



Graf č. 22.



Osoby, které potřebují pravidelnou pomoc, žijí zdaleka nejčastěji v domácím prostředí (84 %). Pouze malá část z nich (16 %) žije v sociálním nebo zdravotnickém zařízení. Je tedy evidentní, že domácí péče je hojně využívána a také jistě preferována závislými osobami. Dále se ukazuje, že to, zda osoba žije v sociálním nebo zdravotním zařízení, je závislé na věku (čím starší osoba je, tím častěji žije v sociálním zařízení) a také na vztahu respondenta k závislé osobě. Jak již bylo výše zmíněno, čím pozitivnější vztah k závislé osobě respondenti mají, tím spíše bude tato osoba v domácím prostředí. Je tedy evidentní, že faktor „vztahu k dané závislé osobě“ může hrát v uvažování o domácí péči určitou roli. Naopak roli zde nehraje ani příjem domácnosti ani ekonomická aktivita respondentů.

Pokud žije potřebná osoba v domácím prostředí, pak se o ni s naprostou dominantní četností starají pouze její blízcí (80 %). V necelé pětině případů se blízcí dělí o péči s profesionálními pracovníky. To, že by se o osobu v domácí péči starali výhradně profesionální pracovníci, je velmi ojedinělý jev (1 %). Rozdílnost poskytované péče podle pohlaví, věku závislé osoby nebo vztahu respondenta k dané osobě prakticky neexistuje.

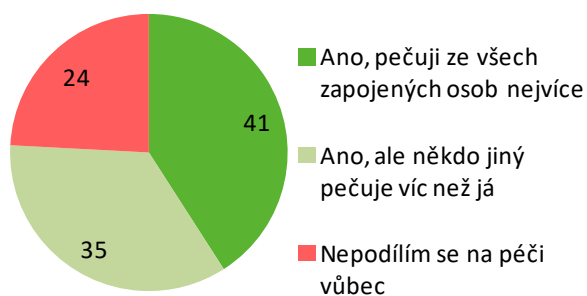


Profil pečujícího

Text otázky	A8. Podílíte se Vy osobně na péči o(doplňte z A1)? Může jít klidně pouze o pomoc s údržbou domácnosti, nákupy nebo zařizováním úředních záležitostí, nejen o přímou péči o zdravotní stav.
Vzorek	n=344 osob lidé kteří znají někoho, kdo potřebují pravidelnou pomoc, z toho 431 odpovědí, údaje v %
Odchyłka	max. odchylka +/-5 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 23.

Osobní angažovanost při péči

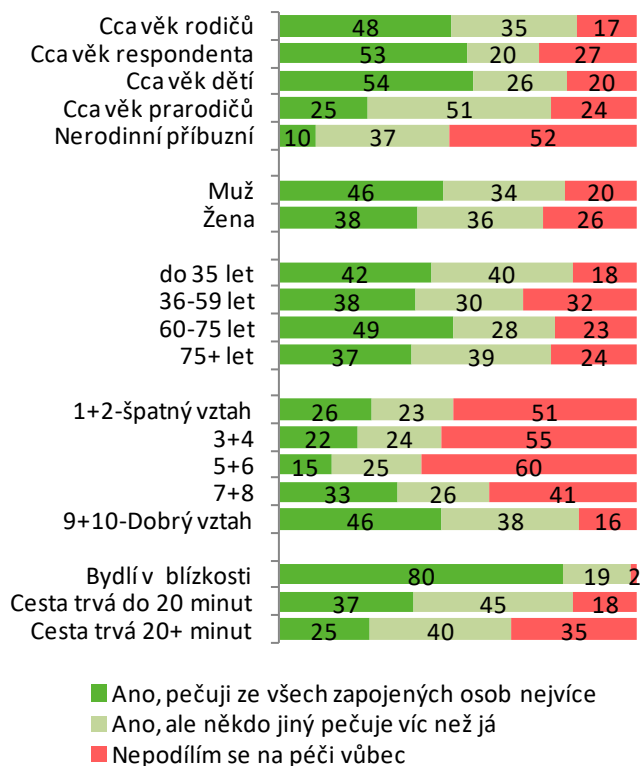


Přibližně čtvrtina osob, které mají nějaké příbuzné potřebující péči, se na ní vůbec nepodílí. Jsou to častěji mladí lidé do 29 let, kde je podíl nepečujících 33 % a zajímavě také vychází korelace s velikostí místa bydliště – ukazuje se, že lidé z největších měst se na péči podílí nejméně (33 %).

Naopak 41 % těch, kteří nějakou závislou osobu znají, uvádí, že o ni pečuje. Při třídění podle sociodemografie pečujících osob neshledáváme žádné významné rozdíly – jen ženy pečují „nejvíce“ častěji než muži. Nicméně pokud se podíváme na charakteristiky závislých osob, pak se ukazují některé rozdíly (viz graf č. 24 níže).

Graf č. 24.

Osobní angažovanost při péči dle charakteristik závislé osoby



Nejméně pečují lidé o osoby, které nejsou jejich rodinnými příslušníky. Je to přirozené – lidé znají nějakou osobu v sousedství, ale na péči o ní se polovina z nich nepodílí. I tak je ale překvapivé, že druhá polovina osob uvádí, že dokonce i o nerodinné příslušníky se (i když ne vždy nejvíce) stará.

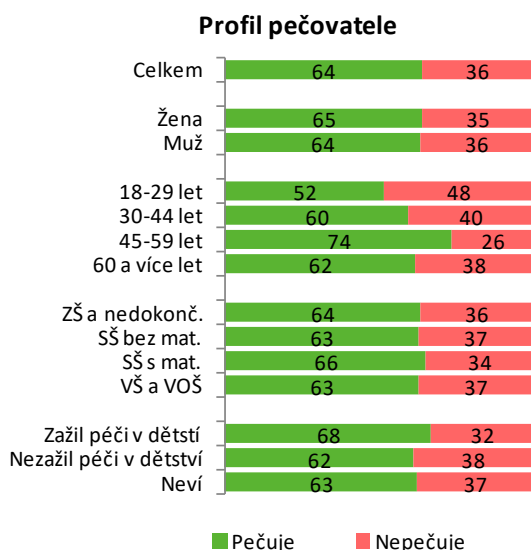
Lidé se také častěji starají o muže, a o ty, ke kterým mají dobrý vztah.

Velmi velkou roli hraje blízkost bydliště. Pokud závislá osoba bydlí v blízkosti, pak sledujeme podíl 80 % dotázaných, kteří osobu nejen znají, ale také o ni pečují. Pokud osoba bydlí dále než 20 minut od respondenta, pak pečuje jen 25 % dotázaných.



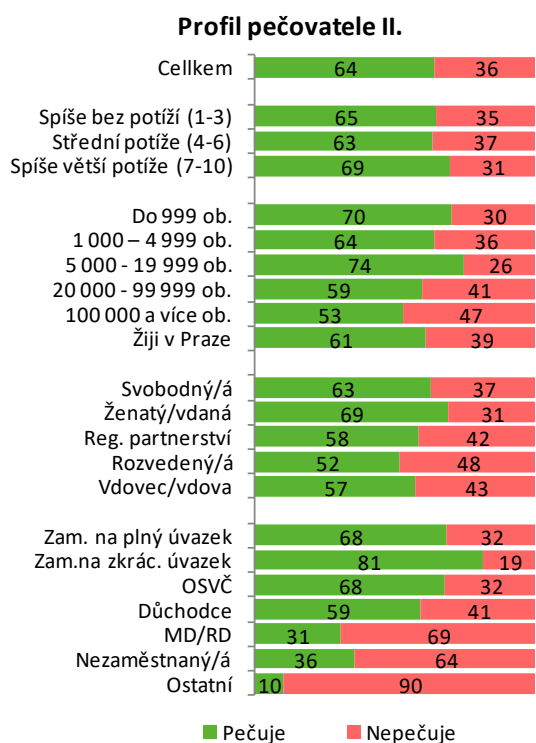
Abychom určili, jaká je vlastně skupina těch, kteří se na péči podílí, vytvořili jsme profil pečujících – tedy rozdíl mezi osobami, které nějakou závislou osobu v okolí mají a na péči se podílí a těmi, kteří takovou osobu znají, ale na péči se nepodílí. Do analýzy vstoupilo tedy celkem n=420 osob se znalostí závislé osoby rozdělených na n=270 těch co pečují a n=150 těch, kteří aktuálně nepečují.

Graf č. 25.



Celkem tedy můžeme vidět, že 64 % z těch, kteří ve svém okolí nějakou osobu mají, o ni také pečují. Nemůžeme říct, že by se pečující od nepečujících nějak lišili v základních sociodemografických znacích. Distribuce pečování je mezi muži i ženami přibližně stejná, stejně tak se neprojevuje vzdělání ani to, zda měla daná osoba v mládí zkušenosti s domácí péčí. Drobnější výjimka je v případě mladých osob do 29 let věku, kdy je podíl pečujících nižší (52 %) a naopak u osob 45-59 let vyšší (74 %).

Graf č. 26.



V tom, zda bude daná osoba pečovat nebo ne, nehraje roli ani vlastní zdravotní stav, ani velikost místa bydliště a ani rodinný stav.

Určitou roli hraje to, zda je osoba zaměstnaná či nikoliv – zaměstnané osoby (a to především na zkrácený úvazek) pečují častěji než ostatní. Nedá se ale tvrdit, že by např. osoby v důchodovém věku o své bližní nepečovali – jen tak činí v nižší míře než zaměstnanci.

U ekonomické aktivity jsou v některých kategoriích (např. mateřská / rodičovská dovolená) jen desítky osob a vypovídající hodnota údajů tak není vysoká.

Pro lepší přehled o charakteristikách pečujících jsme

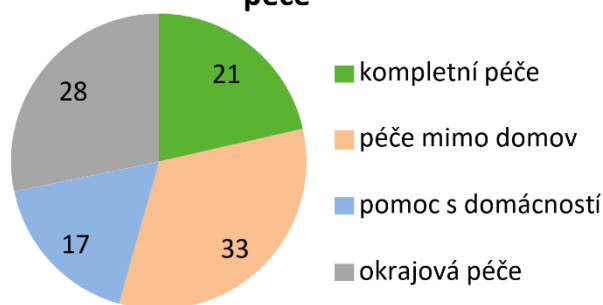


provedli segmentační analýzu (clusterová analýza podle otázek: A8 - hlavní / vedlejší pečující osoba a počet závislých osob, b3 - konkrétní činnosti prováděné respondentem, jejich počet a počet zapojených dalších osob, b5 - příspěvek na péči, b4 - čas věnovaný péči). Segmentace byla provedena na 270 osobách, které v současnosti o někoho pečují.

Níže jsou popsány skutečnosti, kterými se jednotlivé definované segmenty významně liší od průměru (tj. všech pečujících). Neznamená to ale, že by v tomto směru byly výlučné. Tedy například, pokud tvrdíme, že v segmentu „péče mimo domov“ vykonávají pečující méně často péči o domácnost, neznamená to, že by ji neprováděli vůbec, ale že ji provádí relativně méně než ostatní segmenty.

Graf č. 27.

Segmentace dle typu poskytované péče



Rozložení segmentů – největší zastoupení má segment péče mimo domov (33 % pečujících). V nejvíce angažovaném segmentu Kompletní péče je pětina pečujících.

Všechny segmenty mají vyšší zkušenost s péčí o někoho doma z dětství a dospívání a liší se vykonávanými činnostmi a celkovou intenzitou zapojení.

Segment kompletní péče

- Tito pečující jsou ze 3/4 ženy, většinou nad 60 let, v důchodovém věku.
- Jedná se o hlavní osoby, které pečují nejčastěji o matku nebo manžela.
- Většinou se starají o osobu, která pobírá příspěvek na péči (má vyšší stupeň závislosti).
- Chtěli, aby osoba zůstala doma, pečují o ni ve společné domácnosti.
- Většinou sami zajišťují všech 8 dotazovaných prvků domácí péče: přímou péči, starost o domácnost, správu financí i finanční výpomoc, organizaci pomoci, doprovod a dopravu, jednání s úřady i rehabilitaci.
- S organizací pomoci jim vypomáhají děti a s doprovodem nebo dopravou partneři.
- Více než 1/2 z nich pečuje déle než 5 let a to 16 a více hodin týdně. Průměrně jde zhruba o 37 hodin týdně.
- Intenzivní péče na ně má největší dopad, proto významně častěji uvádějí negativní zkušenosti s péčí, tedy že se zhoršila jejich finanční situace, zdraví a psychický stav.
- Poněkud překvapivě se domnívají, že pečující se v ČR těší uznání.



Segment péče mimo domov

- Většina pečujících je středního věku (starší 40 let) a jsou to téměř vyrovnaně muži i ženy. Z hlediska ekonomické aktivity se jedná o zaměstnané osoby.
- Více než polovina z nich jsou hlavní pečující osobou, ale na rozdíl od prvního segmentu neprovádějí tak intenzivně přímou péči a péči o domácnost. Přesto vykonávají zhruba 4-6 úkonů. Zejména organizují pomoc, doprovázejí a dopravují osobu do potřebných zařízení a za službami. To jim zabere cca 16 hodin týdně.
- Vykonávaná péče na ně nemá zásadní dopad, signifikantně méně často uvádějí jako negativní zkušenost psychické problémy (vyhoření).
- Osoby, o které se starají, bydlí často dál od jejich bydliště, mají méně často tělesný hendikep a celkově lehčí stupeň závislosti. Často jsou to rodiče a příbuzní na jejich věkové úrovni. Příspěvek na péči pobírá zhruba polovina z nich.

Segment pomoc s domácností

- V této skupině jsou zastoupeni příslušníci obou pohlaví, s nesignifikantní převahou žen a napříč všemi věkovými skupinami. V domácnosti jsou často zaměstnaní dva lidé a do péče se obvykle zapojují také dvě osoby. Starají se intenzivně o domácnost závislé osoby, a spíše okrajově zajišťují přímou péči (celkem zajišťují 2-3 z úkonů).
- Častěji, než v jiných segmentech pečují pouze o jednu osobu. Jedná se hlavně o rodiče a prarodiče. Závislé osoby bydlí dál.
- Průměrný počet hodin, který stráví pomocí, je podobný jako u druhého segmentu, cca 14 hodin. Přímou péči nepotřebuje zhruba polovina ze závislých osob. Příspěvek na péči dostává jen 12 % z nich.
- Z nabízených prvků péče dané osoby nepotřebují: správu financí, organizaci pomoci, jednání s úřady.
- Pro většinu jde péče o někoho blízkého dobře skloubit s jejich vlastním životem. Umí si také představit, že kdyby se péče stala náročnější, zvládli by ji vykonávat i nadále.
- Více než polovina osob z tohoto segmentu, nikdy nevyužila soc. ani zdravotní služby pro závislé osoby. A tři čtvrtiny nevyužily pomoc pro sebe.
- Tito pečující více souhlasí s názorem, že by měl stát zajistit lepší finanční podporu pro pečující.



Segment okrajové péče

- Často mladí lidé do 30 let, kteří z 84 % nejsou hlavní osobou, která pečuje o závislé osoby. Spíše odlehčují dalším pečujícím (rodičům) a jiným příbuzným ženám. O osoby blízké totiž pečuje najednou více lidí, než je zapojeno u ostatních segmentů.
- Sami často nevykonávají žádný z konkrétních prvků péče ani nepodporují osobu finančně. Zapojují se do maximálně 3 prvků péče (2/5 do žádného z nabízených). Nejvíce pomáhají s péčí o domácnost.
- Čas, který pomoci věnují je cca 7 hodin týdně (polovina ještě méně než 5 hodin). Nejčastěji ze všech pečujících nedokázali odhadnout, kolik jim péče zabere času.
- Proto také uvádějí minimální negativní dopady na svou osobu.
- Závislá osoba bydlí dále od bytu pečujících.

Tabulka 4.

SEGMENT	Alespoň 1 využitá podpůrná služba (B7+B8)		Negativní zkušenosti v souvislosti s péčí (B9)	
	Využitá služba pro závislou osobu (%)	Využitá podpůrná služba pro sebe (%)	Průměrný počet negativních zkušeností	% zcela bez negativní zkušenosti
kompletní péče	79	74	1,60	33
péče mimo domov	62	47	0,60	62
pomoc s domácností	44	27	0,52	72
okrajová péče	60	46	0,42	75

Z hlediska využitých podpůrných služeb a negativních zkušeností je vidět, že nejvíce negativních zkušeností a také nejvíce využitých podpůrných služeb (pro závislou osobu i pro sebe) registrujeme v segmentu „kompletní péče“.

Naopak nejméně služeb mají neformální pečující ze segmentu „pomoc s domácností“ a nejmenší negativní zkušenosti mají lidé ze segmentu „okrajová péče“.



Důvody nezapojení se do péče

Text otázky	A9. Lidé mohou mít nejrůznější důvody, proč se do péče o své blízké nezapojují. Z jakého důvodu se na péči o(doplňte z A1) nepodílíte Vy? A10. Existuje něco, co by se muselo změnit, abyste změnil/a názor a do péče se zapojil/a?
Vzorek	n=87 osob lidé kteří znají někoho, kdo potřebují pravidelnou pomoc, z toho 109 odpovědí, údaje v %
Odchyłka	max. odchylka +/-11 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 28.

Důvody nezapojení do domácí péče



Proč se lidé, kteří nějakou osobu potřebující péči znají, nezapojují do péče? Hlavním důvodem je, že jejich zapojení vůbec nebylo potřeba – tvrdí to více než polovina osob, které se osobně v péči neangažují. Na druhém místě je pak vzdálenost k závislé osobě – více než třetina osob uvádí, že nepečuje pro velkou vzdálenost. Ostatní důvody jsou uváděny pouze menší částí populace. V průměru respondenti uváděli 1,5 důvodu nepečování. Je tedy vidět, že nepečování není primárně ovlivněno nějakými hlavními objektivními bariérami, ale:

- nepotřebností péče u dané osoby (buď se o ní již dostatečně stará někdo jiný, nebo osoba nepotřebuje péči respondenta)
- souborem dílčích důvodů, prakticky u každého individuálního případu (dominantní roli hraje vzdálenost, nicméně ostatní důvody jsou uváděny velmi podobně)

Je zajímavé, že se prakticky nevyskytují statisticky významné rozdíly v uváděných důvodech nepečování z hlediska rodinné příslušnosti závislé osoby. Tedy jinak řečeno, stejné důvody nepečování uvádějí ti, kteří by se mohli starat o rodiče, děti nebo třeba i nerodinné příslušníky. Stejně tak není nijak signifikantní ani vztah mezi jednotlivými důvody a sociodemografickým



profilem respondentů – muži udávají víceméně stejné důvody jako ženy, mladí jako senioři. Samozřejmě, že u některých výroků jsou rozdíly (např. „pečuji o dítě“ je výrazně častěji u mladých vs. nulová četnost u seniorů), nicméně se neukazují jako statisticky významné.

A co by se muselo změnit, aby se respondent do péče zapojil? Podmínky, které jsou uváděny, v zásadě kopírují (a vysvětlují) důvody, které byly uváděny v předchozí otázce. Čtyři hlavní podmínky zapojení do péče byly:

- kdyby to bylo potřeba (35 %)
- kdyby závislá osoba bydlela blíž (27 %)
- kdyby si to přála závislá osoba (21 %) nebo ostatní blízcí (20 %)

Ostatní důvody byly jmenovány méně než 10 % populace. Níže uvedená tabulka ukazuje, že existuje vazba mezi důvody pro nepečování a uváděnými podmínkami, za kterých by osoba pečovat začala. Upozorňujeme, že počty odpovědí jsou velmi nízké a vykazují značnou míru statistické nespolehlivosti.

Tabulka 5.

Kombinace překážek pečování s podmínkami pro péči, vybrané podmínky a důvody (s četností více než n=5)	Počet odpovědí	Kdyby to bylo potřeba.	Kdyby daná osoba bydlela blíž.	Kdyby si to závislá osoba přála.	Kdyby si to přáli ostatní blízcí.	Nic takového neexistuje.	Kdyby na tom sám/a zdravotně byl/a lépe.	Kdyby měl/a více času.	Kdyby neměl/a malé dítě.	Kdyby na to měl peníze.	Kdyby už nepečoval/a o někoho jiného.	Kdyby existovalo víc podpůrných služeb.	Kdyby měl/a lepší bytové podmínky.
Celkem	109	35	27	21	20	16	9	8	8	7	7	5	4
Moje zapojení do péče nebylo třeba	62	44	17	16	21	21	8	7	6	1	3	4	4
Daná osoba bydlí daleko	38	33	51	25	24	2	6	6	10	11	5	5	3
Pečuji o zdravé malé dítě	11	50	53	19	0	8	0	0	68	0	28	0	0
Nepřemýšlel/a jsem o tom	11	66	18	10	10	0	0	0	0	0	0	15	15
Ostatní blízcí si moje zapojení do péče nepřejí	10	33	0	22	39	8	0	0	0	0	20	0	0
Nemáme tak dobré vztahy	6	33	0	40	60	0	0	0	0	0	0	0	0
Pečuji o jinou závislou osobu	5	50	37	32	0	0	32	32	37	32	82	13	0
Nemám vhodné bytové podmínky	5	0	16	0	16	0	31	0	0	0	0	33	69

V tabulce jsou modře zdůrazněny adekvátní a logicky odpovídající kombinace překážek pečování a podmínek, za kterých by respondent přeci jen o závislou osobu pečoval.

Je tedy např. vidět, že pokud někomu brání to, že závislá osoba bydlí dál, pak by ho přesvědčilo to, kdyby bydlela blíž (51 %). Pokud někdo již o závislou osobu pečuje, pak by nejspíše začal pečovat o další, kdyby s péčí o „původní“ osobu přestal atd.



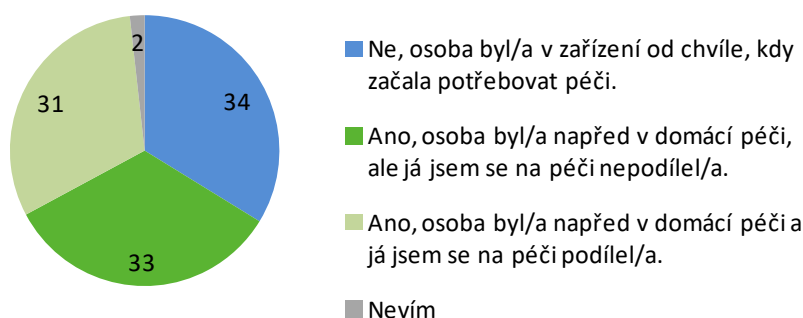
Institucionální péče

Text otázky	A12. Pečoval někdo o(doplňte z A1) předtím, než byla svěřena do péče sociálnímu či zdravotnickému zařízení (např. domovu pro seniory, LDN aj.)?
Vzorek	n=70 (lidé v soc./zdrav. zařízení), údaje v %, z toho 88 odpovědí, údaje v %
Odchyłka	max. odchyłka +/-11 p.b. (při distribuci 50 %)

Varianta institucionální péče není ani pro samotné Čechy, ani pro osoby které péči potřebují příliš vítanou alternativou. Přesto se nám podařilo získat i několik názorů na to, proč jsou osoby, které potřebují péči v současné době v sociálním nebo zdravotnickém zařízení. Jedná se o celkem 17 % osob, které péči potřebují (ostatní jsou v domácí péči). Před svěřením do zařízení byla osoba ještě v domácí péči. Celkem se jedná o 70 osob, které nám poskytly n=88 odpovědí, tedy četnosti jednotlivých uváděných odpovědí jsou velmi nízké a mohou vykazovat vyšší míru statistické chyby.

Graf č. 29.

Byla osoba v domácí péči před svěřením do zařízení



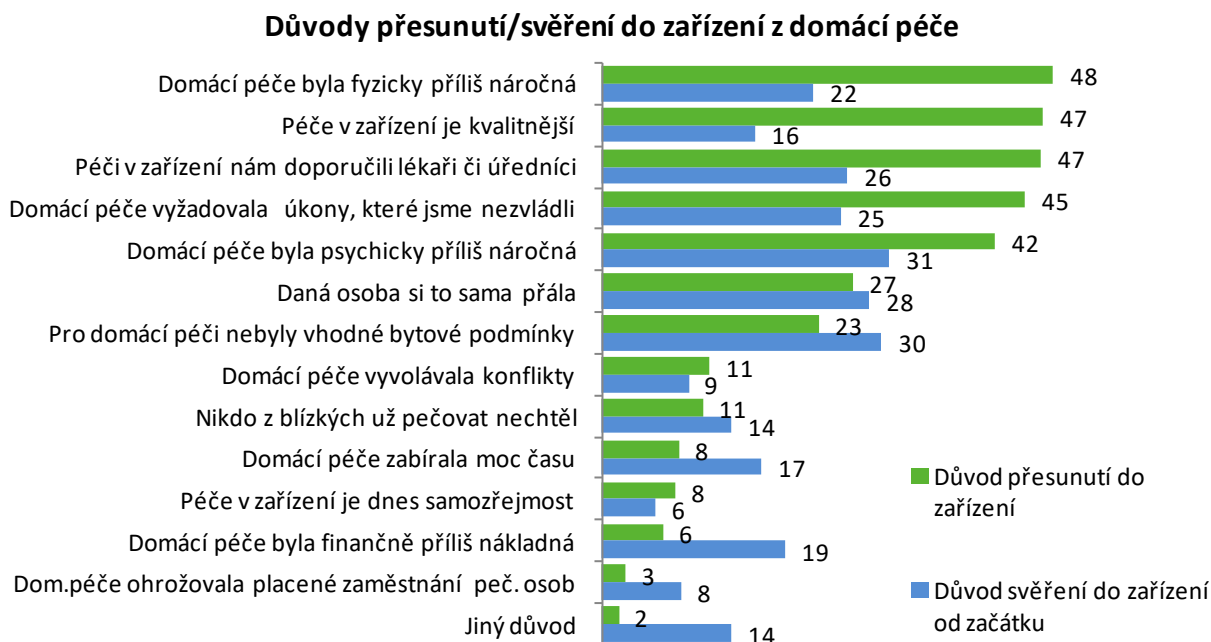
Třetina osob, které péči potřebují a jsou v současnosti v sociálním či zdravotnickém zařízení, tam byly od počátku potřeby péče. Od počátku byly v institucionálním zařízení především osoby, které jsou v přibližném věku respondentových prarodičů či rodičů – tedy častěji starší osoby. Ovšem nejedná se o statisticky významný rozdíl. Zajímavé také je, že osoby dávají do sociálních či zdravotních zařízení častěji lidé z největších měst. Tedy jinak řečeno, na vesnicích a menších městech se ve větší míře o lidi potřebující péči napřed pokoušejí starat doma, a až pokud to nejde, je přesunují do sociálního/zdravotního zařízení.

Většina (64 %) osob potřebujících péči, které jsou aktuálně v sociálním zařízení, byla nejprve v domácí péči. Je tedy vidět, že umístění do institucionální péče je pro větší část osob až druhou volbou ve chvíli, kdy péči nezvládají svépomocí (viz dále).



Text otázky	A14. Lidé mívají nejrůznější důvody pro to, že své blízké přesunou z domácí péče do sociálního či zdravotnického zařízení (např. domovu pro seniory, LDN aj.). Co stálo za tímto rozhodnutím ve Vašem případě? A15. Co stálo za rozhodnutím svěřit péči sociálnímu či zdravotnickému zařízení (např. domovu pro seniory, LDN aj.)?
Vzorek	n=12 (lidé, kteří svěřili osoby do péče), údaje v %, z toho 58 odpovědí, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-14 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 30.



Nejprve se podívejme detailně na důvody, které vedly k umístění závislé osoby do institucionálního zařízení od počátku (tedy kdy nedošlo ani v počáteční fázi k domácí péči). V průměru bylo respondenty uváděno 2,7 důvodu. V zásadě ani jeden důvod není nijak dominantní, jedná se o širokou škálu podobně (ač ne stejně) podstatných důvodů a to hlavně:

- psychická náročnost péče (31 %)
- nedostatek místa (30 %)
- péči doporučili lékaři (26 %)

Jako hlavní důvody svěření závislé osoby do instituce od začátku se tedy jeví především obavy blízkých, že by péči nezvládli psychicky (i když překvapivě ne tolik fyzicky) resp. že pro domácí péči nemají vhodné podmínky. Naopak finanční náročnost domácí péče, jako důvod pro umístění do instituce se objevuje pouze v 19 % případů a ohrožení práce či studia pak v 8 %.



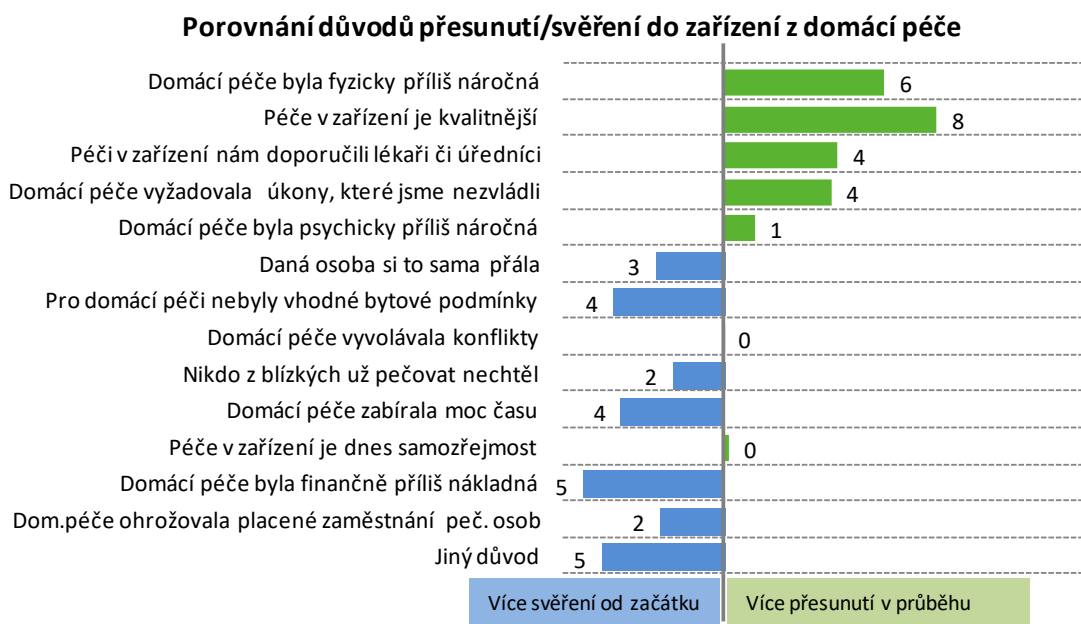
Na druhé straně, v případě svěřeni osoby do institucionálního zařízení až po domácí péči je z hlediska uváděných důvodů poněkud odlišné. Respondenti uváděli v průměru 3,3 důvodu a také můžeme definovat čtyři hlavní důvody a to:

- fyzická (48 %) a psychická (42 %) náročnost péče
- vyšší kvalita péče v instituci (47 %) + nezávládnutí úkonů péče doma (45 %)
- doporučení lékařů (47 %)

Je tedy vidět, že do sociálního či zdravotnického zařízení jsou závislé osoby umísťovány především v případě, že domácí péče již není možná a to z důvodů velkých nároků na pečující osobu a také proto, že požadované úkony již nebylo možné v dostatečné kvalitě poskytovat doma. Opět se zde příliš neprojevuje efekt finanční náročnosti (6 %) nebo obavy z ohrožení placeného zaměstnání (3 %).

Následující graf č. 31 také ukazuje, relativizovanou důležitost jednotlivých důvodů svěřeni závislé osoby do zařízení od začátku a po domácí péči.

Graf č. 31.



* Hodnoty v grafu ukazují rozdíl v relativní četnosti jmenování odpovědí na otázky A14 a A15

Ukazuje se, že náročnost domácí péče a vyšší kvalita péče v institucích jsou důležité především v případě, že závislá osoba byla do zařízení přesunuta – tedy že domácí péče byla pečujícími alespoň vyzkoušena. Naproti tomu, pokud domácí péče nebyla ani vyzkoušena a závislá osoba byla v instituci od začátku, pak jsou důležitější důvody samotné přání závislé osoby a finanční/časová náročnost péče.

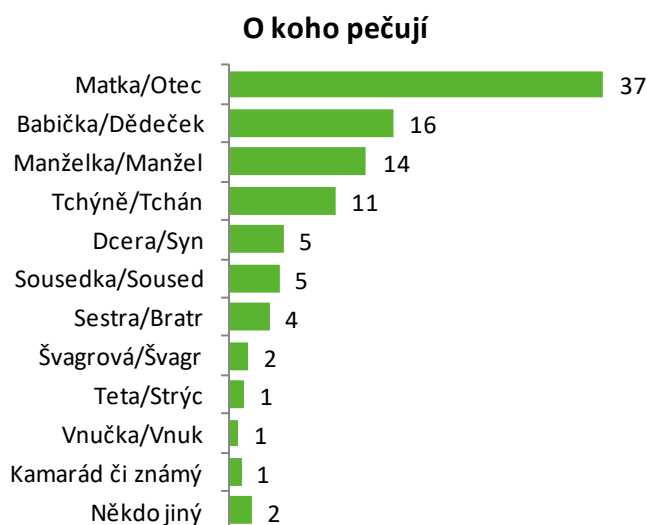


Kapitola 3 – Současná péče

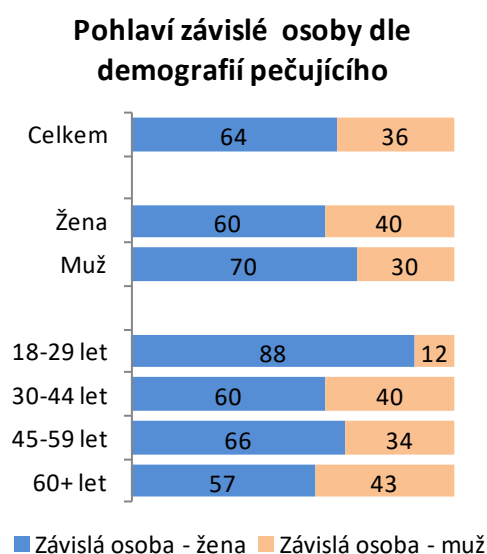
Osoba potřebná domácí péče

Text otázky	A16. Pokud pečujete o více osob, vyberte prosím jednu, jejíž potřeba péče nejvíce zasáhla do Vašeho života. Vybírejte pouze toho, kdo žije doma a o koho pečujete. Následující otázky prosím vztahujte k tomuto člověku.
Vzorek	n=270, lidé kteří o někoho pečují, údaje v %
Odchyłka	max. odchyłka +/-6 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 32.



Graf č. 33.



Lidé, kteří aktuálně o někoho pečují v domácím prostředí (neformální pečující) tak zdaleka nejčastěji činí pro své rodiče. Pokud si měli respondenti vybrat 1 osobu, o kterou pečují nejvíce, pak se jednalo právě o vlastní matku či otce (37 %). O partnera pak pečuje 14 % osob. Nicméně existuje i dosti velká část neformálních pečujících, kteří pečují o své vzdálenější příbuzné. O prarodiče pečuje 16 % osob a o rodiče partnera pak desetina z nich.

Z hlediska pohlaví je mezi závislými více žen (64 %) než mužů (36 %). Nemůžeme říct, že by ženy pečovaly pouze o ženy a vice versa. Naopak, muži častěji pečují o ženy než obráceně. Zajímavá je ale závislost věku a pohlaví pečující a závislé osoby. Mladí lidé pečují prakticky výhradně o ženy, což jsou jasně nejčastěji jejich babičky (72 %). Naopak u neformálních pečujících nad 60 let se častěji objevují muži – zde jsou to nejčastěji manželé starších žen (20 %), o které se sami v domácím prostředí starají. Je také zajímavé, že i osoby ve věku 60+ let se stále velmi často starají o své matky (21 %). O otce nikoliv (1 %). Je to dáno tím, že muži ve věku otců aktuálních seniorů již prostě nežijí na rozdíl od jejich matek.



Text otázky	B1. Co Vás vedlo k rozhodnutí pečovat o (doplnit z A16)?
Vzorek	n=270, lidé kteří o někoho pečují, údaje v %
Odchyłka	max. odchylka +/-6 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 34.



Jako hlavní důvody, proč se lidé rozhodnou o někoho pečovat v domácí péči, uvádějí lidé fakt, že to je „normální“ anebo že k osobě mají blízký vztah. Tyto důvody uvádí 7 z 10 osob, které aktuálně o někoho pečují. Na třetím místě je pak morální apel, kdy téměř polovina osob (47 %) uvádí, že pečují z morálního důvodu. Překvapivě se jako důvod poskytování domácí péče nijak neprojevuje důvod finanční výhodnosti (1 %). Současně ale také lidé, kteří se o někoho starají, tak nečiní proto, že „to na ně zbylo“ ani že si to přál někdo jiný (včetně závislé osoby!).

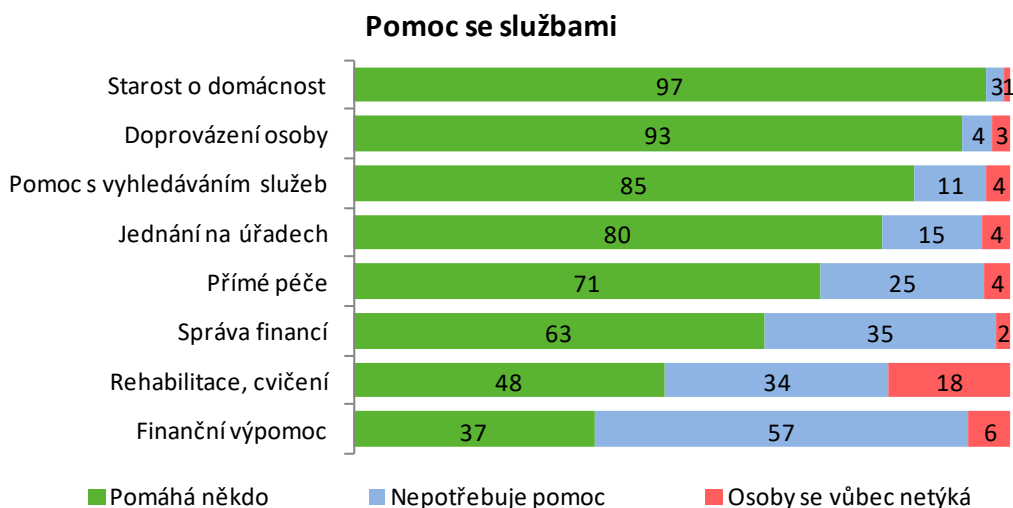
Tedy rozhodnutí o někoho pečovat nebylo u naprosté většiny aktivně pečujících osob nějakým způsobem „vynuceno“, ale jednalo se o svobodné rozhodnutí, především proto, že to pečující považují za normální, oplácení péči, které se jim dostalo, mají k závislé osobě blízký vztah, chtějí, aby zůstala doma. Může jít o příklad zkreslení sociálně žádoucím jednáním a případnou zpětnou racionalizací. „Nesvobodné“ rozhodnutí tedy není zcela vyloučeno.

Průměrně bylo uváděno 3,1 důvodu, tedy opět se zde ukazuje, že u pečujících není vyhraněn jeden hlavní důvod, ale jedná se o kombinaci více důvodů, které vedly k tomu, že se aktuálně o někoho starají.



Text otázky	B3. Nyní Vám přečteme několik činností, se kterými může(doplňte z A16) potřebovat pomoc. U každé prosím uveďte, zda tato osoba potřebuje s touto činností pomoc a pokud ano, kdo včetně Vás jí/mu s ní pomáhá?
Vzorek	n=270, lidé kteří o někoho pečují, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-6 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 35.



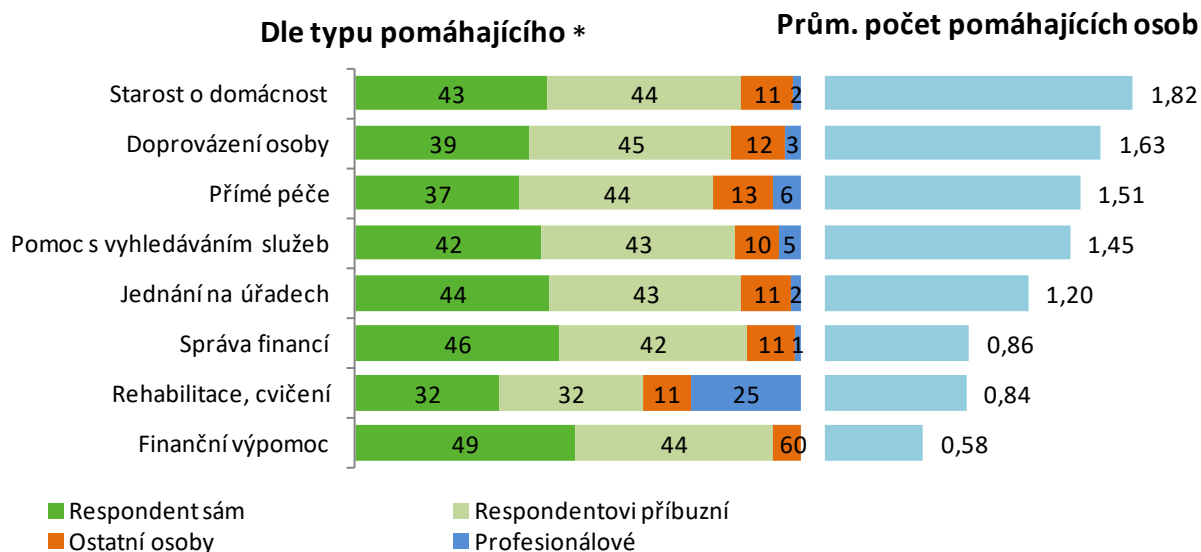
Pokud se podíváme na činnosti, se kterými závislým osobám neformální pečující pomáhají, pak se nejčastěji jedná o pomoc s domácností a doprovod osoby (k lékaři, za sociálními službami...). Tyto činnosti provozují prakticky všichni pečující.

Naopak s financemi závislé osobě pomáhají jen cca 4 z 10 neformálních pečujících. Důvodem takto nízké frekvence pomoci s finanční stránkou věci není to, že by se problém financí závislých osob netýkal, ale spíše že takováto pomoc jimi není vyžadována.

V případě pomoci s rehabilitací a cvičením evidujeme vyšší podíl závislých osob, u kterých není tato činnost vůbec realizována (18 %). V ostatních případech se tento podíl pohybuje nejčastěji do 4 %. Tedy všechny zde uvedené činnosti jsou závislými osobami vyžadovány, ač ne vždy s nimi někdo musí pomáhat.



Graf č. 36.



* Graf je přepočítán na řádkových 100 %, tedy údaje ukazují podíl jednotlivých typů pečujících z hlediska celkového počtu odpovědí

Všechny druhy pomoci jsou častěji realizovány samotnými respondenty, kteří uvádějí, že se o závislé osoby starají více hodin týdně a také zajišťují větší podíl potřebné péče. Současně se osobně nejvíce podílejí také ti, kteří se závislou osobou bydlí v jedné domácnosti.

Pokud s činností nepomáhá respondent, pak tak nejčastěji činí nějaký jeho příbuzný. Z hlediska typu příbuzných nejsou žádné významné rozdíly – nejčastěji se u většiny úkonů jedná o partnera (průměr 18 %), rodiče (průměr 14 %) nebo děti (13 %).

U pomoci s cvičením a rehabilitací je nejvyšší podíl profesionálních pomocníků (25 % zatímco v ostatních případech max. 6 %). Je tedy evidentní, že rehabilitace a cvičení ve větší míře musí vykonávat pracovníci profesionální péče zřejmě nikoliv z důvodu, že takovou pomoc blízcí odmítají, ale že ji nedokážou realizovat v potřebné kvalitě.

Starost o domácnost je nejen nejčastěji využívanou pomocí závislým osobám, ale také ji realizuje v průměru nejvíce osob (1,82). Tedy na pomoci v domácnosti se častěji podílí více než jen jedna osoba. Typicky se tak bude jednat o střídání v návštěvách u závislé osoby rodinnými příslušníky (profesionálové se na tomto druhu pomoci prakticky nepodílejí). Naopak, pokud již někdo vypomáhá s finanční situací, pak tak činí jen 0,58 neformálního pečujícího.



Korespondenční analýza

Korespondenční analýza zobrazuje vztah mezi jednotlivými kategoriemi dvou proměnných. V našem případě vztah mezi typem péče (přímá péče, správa financí atd.) a pečující osobou (dle příbuzenského vztahu, pohlaví) podle otázky B3. Výsledkem provedené analýzy je tzv. korespondenční mapa, která graficky zobrazuje kategorie uvedených proměnných. Mapa je na rozdíl od rozsáhlých tabulek přehlednější a výsledky tak lze názorněji interpretovat.

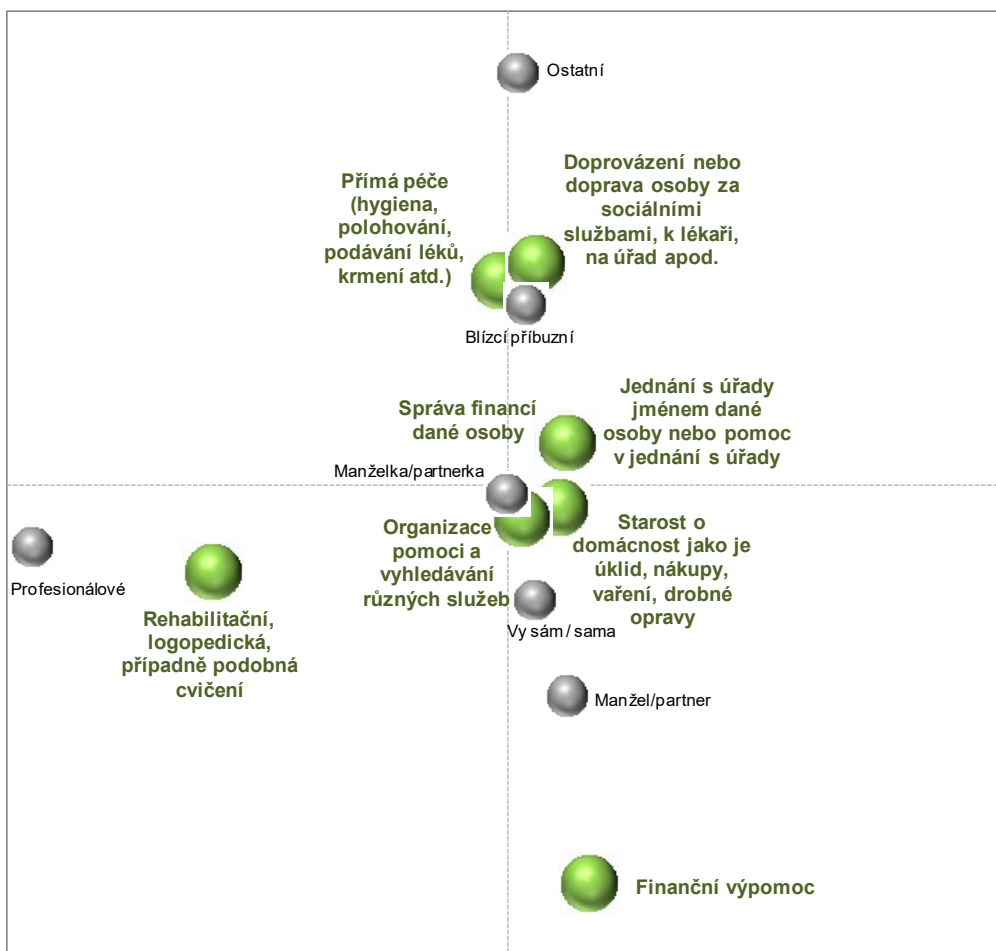
Jako vstupní data do korespondenční analýzy jsme použili procentuální zastoupení osob, které uvedly, že se věnují některým z uvedených činností v otázce B3 (např. starost o domácnost, přímá péče nebo doprovod osob za nejrůznějšími službami). Analýzu jsme provedli ve třech různých verzích, až jsme ve třetí verzi dospěli k řešení, které má jistou výpovědní hodnotu. Do analýz vždy vstupovalo všech osm činností, v první verzi jsme pak z otázky A16 (pečující osoba) použili všechny typy osob, tedy podle příbuzenského či jiného vztahu a podle pohlaví. Výsledek korespondenční analýzy, který je vizuální, nebyl příliš průkazný. Téměř všechny činnosti a všechny osoby tvořily shluk, stranou stály pouze činnosti jako finanční pomoc a správa financí dané osoby, v souvislosti s kterými respondenti uváděli, že není potřeba daným osobám pomáhat. Podobně na tom byla i činnost rehabilitační a logopedická, která se osob spíše netýká.

Protože kategorie „nepotřebuje pomoc“ a „netýká se osoby vůbec“ patřily v korespondenční mapě mezi ty odlehlé, provedli jsme druhou verzi korespondenční analýzy, kdy jsme tyto zmíněné kategorie vynechali. Tato druhá korespondenční mapa jen potvrdila obecně zažitý fakt, že k péči mají blíže ženy. Přestože druhá verze korespondenční analýzy s vynechanými kategoriemi přinesla zlepšení, co se týče interpretovatelných závěrů, vytvořili jsme ještě třetí verzi, ve které jsme sloučili osoby, které s péčí pomáhají do šesti kategorií – „sám/sama“, „manžel/partner“, „manželka/partnerka“, „blízcí příbuzní“, „ostatní“ a „profesionálové“. Kategorie blízcí příbuzní zahrnuje syny, dcery, otce nebo matky partnera/partnerky, bratry, sestry a jiné příbuzné; ostatní představuje kamarád/kamarádka, soused/sousedka nebo někdo jiný bez ohledu na pohlaví, kategorii profesionálů tvoří pracovníci ve zdravotnictví, pracovníci v sociálních službách a asistenti sociální péče.

Výsledná korespondenční mapa ukazuje, že s těmi nejběžnějšími úkony péče (přímá péče, hygiena, podávání léků, doprovod osoby k lékaři atd.) nejčastěji pomáhají blízcí příbuzní. S domácností (úklid, nákup, vaření atd.) pomáhají sami respondenti a nebo partner/partnerka (manžel/manželka) respondenta. Profesionální péči, tedy rehabilitačními, logopedickým a podobným cvičením mají naopak nejbližší odborníci, tedy pracovníci sociálních a zdravotních zařízení.



Graf č. 37.



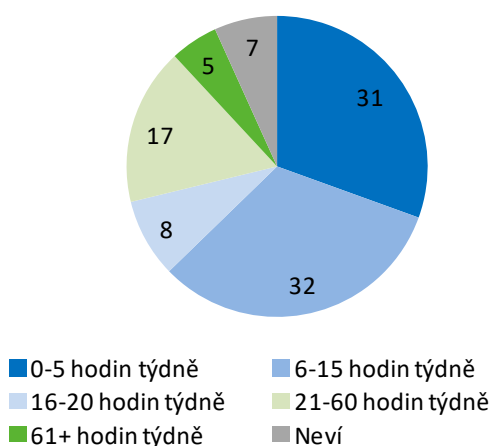


Čas věnovaný péči

Text otázky	B4. V průměru kolik hodin týdně Vy sám/sama přibližně věnujete péči o(doplňte z A16)? Nepočítejte prosím čas strávený dopravou do místa bydliště osoby.
Vzorek	n=270, údaje v %
Odchyłka	max. odchylka +/-6 p.b. (při distribuci 50 %)

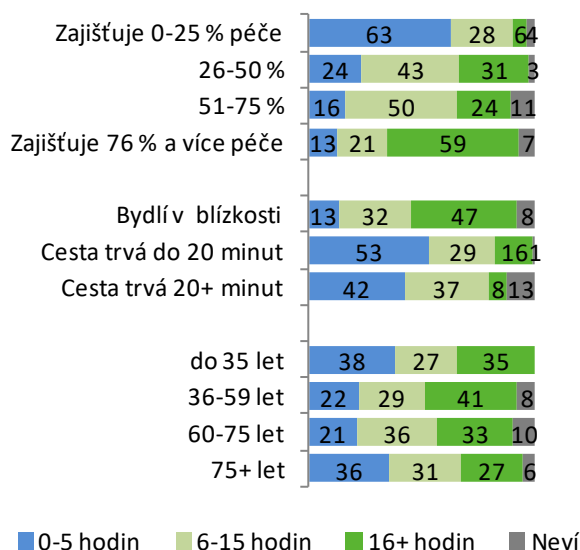
Graf č. 38.

Počet hodin péče týdně



Graf č. 39.

Počet hodin péče týdně dle charakteristik závislé osoby



Pro poskytování domácí péče závislým osobám často postačuje jen několik hodin týdně. Rozsah do 15 hodin týdně uvedlo 6 z 10 osob, které o někoho aktuálně pečují. Existuje ale i cca 5 % pečujících, kteří vykonávají domácí péči prakticky nonstop (61 a více hodin týdně, tj. 8 hodin denně). Nejméně hodin uvádějí ti, kteří pečují o nerodinného příslušníka (tedy jedná se nejčastěji o pravidelnou časově nenáročnou pomoc s nějakým úkonem) a také u závislých osob nad 76 let věku – tedy typicky pomoc s úklidem starší osobě, která to již nezvládne.

Přirozeně existuje závislost mezi tím, kolik hodin péče o závislou osobu respondent týdně realizuje a tím, kolik % péče sám zajišťuje. Čím více % péče sám respondent zajišťuje, tím více hodin týdně pečuje. Existuje také závislost mezi vzdáleností pečující a závislé osoby, ale pouze ve smyslu toho, zda společně bydlí na jedné adrese. Pokud ano, pak je průměrný týdenní počet hodin věnovaných péči vyšší, než když od sebe bydlí dál. Ale již samotná vzdálenost, tj. to zda bydlí více nebo méně než 20 minut od sebe již podstatná není – průměry jsou víceméně shodné.

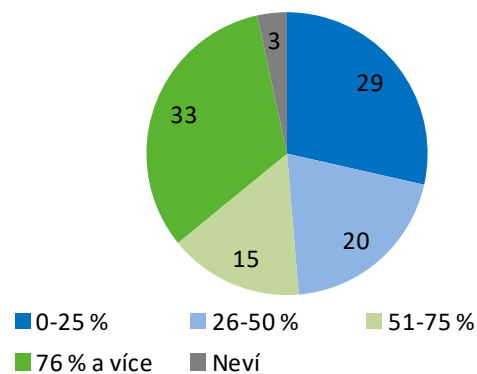
Je tedy vidět, že dosti podstatná část pečujících osob věnuje pomoci jen relativně malou část týdne (do 5 hodin, tj. cca 1 hodina denně – 31 %). Jsou to převážně lidé, kteří spíše vypomáhají, než že by vykonávali plnohodnotnou a pravidelnou domácí péči.



Text otázky	B4x Kolik procent potřebné péče zajišťujete Vy?
Vzorek	n=270, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-6 p.b. (při distribuci 50 %)

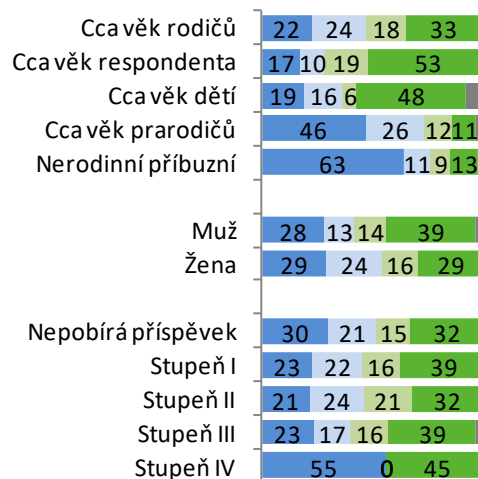
Graf č. 40.

Podíl potřebné péče respondenta



Graf č. 41.

Podíl zajišťované péče dle charakteristik závislé osoby



■ 0-25 % ■ 26-50 % ■ 51-75 % ■ 76 % a více ■ Neví

Podíl poskytované péče v zásadě kopíruje rozložení deklarovaných hodin poskytované péče týdně – ačkoliv překryv není zcela úplný. Samozřejmě existuje malá část osob, které buď poskytují velký podíl potřebné péče, ale stačí jim na to max. 5 hodin týdně (to jsou ti, kteří se starají o relativně nejvíce soběstačné osoby) a naopak existují v menší míře také pečující, kteří zajišťují relativně nízký podíl péče, ale vynaloží na něj hodně času. V obou případech se jedná o přibližně desetinu aktuálně pečujících. Nejmenší časovou i procentuální dotaci mají (dosti přirozeně) nerodinní příslušníci. V případě, že respondent poskytuje domácí péči někomu mimo okruh rodiny, pak jí věnuje dosti málo času a také zajišťuje menší podíl potřebné péče.

Není žádný signifikantní rozdíl v % zajišťované péče a dle pohlaví závislé osoby (tedy o muže se respondenti starají podobně jako o ženy – i když muži vyžadují větší % péče než ženy), ale existuje statisticky významný rozdíl u % poskytované péče dle pohlaví pečujících osoby. Tady můžeme konstatovat, že ženy poskytují v průměru daleko vyšší % péče než muži. U žen pečujících je průměrný uváděný podíl péče 66 %, zatímco u mužů pečujících jen 44 %.

Zajímavé také je, že se nijak zásadně neliší podíl poskytované péče dle stupně závislosti osoby. Hlavní rozdíl je u závislých osob se IV. stupněm přiznané závislosti, kdy je průměrný podíl péče výrazně nižší, ale to je dáno tím, že tyto osoby potřebují velmi specifickou pomoc, kterou jim pečující již sami nedokážou poskytnout.

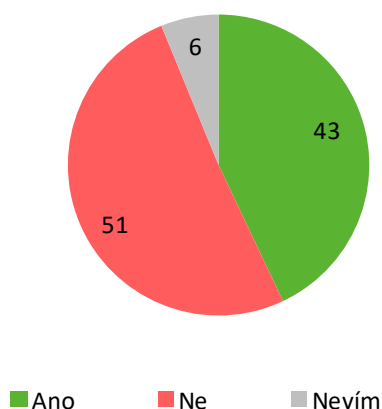


Příspěvek na péči

Text otázky	B5. Pobírá(doplňte z A16) příspěvek na péči? B6. Jaký stupeň závislosti byl přiznán(doplňte z A16)?
Vzorek	B5. n=270, údaje v % B6. n=116, údaje v % - jen ti, kteří odpověděli ANO na otázku B5.
Odchylka	B5. max. odchylka +/-6 p.b. (při distribuci 50 %), B6. max. odchylka +/-10 p.b. (při distribuci 50 %)

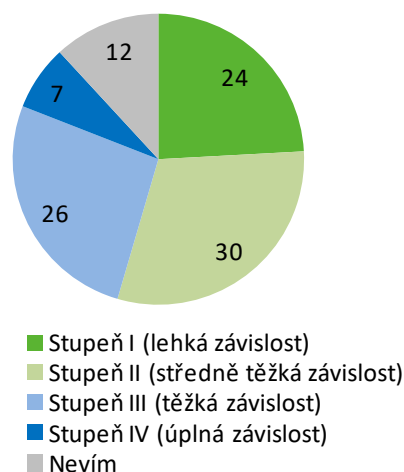
Graf č. 42.

Pobírá osoba příspěvek na péči



Graf č. 43.

Stupeň závislosti



Přibližně polovina závislých osob pobírá příspěvek na péči. Jsou to překvapivě častěji závislé osoby ve věku do 35 let, které potřebují péči z jiných než věkových důvodů. U nich je podíl osob pobírajících příspěvek dokonce 75 %. U osob, u kterých je důvodem péče pokročilý věk, je podíl pobírajících příspěvek pouze 25 %. Je tedy evidentní, že příspěvky na péči pobírají především (a nikoliv překvapivě) ti, jejich obtíže jsou spojeny s diagnostikovaným fyzickým nebo psychickým postižením.

Z hlediska stupně závislosti je nejčastější I. nebo II. stupeň. Nejlehčí stupeň závislosti mají častěji závislé osoby ve vyšším věku a ti, jejichž důvodem péče je především věk. Střední stupně závislosti pak lidé, u kterých jsou jiné než věkové důvody.



Služby a situace v souvislosti s péčí

Text otázky	B7. Vyberte prosím, které sociální a zdravotní služby pro osoby potřebující péči jste někdy využili. B8. Vyberte prosím služby, které jste jako pečující osoba v souvislosti s péčí někdy využil/a:
Vzorek	n=270 údaje v %
Odchylnka	max. odchylka +/-6 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 44.



Graf č. 45.



Pokud pečující osoby nějaké sociální služby využívají, pak jsou to častěji služby určené spíše osobě, o kterou se starají. Alespoň jednu službu pro závislou osobu využilo 62 % pečujících. U služeb pro samotné pečující to bylo jen 49 %, tedy méně. V průměru bylo uváděno 1,5 služeb pro závislé osoby a 1,4 služby pro pečující osoby. Služby (jak pro závislé, tak pro pečující osoby) využívají více lidé, kteří pečují více hodin týdně, starají se o rodinné příslušníky, tedy pečování se obecně věnují více. Existuje silná souvislost mezi využíváním služeb „pro sebe“ a „pro závislou osobu“. Pokud někdo službu pro závislou osobu využil, pak daleko častěji také využil službu pro sebe.

Využívání služeb je tedy podmíněno především celkovým přístupem k pečování – zatímco neformální pečující, kteří se na péči podílí spíše okrajově a služby příliš nevyužívají, pak naopak pečující, kteří domácí péči tráví více času, pomoc (jak pro sebe, tak pro osobu závislou) využívají



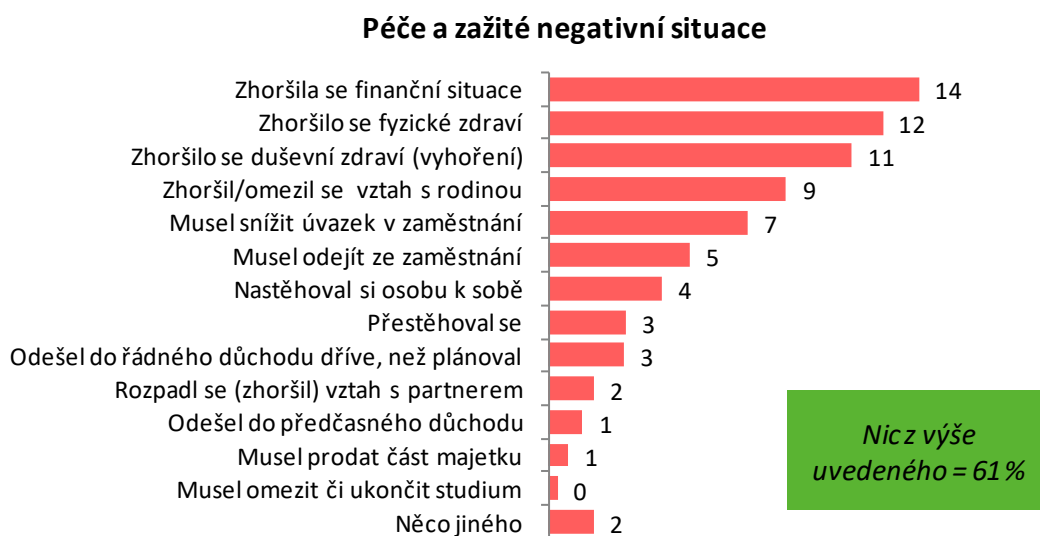
daleko více. Souvislost existuje také se zažitými negativními situacemi – pokud došlo v průběhu péče k nějakému negativnímu jevu (viz dále), pak byly služby využívány daleko více.

Zdaleka nejčastější službou, která byla pro závislé osoby využita, jsou zdravotní služby poskytované doma (47 %). Na druhém místě je pak sociální poradenství pro závislou osobu, které využila přibližně pětina neformálních pečujících. Obě tyto služby jsou více využívány pečujícími, kteří se starají více hodin týdně (a zajišťují vyšší % péče), jejichž závislá osoba má I. nebo II. stupeň závislosti a také bydlí v jedné domácnosti se závislou osobou.

Pro sebe nejčastěji pečující využívali konzultací se zdravotnickými (34 %) nebo sociálními (20 %) pracovníky. Naopak pomoc psychologa či konzultace s právníky příliš využívány nejsou.

Text otázky	B9. Uveďte prosím, zda jste v souvislosti se zapojením do péče o(doplňte z A16) někdy zažil/a tyto situace:
Vzorek	n=270, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-6 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 46.



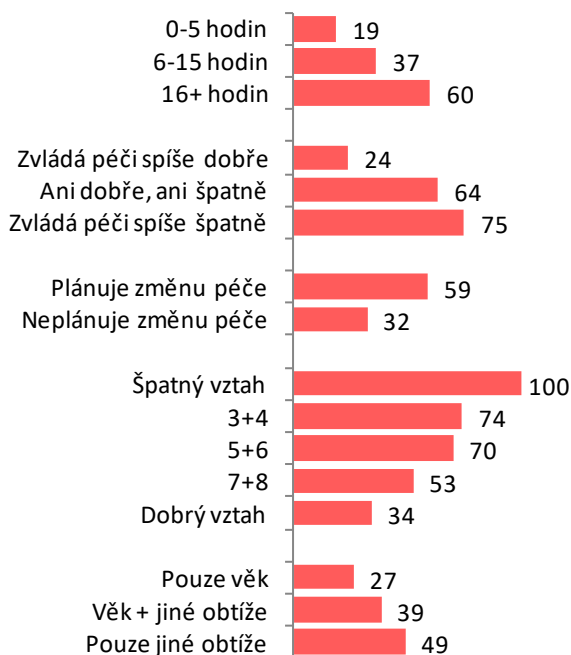
Celkem 39 % neformálních pečujících se během poskytování domácí péče dostalo do nějaké nepříjemné situace. V průměru respondenti uváděli 1,4 nepříjemné situace, přestože určitá část neformálních pečujících nějakou negativní situaci zažila, většinou se nejednalo o kombinaci více aspektů, ale maximálně dvou kombinovaných negativních dopadů. Rozdíly v četnostech jmenování jednotlivých negativních zkušeností jsou velmi malé, nicméně můžeme říct, že relativně nejvíce trápí neformální pečující zhoršení finanční situace (14 %) a zhoršení fyzického (12 %) i psychického (11 %) zdraví.



Není nijak překvapivé, že negativní situace v souvislosti s domácí péčí uvádějí častěji ti, kteří o danou osobu pečují nejdéle. Zatímco u osob, které pečují do 0,5 roku, je podíl pečujících bez negativních zkušeností 88 %, u těch, kteří pečují 5-10 let, je to pouze 40 %.

Graf č. 47.

Alespoň 1 negativní situace během péče dle charakteristik závislé osoby



Pokud bychom se měli podívat na to, jaké jsou rozdíly v zažití alespoň 1 negativní zkušenosti během péče dle charakteristik péče, pak najdeme několik souvislostí. Negativní zkušenosti zažili častěji:

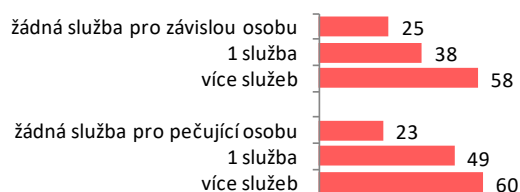
- pečující více hodin týdně
- ti, co sladění péče a života zvládají špatně
- ti, co plánují změnu péče
- pečující, kteří mají k závislé osobě špatný vztah
- závislá osoba, o kterou pečují, má jiné než věkové obtíže

Můžeme tedy říct, že negativní zkušenosti v průběhu péče ovlivňuje do určité míry např. to, zda neformální pečující uvažuje o změně

současné podoby péče a také to, jak pečující vnímá obtížnost sladění péče a dalších aspektů života. Ti, kteří deklarují, že sladění péče a ostatních stránek jejich života zvládají spíše nebo velmi špatně, daleko častěji uvádějí situace, kdy se zhoršily vztahy s rodinou (31 %) nebo kdy se zhoršilo jejich duševní i fyzické zdraví (40 %) – tedy násobně více než průměr všech pečujících.

Graf č. 48.

Alespoň 1 negativní situace během péče dle využití sociálních služeb v průběhu péče



Zažitá negativní situace má také souvislost s využitými sociálními službami (viz výše – graf č. 44+45). Ti, kteří zažili alespoň 1 negativní zkušenost, více než ostatní využívají služby pro sebe i pro závislou osobu. Tedy podmíněnost využití podpůrných služeb pro pečující i závislé osoby je dána tím, zda nastala potřeba řešit nějakou složitější situaci v průběhu péče.

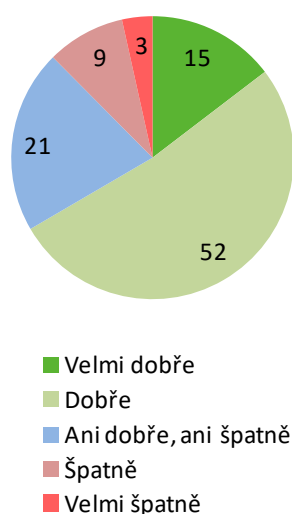


Sladění péče a života pečující osoby

Text otázky	B10. Když zhodnotíte všechny okolnosti, jak celkově vzato jde péče v její současné podobě sloučit s dalšími stránkami Vašeho života (tzn. osobní, pracovní, společenskou)?
Vzorek	n=270, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-6 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 49.

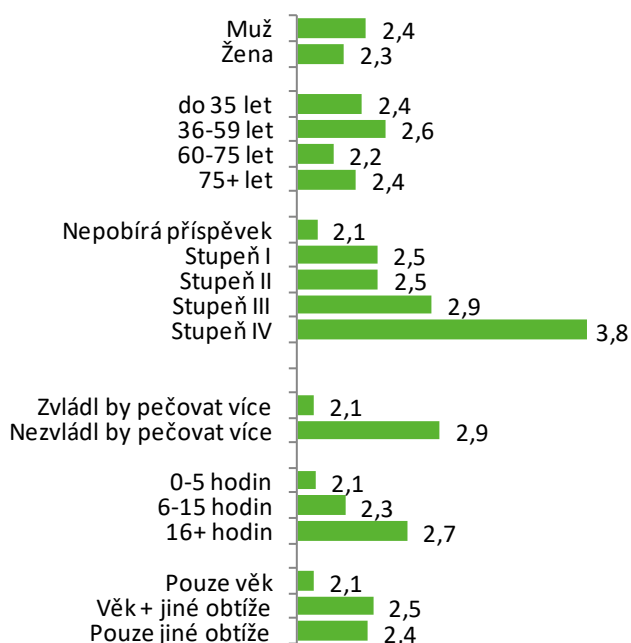
Sladění péče a života



* Průměry na škále 1=velmi dobře až 6=velmi špatně, tj. čím vyšší číslo, tím horší vnímání sladění péče a života

Graf č. 50.

Sladění péče a života dle charakteristik závislé osoby



Ač je práce neformálních pečujících jistě velmi složitá, u velké části z nich není (alespoň podle jejich názoru) problém ve sladění péče a ostatních stránek jejich života. Nicméně je velmi podstatné, o jaké osoby se jedná a jak velký podíl péče realizují. Nejmenší problémy se sladěním obou aspektů mají mladí lidé, kteří pečují relativně málo (často o své prarodiče). Naproti tomu osoby, které pečují více než 16 hodin týdně a péči se tak věnují „na plný úvazek“ uvádějí ve 21 %, že péči a život sladují jen špatně (oproti 11 % celkové populace neformálních pečujících).

Horší vnímané sladění péče a života deklarují také:

- ti, co se starají o osoby s těžším stupněm závislosti
- ti, co by již více pečovat nedokázali
- ti, co pečují o někoho, kdo má kromě věku ještě nějaké postižení/obtíže

Je tedy zřejmé, že nelze obecně tvrdit, že sladění péče a běžného života je pro nadpoloviční většinu (viz graf č. 49) snadné. Pokud lidé pečují o těžce postiženou osobu, nebo musí pečovat

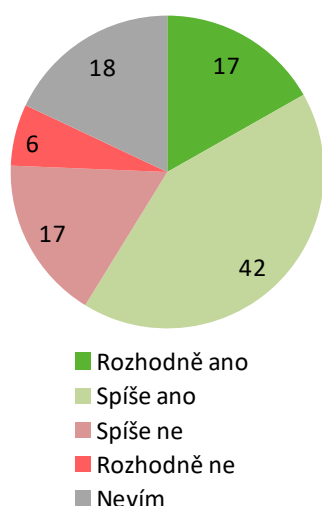


mnoho hodin týdně, pak je jejich vnímání sladění péče a běžného života složitější. Nicméně ani u těchto osob nepřevažuje negativní vnímání sladování péče a života. Jen se podíl osob, které tvrdí, že sladování je spíše snadné, snižuje z cca 70 % (pro občasné pečující) na cca 50 % (u pravidelných pečujících).

Text otázky	B12. Pokud by se péče o(doplňte z A16) stala náročnější, zvládl/a byste pečovat ještě více, než nyní?
Vzorek	n=270, údaje v %
Odchyłka	max. odchylka +/- 6 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 51.

Zvládli by i náročnější péči?



Přibližně pětina neformálních pečujících si aktuálně není jistá, zda by náročnější péči zvládla. Z těch, kteří nějakou představu mají, převažují ti, kteří deklarují, že by náročnější péči spíše zvládli (72 % - pouze z těch, kteří uvedli buď pozitivní, nebo negativní reakci).

Nicméně 23 % ze všech neformálních pečujících uvádí, že více by již pečovat nedokázalo. Existují rozdíly mezi jednotlivými pečujícími a to v závislosti na obtížnosti a komplexnosti péče. Zatímco u těch, kteří pečují méně než 5 hodin týdně, je „jen“ 17 % těch, kteří by náročnější péči nezvládli, u těch, kteří pečují více než 16 hodin týdně je tento podíl 31 %.

Obdobně je tomu i v závislosti na přiznaném stupni závislosti. U osob, které pečují o osobu bez přiznaného příspěvku, je podíl negativních odpovědí 21 %. U pečujících o osobu s přiznaným IV. stupněm závislosti je to 35 %.

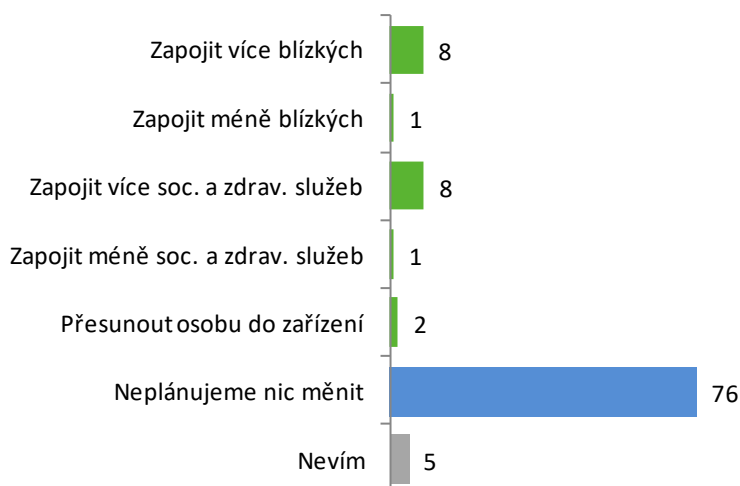
Velmi vysokou míru negativních reakcí sledujeme také u péče o jiné než rodinné příslušníky (50 %). Zde je jasné, že lidé pečující o nerodinné příslušníky provádějí již nyní maximum činností, a ve větší míře by nedokázali pečovat více. Skupina závislých osob, o které pečuje pouze nerodinný příslušník, je tak ohrožena zhoršením stavu nejvíce, stejně tak jako osoby, které jsou na tom z hlediska potřeby péče nejhůře již nyní. Pokud by došlo ke zhoršení stavu, pak by pečující byli nuceni podobu péče změnit – viz dále.



Text otázky	B11. Vyhovuje Vám současná podoba péče, nebo plánujete její změnu? Pokud ji chcete měnit, jak?
Vzorek	n=270, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-6 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 52.

Plánovaná změna současné podoby péče



Naprostá většina neformálních pečujících neplánuje současný stav péče nijak měnit (76 %), situace jim vyhovuje. Pokud o nějaké změně uvažují, pak se nejčastěji jedná o navýšení počtu zapojených blízkých, nebo zapojení více sociálních a zdravotních služeb (obě varianty 8 %). Snižovat aktivitu blízkých nebo institucí plánuje jen zanedbatelná část pečujících. Je

zajímavé, že v celkové populaci neformálních pečujících je podíl těch, kteří chtějí více zapojit blízké a více zapojit profesionální služby vyrovnaný.

Nejvíce by prosazovali změny ti, kteří deklarují, že náročnější péči by již nezvládli a i současnou péči zvládají špatně. U těchto osob sice existuje stále 61 % těch, které by péči nijak neměnili (současná podoba jim vyhovuje, ale přece jen mají obavy o budoucí vývoj), ale podíl je to statisticky významně nižší než u celkové populace pečujících. Osoby, které by v případě zhoršení stavu péči nezvládly, by daleko více zapojily zdravotní a sociální služby (21 %). Také více než ostatní uvažují o přesunutí závislé osoby do institucionálního zařízení (7 %). Řešení institucionalizace péče má pro ně přednost před větším zapojením blízkých (10 %).



Kapitola 4 – Minulá ukončená péče

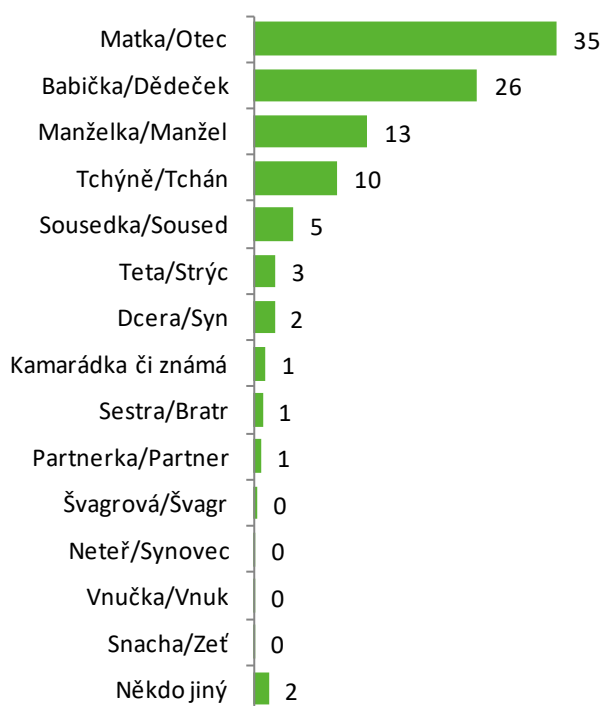
Typologie osob

Text otázky	C1. Vymenujte prosím všechny osoby, o které jste někdy v životě Vy sám/a pečoval/a v domácím prostředí. Mohlo jít klidně pouze o pomoc s údržbou domácnosti, nákupy nebo zařizováním úředních záležitostí, nejen o přímou péči o zdravotní stav. (Zajímají nás případně pouze osoby, které péči dříve potřebovaly a nyní ji už nepotřebují (třeba z důvodu jejich úmrtí či uzdravení).
Vzorek	n=487, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-4 p.b. (při distribuci 50 %)

Následující blok se věnuje pravidelné péči v minulosti. Dotazovali jsme se na osoby, které již pomoc nepotřebují, ale předtím o ně respondenti pečovali v domácím prostředí.

Graf č. 53.

O koho dříve pečovali, ale již nepečují



Ze všech oslovených nepečovalo o nikoho téměř 70 %. Mezi lidmi do 45 let je jich ještě více. Obecně se jedná o muže více než o ženy. Celková míra zkušeností s péčí stoupá s věkem (starší více než mladší), více pečovali v minulosti lidé současně ekonomicky neaktivní. Zkušenost s domácí péčí nemají také často mladí lidé, jejichž rodiče a prarodiče jsou ještě samostatní.

V minulosti pečovali o své blízké lidi, kteří měli zkušenost s domácí péčí z dětství a dospívání a považují tento způsob vzájemné pomoci za samozřejmý. V dalších otázkách se potvrdilo, že domácí péče je pro ně

důležité téma, kterému by měla být věnována pozornost.

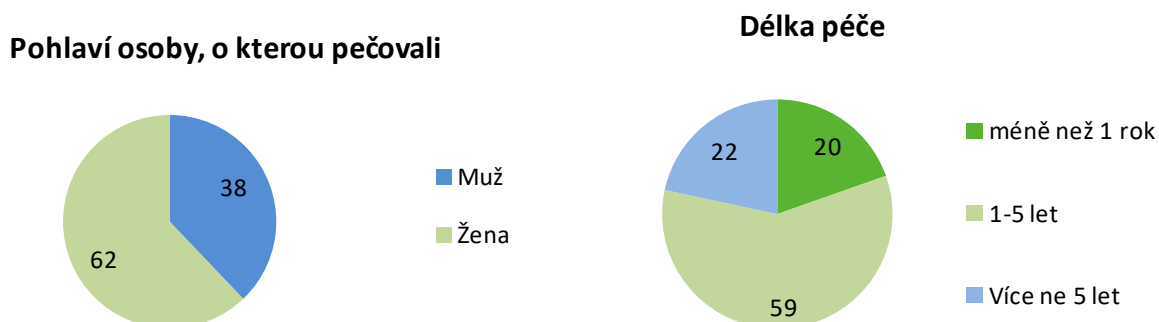
Uskutečňovanou péčí věnovali respondenti hlavně starším nejbližším příbuzným (rodičům a prarodičům). Následuje péče o manžele/manželky. O další příbuzné nebo blízké lidi se staralo minimum respondentů.

Většina péče byla vykonávána především ženami, a to zejména ve vyšším věku. U lidí nad 60 let nastává situace, kdy se starají jak o své rodiče (rodiče partnera) ale i partnera samotného. Často ženy v důchodovém věku přebírají péči o rodiče své i partnera a postupem času pečují o partnera samotného. Lidé nad 60 let poskytovali také pomocnou ruku svým sousedům.



Text otázky	C2. Jaké bylo pohlaví osoby? C3. Kolik měsíců jste o tuto osobu pečoval/a?
Vzorek	n=487, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-4 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 54.



V celkovém pohledu na osoby v domácí péči se jednalo více o ženy, což je opět odrazem demografického vývoje ve společnosti, kdy se ženy dožívají vyššího věku. Nejprve byla tedy péče zaměřena na oba rodiče, ve vyšším důchodovém věku pečovali respondenti výrazně častěji o své matky. Ženy ve vyšším věku se starají o své muže více než naopak. Je vidět, že podíl mužů a žen, o které v minulosti někdo pečoval (a nyní již nepečuje) je prakticky shodný jako rozložení v případě aktuální potřebné péče (viz ot. A2) a jako budoucí potřebné péče (ot. D2).

Většina pečujících se starala o někoho v domácí péči méně než 5 let. V průměru se nejdelší péče o někoho blízkého pohybuje kolem 4 let. Doba pečování roste s věkem - nejdelší dobu pečovali lidé nad 60 let (bez ohledu na opečovávanou osobu). Nejdéle se respondenti starali o své partnery a rodiče. Mezi respondenty, kteří o někoho pečovali v minulosti, je zhruba čtvrtina těch, kteří o někoho pečují i v současnosti. Jejich většinu opět tvoří ženy a lidé nad 45 let.



Situace v průběhu a po ukončení péče

Text otázky	C5. Uveďte, prosím, zda jste v průběhu péče o Vaše blízké někdy zažil/a tyto situace: C6. Uveďte, prosím, zda jste po skončení péče o Vaše blízké někdy zažil/a tyto situace:
Vzorek	n=403, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-5 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 55.

Situace v průběhu péče



Více než polovina pečujících se nepotýkala s žádnou z uvedených situací (většina lidí mladších 45 let zvládala péči bez většího vlivu na vlastní osobu). Přesto by negativní dopady na pečující neměly být opomíjeny. Bez ohledu na náročnost péče představuje dlouhodobé poskytování domácí pomoci negativní dopad na pečujícího i jeho nejbližší okolí.

Pokud respondenti uvedli, že je péče o druhé negativně ovlivnila, nejčastěji šlo o přímý dopad na jejich duševní i fyzické zdraví. Ačkoli se k nabízeným situacím přihlásili muži i ženy v podobné míře, s psychickým vypětím se obecně hůře vyrovnávají ženy. V kombinaci s udržením chodu vlastní domácnosti se na nich i více projeví následky dlouhodobé zátěže na „dvou frontách“.

Kromě přímého vlivu na psychický a fyzický stav se projevuje i vliv na finanční situaci. Větší dopady měla péče hlavně na osoby, které pečovaly o někoho více let. U lidí mezi 45 a 59 lety měla péče větší dopad na zhoršení vztahů s rodinou a finanční situaci. U ještě starších osob má pečování větší dopad na fyzické zdraví, které se v tomto pokročilém věku pomalu zhoršuje i bez navýšení zátěže.

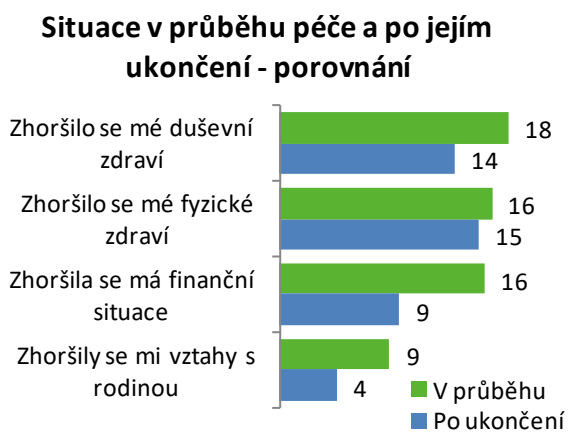


Graf č. 56.



Po skončení péče nejčastěji přetrvávaly u pečujících zdravotní a psychické problémy. Na finanční situaci měla předcházející péče dvojnásobný vliv u lidí v předdůchodovém věku. U lidí nad 60 let (v důchodu) se kromě fyzických a psychických potíží projevil i problém s návratem k původnímu stylu života a osobním zájmům. Celkově se negativní důsledky kumulují s prodlužující se dobou pečování. Pokud se pečující osoba o někoho starala v minulosti a v současnosti se stará o někoho dalšího, je i častěji zmiňován jako důsledek dlouhodobé péče nižší důchod.

Graf č. 57.



Pokud se podíváme na porovnání hlavních negativních zkušeností v průběhu a po ukončení péče, pak můžeme konstatovat, že více negativních zkušeností bylo bývalými neformálními pečujícími zjištěno v průběhu péče (alespoň 1 zkušenost - 43 %) než po ukončení (31 %). Zhoršování fyzického i duševního zdraví registrujeme u bývalých pečujících stejně v průběhu jako po ukončení péče, ale zhoršování finanční situace a vztahů s rodinou je častější v jejím průběhu.

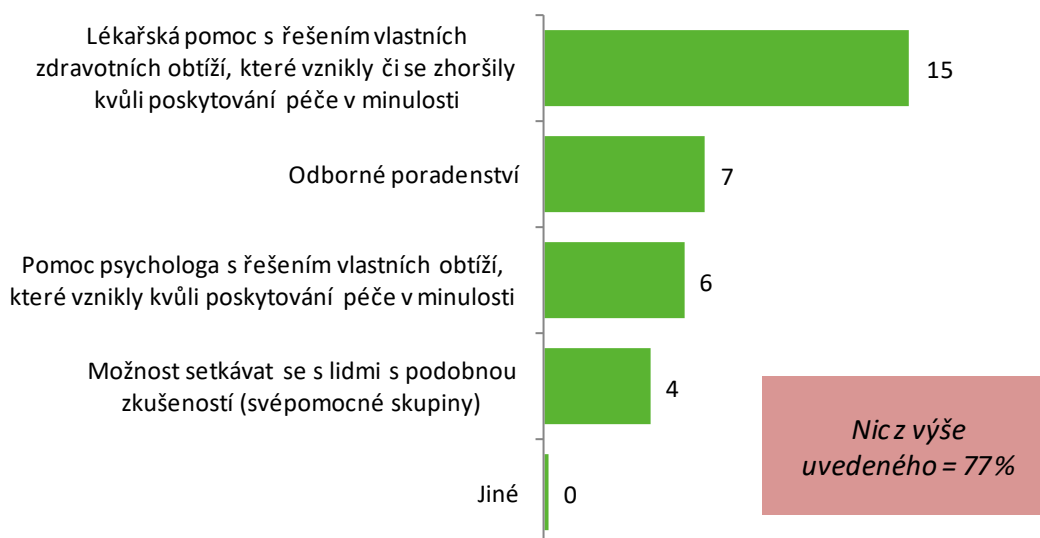


Podpora po ukončení péče

Text otázky	C7. Uveďte prosím, zda jste po skončení péče využil/a některé z následujících možností podpory pro řešení potíží vzniklých v souvislosti s péčí: C8. O jaké poradenství se jednalo?
Vzorek	C7. n=403, údaje v %; C8. n=27, údaje v % - jen ti, kteří využili některou z možností péče v otázce C7.
Odchylnka	C7. max. odchylka +/-5 p.b. (při distribuci 50 %), C8. max. odchylka +/-14 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 58.

Využitá podpora po ukončení péče



Zdravotní potíže způsobené zátěží při domácí péči, které přetrvávaly i po ukončení péče, byly nejčastějším důvodem k vyhledání lékařské pomoci. Tuto pomoc vyhledala pětina bývalých pečujících nad 60 let. Nicméně více než tři čtvrtiny bývalých neformálních pečujících žádnou formu podpory po ukončení péče nevyužily.

Existuje silná korelace mezi tím, zda bývalí neformální pečující nějakou formu podpory využili a tím, zda zažili nějaké negativní zkušenosti v průběhu nebo po ukončení péče (viz otázky C5+C6). U těch, kteří negativní zkušenost zaregistrovali, je polovina těch, kteří službu využili. Zatímco ti, kteří neměli ani jednu negativní zkušenost, v 92 % případů vůbec podpurné služby nevyužili.

Jiná odborná pomoc nebyla téměř využita. Pokud vůbec využili odborné poradenství (n=27 osob), jednalo se o podporu ze strany sociálních a zdravotnických pracovníků určených osobě v domácí péči nebo pracovníků veřejných institucí.

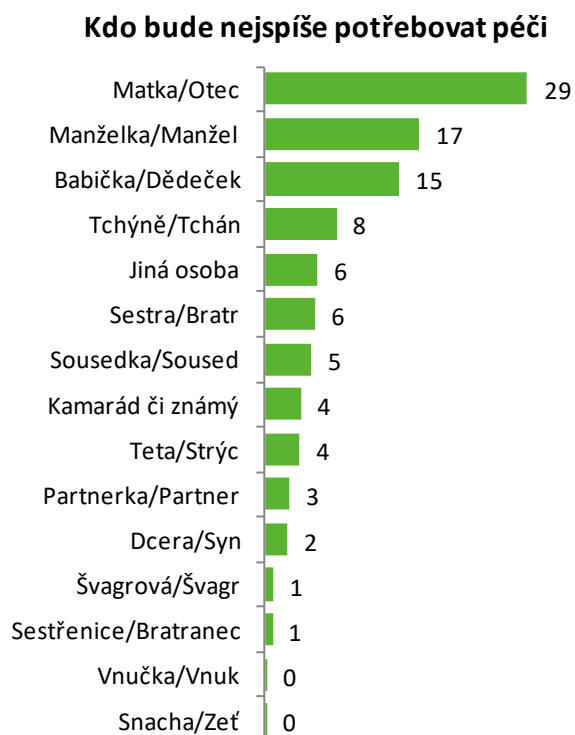


Kapitola 5 – Ochota pečovat

Charakteristika osob, které budou péči potřebovat

Text otázky	D1. Vyberte z okolí jednu osobu z Vašich blízkých a přátel, která by v budoucnu s největší pravděpodobností mohla začít potřebovat péči.
Vzorek	n=1253, údaje v %
Odchylka	D1. max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 59.



V případě, že mají Češi zvolit osobu, která bude s největší pravděpodobností v budoucnu potřebovat péči, jedná se nejčastěji o jejich matku nebo otce (29 %). Tuto možnost daleko častěji uvádějí lidé ve věku 30-44 let (50 %).

Naproti tomu mladí lidé do 29 let v polovině případů jako potenciálně závislou osobu uvádějí prarodiče (50 %).

Manžela nebo manželku označuje 17 % osob a výrazně častěji se jedná o seniory starší 60 let (36 %).

Z hlediska pohlaví respondentů existují rozdíly mezi muži a ženami především ve „volbě“ potenciálního závislého

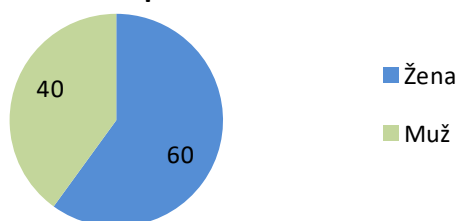
rodiče. Zatímco potřebu péče o matku/otce v budoucnu deklaruje 33 % žen u mužů je to jen 25 %. Tento údaj nehovoří o tom, zda o osobu nakonec budou lidé pečovat, pouze ji označují jako potenciálně rizikovou z hlediska potřeby péče.



Text otázky	D2. Je daná osoba žena, či muž? D3. Kolik je(doplňte D1)let? D4. Kdy začne(doplňte D1)nejspíš potřebovat péči?
Vzorek	n=1253, údaje v %
Odchylka	D2. max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

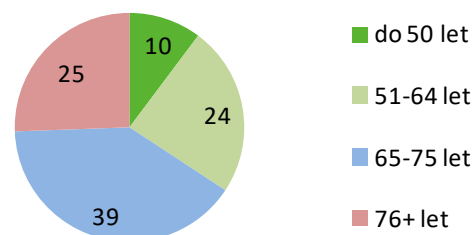
Graf č. 60.

Pohlaví osoby, která bude potřebovat péči



Graf č. 61.

Věk osoby, která bude potřebovat péči

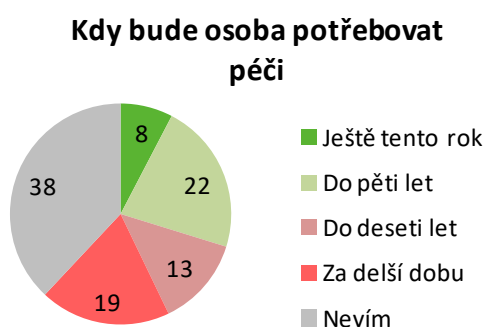


Závislou osobou bude podle očekávání častěji žena než muž, a to v poměru 3:2. Opět upozorňujeme na efekt délky dožití, kdy ženy žijí o 6 let déle než muži (dle dat ČSÚ). Jak již také bylo řečeno výše, vyšší podíl žen u kterých Češi očekávají péči, je velmi podobný jako u aktuálních pečujících (64 %), nebo u minulých pečujících (62 %). Častějším typem indispozice u žen je právě pouze to, že se bude jednat o seniora odkázaného na péči z důvodu stáří, což se projevuje jak v odhadech péče budoucí, tak v péči aktuální i ukončené.

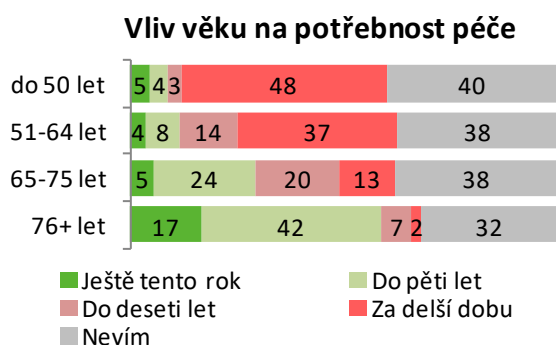


Více než 6 z 10 (64 %) Čechů odhaduje, že osoba, která bude potřebovat v budoucnu péči, bude ve věku 65 a více let. Jen málokdo připouští péči o osoby mladší 50 let (10 %). Je tedy evidentní, že pokud lidé uvažují o budoucí péči, z největší části uvažují o potřebnosti péče z důvodu věku a obtíží spojených s věkem (viz také dále) a nikoliv s nějakým akutním problémem jako je například diagnóza nemoci nebo tělesné postižení.

Graf č. 62.



Graf č. 63.



Poměrně velká část (38 %) lidí vůbec neví, kdy by potenciálně závislá osoba mohla začít potřebovat péči. Další přibližně třetina lidí odhaduje nutnost potřeby péče do pěti let a zbylá cca třetina uvádí možnosti do deseti let nebo ještě později.

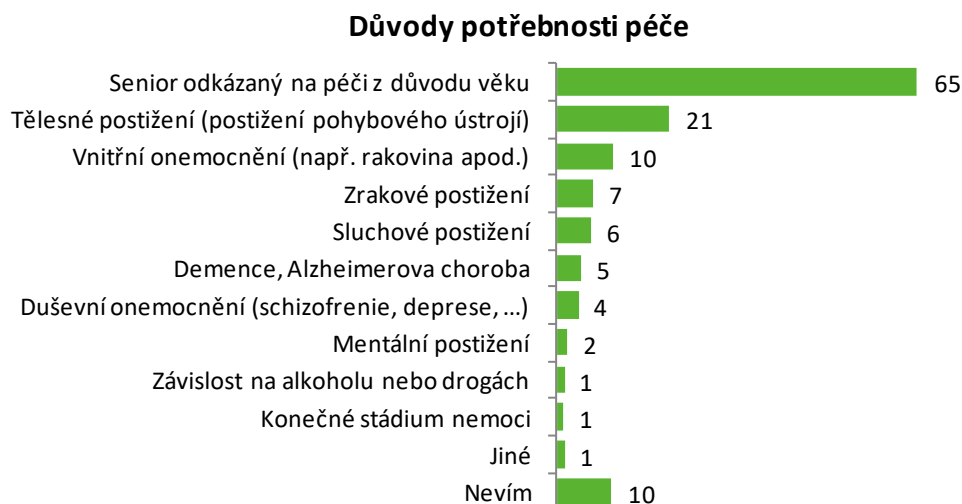
Stanovení časového horizontu, ve kterém bude daná osoba potřebovat péči, je závislé na věku závislé osoby (viz graf č. 63). Čím je potenciální příjemce péče starší, tím více je odhadováno, že bude potřebovat péči dříve. Ve věkové kategorii 76 a více let odhaduje dokonce 17 % populace, že bude dotyčný potřebovat péči ještě tento rok a dalších 42 % předpokládá nutnost pomoci do 5 let.

Určení časového horizontu potřebnosti péče není zcela samoučelné. Při interpretaci následujících otázek je nutné mít na paměti, že přibližně třetina respondentů mluví u péče o někom, kdo ji bude potřebovat za více než 10 let a druhá cca třetina nedokáže odhadnout, kdy by péče vůbec byla potřebná. Tedy respondenti uvádějí silně hypotetické situace (za 10 let se může změnit opravdu mnoho věcí a to jak v jejich osobním životě, tak v nastavení státní podpory apod.) a na jejich názory je proto nutné pohlížet v tomto světle.



Text otázky	D5. Z jakých důvodů(doplňte D1) možná bude potřebovat péči?
Vzorek	n=1253, údaje v %
Odchylka	D5. max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 64.



Téměř dvě třetiny (65 %) lidí uvádí, že závislá osoba bude potřebovat péči především z důvodu stáří. Častěji toto uvádí mladí lidé (18-29 let), tedy ty osoby, které v polovině případů deklarují, že péči bude potřebovat prarodič (babička). Ale nejsou to jen mladí lidé, kteří uvádějí prarodiče – jsou to také lidé ve věku 30-44 let, kteří uvádějí, že se bude jednat o jejich rodiče, nebo osoby na přibližné věkové úrovni jejich rodičů (rodiče partnera, strýc / teta...).

Projevuje se zde tedy typická představa o tom, že péči potřebují většinou staří lidé, jak bylo již uvedeno výše.

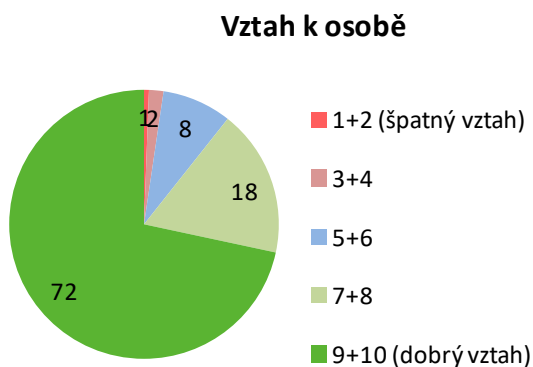
Nicméně celkem pětina Čechů označila jako osobu, která bude do budoucna potřebovat péči jako někoho, kdo tuto péči bude potřebovat z důvodu tělesného postižení. Častěji tak uvádí nejstarší osoby (respondenti). Domníváme se, že to nejsou zcela spojité nádoby, přestože tělesné postižení (omezení či postižení pohybového ústrojí) se často váže právě ke staršímu věku. Totiž distribuce uváděného důvodu (tělesné postižení) není nijak výrazně vyšší u uvažovaných osob ve vyšším věku – naopak je rovnoměrně rozprostřeno u všech věkových kategorií. Naproti tomu důvod „senior“ je signifikantně více zastoupen u uvažovaných závislých osob nad 76 let.

Potvrzuje se tedy výše uváděné tvrzení, že potřebu péče mají lidé spojenou především s věkem a jen malá část si připouští, že by cílová osoba měla péči využívat z jiných důvodů (jsou to častěji ti, kteří uvažují jako o závislé osobě o svých dětech apod.).

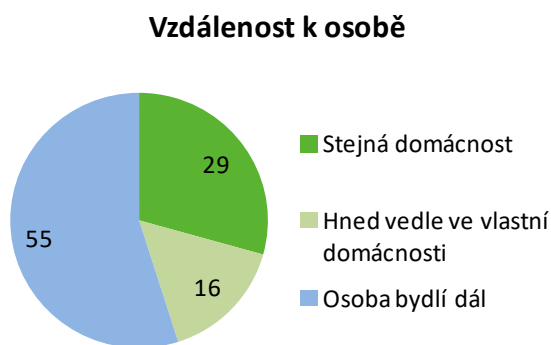


Text otázky	D6. Na číselné škále 1 až 10 zhodnoťte svůj vztah k (doplňte D1). 1 znamená „špatný vztah“ a 10 „dobrý vztah“.	D7. Jak dlouho přibližně trvá cesta z Vašeho bydliště do bydliště(doplňte D1)
Vzorek	n=1253, údaje v %	
Odchylka	D6. max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)	

Graf č. 65.



Graf č. 66.



Naprostá většina osob (90 %) uvádí, že má dobrý vztah k osobě, která by v budoucnu mohla potřebovat péči. Velmi dobrý vztah zmiňují častěji mladí lidé do 29 let, kteří uvádějí velmi často jako potenciálního příjemce svého prarodiče (viz ot. D1). Opět, jako již u současné péče má vztah k osobě dosti silný vliv na to, zda by potenciálně závislá osoba využívala péči doma nebo v nějaké instituci (viz. D8). Lepší vztahy mají také lidé k těm potenciálním uživatelům péče, pokud společně bydlí v jedné domácnosti. Nicméně rozdíly jsou v absolutním porovnání jen velmi malé, nemůžeme vůbec tvrdit, že by některá skupina osob ať již podle sociodemografických znaků respondentů nebo potenciálně závislých osob měla k sobě vyloženě špatný vztah.

Podíl osob, které by potřebovaly v budoucnu péči a bydlí ve stejné domácnosti případně velmi blízko, je téměř stejný jako podíl osob, za kterými by musel dotázaný dojíždět. Dál (ve větší vzdálenosti od bydliště respondenta) bydlí častěji osoby na věkové úrovni prarodičů respondentů (tedy typicky babičky mladých lidí) ale i rodičů respondentů (tedy typicky rodiče střední generace). Naopak v jedné domácnosti bydlí většinou partner respondenta seniora – tedy uvažovaná závislá osoba je partnerem/partnerkou někoho staršího 60 let.

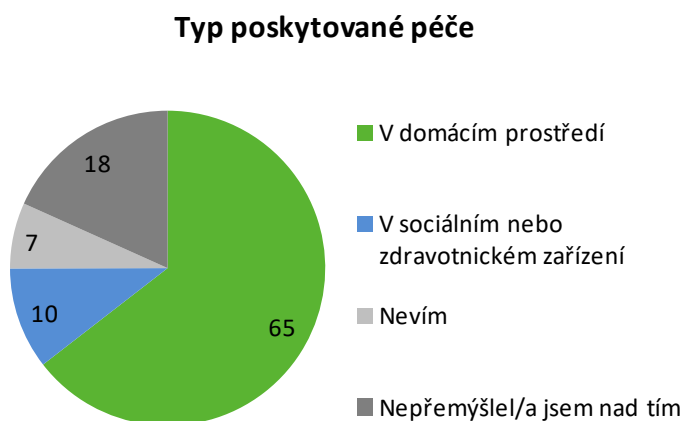
Vzdálenost k závislé osobě má vliv na typ péče, která by byla využívána (domácí vs. sociální / zdravotnické zařízení) i na to, kdo by pravděpodobně o osobu pečoval (pouze blízcí vs. blízcí ve spolupráci s profesionály). Pokud bydlí člověk ve stejné domácnosti se závislou osobou, pozorujeme i větší ochotu pomoci se všemi úkony (přímá péče, starost o domácnost, jednání s úřady, atd.).



Poskytovaná péče a angažovanost na péči

Text otázky	D8. Pokud jste nad tím už přemýšlel/a, uveďte, jakou péči by(doplňte D1)nejspíš využíval/a. V případě, že si nejste jistý/á, zvolte možnost, která se Vám zdá nejpravděpodobnější.
Vzorek	D8. n=1253, údaje v %;
Odchylka	D8. max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 67.



Téměř dvě třetiny lidí (65 %) si myslí, že by člověk potřebující péči v budoucnu, využíval péči v domácím prostředí. Téměř pětina (18 %) ale o typu budoucí péče ještě vůbec nepřemýšlela (častěji se jedná o muže, lidi ve středním věku 30-44let a ty, kteří v současné době o nikoho nepečují; častější je tato odpověď taky v případě, kdy je osobě, která bude péči potřebovat, do 50 let).

Pouze desetina uvažuje o budoucí péči v sociálním nebo zdravotnickém středisku. Uvažovaná péče v institucionálním zařízení se častěji týká:

- potenciálně závislých osob, které budou potřebovat péči nikoliv pro věk, ale pro nějaké postižení (14 %)
- potenciálně závislých osob, které mají s respondentem špatný vztah (40 %)
- potenciálně závislých osob, které bydlí dál od respondenta (14 %)

Je tedy vidět, že naprostá většina Čechů uvažuje o tom, že potenciálně závislá osoba by měla péči dostat v domácím prostředí. Pouze v případě, že mají k potenciálně závislé osobě špatný vztah (ale to jsou pouze 3 % populace), bydlí od osoby daleko a také z důvodu uvažovaného závažného postižení (nikoliv věku) častěji uvažují o tom, že by potenciálně závislá osoba byla umístěna do zdravotního či sociálního zařízení. V těchto případech se zjevně jedná o pochopitelné příčiny (nezájem osoby, obtížná péče) a i v těchto případech můžeme mluvit pouze o mírně vyšší frekvenci jmenování institucionální péče – i v těchto případech by většina Čechů pro potenciálně závislou osobu preferovala péči domácí.

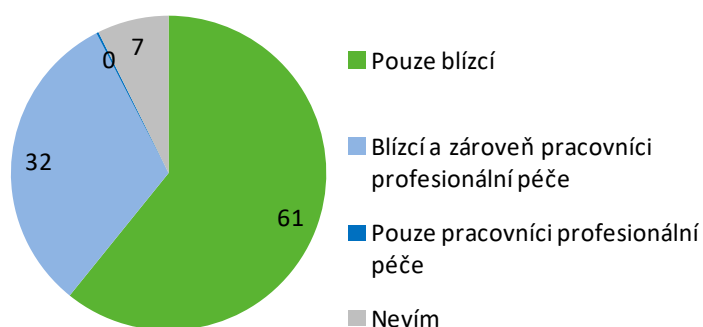
Pokud porovnáme uvažovanou potenciální situaci s aktuálním stavem, pak (po očištění vlivu odpovědí „nevím“) můžeme konstatovat, že stejný podíl osob definuje jako preferovanou domácí péči (86 %), jako ji aktuálně závislých osob využívá (80 % viz ot. A6).



Text otázky	D9. Kdo by o(doplňte D1) nejspíš pečoval?	D10. Podílel/a byste se Vy osobně na péči(doplňte D1) ať už v jakékoli podobě či rozsahu?
Vzorek	D9. n=808 údaje v %;	
Odchylka	D9. max. odchylka +/-4 p.b. (při distribuci 50 %)	

Graf č. 68.

Kdo by se na DOMÁCÍ péči podílel



Více než 60 % těch, kteří uvažují o domácí péči pro potenciálně závislou osobu, předpokládá, že by se na domácí péči podíleli hlavně blízcí a případně by jim pomáhali pracovníci profesionální péče (dalších 32 %).

Pomoci od profesionálů by si lidé nechali častěji v případě, že by péče byla zajišťována nejen o osobu v seniorském věku, ale i v kombinaci

s nějakou formou postižení. Jedná se také častěji o osobu v přibližném věku prarodičů respondenta (43 %). Vliv hraje taky věk závislé osoby a horizont, v jakém bude osoba péči potřebovat. Čím je osoba starší a bude péči potřebovat dříve, tím častěji by lidé uvažovali o péči ve spolupráci s pracovníky profesionální péče.

Pokud se podíváme na charakteristiky pečující osoby, můžeme pozorovat závislost na příjmu domácnosti – se stoupajícím příjmem vzrůstá preference sdílené péče mezi blízké a profesionály. Obdobně má vliv osobní zkušenost s péčí, v případě, že dotyčný právě o nikoho nepečuje, volí častěji možnost, že by v budoucnu o závislého člověka pečovali blízcí a zároveň pracovníci profesionální péče. Z výše uvedených závislostí můžeme odvozovat, že existuje malá část osob, které se obávají, že si pomoc profesionálního pracovníka nebudou moci dovolit a také existuje malá část lidí bez zkušenosti s péčí, kteří se obávají, že domácí péči sami nezvládnou.

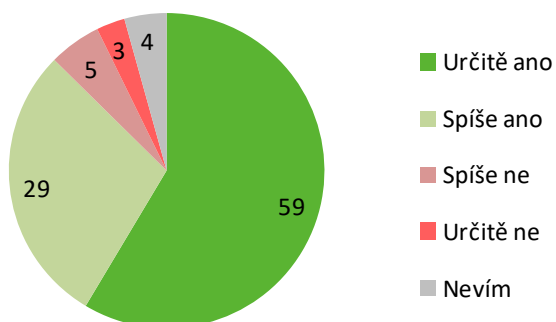
Můžeme tedy konstatovat, že Češi, kteří pro potenciálně závislé osoby preferují domácí péči, ve většině sice očekávají, že se o potenciálně závislou osobu bude starat někdo z blízkých (a velmi často to budou dokonce oni sami), ale třetina z nich už nyní připouští, že bude potřeba pomoc profesionálních pracovníků. Je to více než aktuální počet osob, o které se v domácí péči starají profesionální pracovníci (18 % viz ot. A7). To svědčí o tom, že potřeba pomoci profesionálních pracovníků bude v případech budoucí domácí péče ještě vyšší než nyní.



Text otázky	D10. Podílel/a byste se Vy osobně na péči(doplňte D1) ať už v jakékoli podobě či rozsahu?
Vzorek	D10. n=772 údaje v %;
Odchylka	D10. max. odchylka +/-4 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 69.

Osobní angažovanost při péči



Na otázku týkající se osobního podílení na péči o závislou osobu v budoucnu, odpovídá naprostá většina (88 %) Čechů kladně. Téměř 60 % dokonce tvrdí, že by se na péči podílelo určitě. Více přesvědčeni jsou o tom lidé ve středním a vyšším věku (ale již ne senioři), kteří se budou starat o partnera nebo někoho na své věkové úrovni, mají s osobou velmi dobrý vztah a především bydlí blízko (97 %).

Otázka ale připouští „péči v jakékoli podobě či rozsahu“ – tedy musíme mít na paměti, že respondenti se nutně nemuseli vyjadřovat k pravidelné intenzivní péči nebo domácí péči „na plný úvazek“. Detailní odpovědi na to, co by Češi v rámci pomoci s domácí péčí byli ochotni udělat, najdeme dále v textu analýzy, nicméně již nyní můžeme konstatovat, že nejčastější uváděná forma pomoci je v oblasti pomoci s domácností nebo doprovodem, tedy spíše jednorázovými akcemi (i když třeba pravidelnými) v rámci návštěv, než tím, že by se k potenciálně závislé osobě přistěhovali a starali se permanentně.

Je překvapivé, jak velký podíl osob připouští, že by se o potenciálně závislou osobu alespoň částečně staral. Neexistují prakticky žádné signifikantní rozdíly podle sociodemografií potenciálních neformálních pečujících i když nejmladší (z důvodu obav o zaměstnání) a nejstarší generace (z důvodu obav o vlastní zdravotní stav) deklarují ochotu mírně nižší. V podobných šetřeních vždy dochází k určité míře stylizace do „lepšího“ člověka a domníváme se, že stejná situace je i v tomto případě. Můžeme ale věřit tomu, že domácí péči o potenciálně závislou osobu by většina Čechů realizovala, ale pouze v případě, že by se jednalo o jednorázové akce či nepravidelnou pomoc (viz dále).

Pouze 8 % lidí odhaduje již nyní, že by se při péči osobně neangažovali. Jedná se častěji o starší lidi (60+ let), osoby pobírající důchod a lidi s nízkým příjmem domácnosti (do 20.000,-Kč). Vliv na zvolení negativní odpovědi má také typ indispozice, kterou tato osoba trpí. Pokud by potenciálně závislá osoba potřebovala péči z jiných než věkových důvodů (tedy nějaké postižení), pak evidujeme celkem 10 % negativních odpovědí. Je to přirozené – lidé, kteří uvažují o potenciálně závislé osobě jako o někom, kdo bude potřebovat profesionální péči z důvodu vážného postižení,



mají vyšší obavy o to, zda by osobně péči zvládli. Nicméně ani v této skupině nepřevažuje negativní stanovisko k osobní angažovanosti, pouze mezi těmito osobami sledujeme mírně vyšší zastoupení těch, kteří o osobní angažovanosti neuvažují. Z výše uvedených důvodů se ale domníváme, že se nejedná o neochotu se na domácí péči podílet, ale o reálné zhodnocení vlastních možností.

Pokud se podíváme na to, zda dotyčná osoba, která neplánuje v budoucnu pečovat, má nějaké zkušenosti s aktuálním či minulým poskytováním domácí péče, tak můžeme definovat, že rozdíly jsou pouze minimální (mírně větší ochota je u těch, kteří již o někoho pečovali, ale rozdíly jsou v rámci statistické odchylky). Nemůžeme tedy tvrdit, že ten, kdo v minulosti pečoval (nebo má aktuální zkušenost s péčí), se k budoucí domácí péči o potenciálně závislou osobu staví kladněji než ten, kdo tuto zkušenost nemá.

Text otázky	D13.Lidé mohou mít nejrůznější důvody pro to, že se do péče o své blízké nezapojují. Z jakého důvodu byste se na péči nepodílel/a Vy?
Vzorek	n=69, údaje v %
Odchylka	D13. max. odchylka +/-11 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 70.

Proč se osobně nepodílet na domácí péči



Na důvody nepodílení se na péči o potenciálně závislou osobu odpovídalo v rámci šetření pouze 69 osob a upozorňujeme tedy na nižší míru spolehlivosti výsledků. Důvodů, proč se nepodílet na domácí péči o závislou osobu, existuje v kombinaci více, v průměru lidé uváděli 1,8 důvodu. Největší bariérou v budoucí péči je vzdálenost od osoby, která by pomoc potřebovala. Tento důvod

uvádějí především lidé, kteří jako potenciálně závislou osobu uvedli někoho, kdo bydlí dál od nich (častěji prarodiče).

Následuje představa, že vlastní zapojení nebude třeba (27 %). Tedy to jsou lidé, kteří předpokládají, že se na péči o potenciálně závislou osobu bude podílet někdo jiný. Nemůžeme z výsledků šetření definovat, zda „někdo jiný“ v tomto případě implikuje pracovníky profesionální



péče (tedy z důvodu toho, že potenciálně závislá osoba bude potřebovat profesionální pomoc) nebo o jiné blízké. Nicméně nejvíce si to myslí mladí lidé do 29 let věku (45 %), kdy se nejspíše právem domnívají, že péči o jejich prarodiče budou realizovat především jejich rodiče.

Především senioři a osoby v důchodovém věku uvádějí, že důvodem nepečování v budoucnu bude jejich vlastní zdravotní stav. Zatímco v průměru celého universa nepečujících je průměr jmenování 16 %, u osob starších 60 let je to 30 % a tedy hlavní důvod nepečování (společně se vzdáleností potenciálně závislé osoby).

Opět se zde projevuje fakt, že finanční stránka věci není pro neformální domácí pečování tak dominantní, jak by se dalo očekávat. V celkovém vzorku nepečujících tuto možnost uvádí 14 % osob. Týká se to přirozeně především osob s nejnižšími příjmy domácnosti (26 %), ale ani u nich to není důvod dominantní. Vzhledem k tomu, že se jedná často o seniory, tak důvod obav z financí je zastíněn obavami o vlastní zdravotní stav.



Co vše můžeme v rámci domácí péče udělat

Text otázky	D11. Vyberte, se kterými z těchto úkonů byste byl/a ochoten/ochotna pomoci, pokud by je(doplňte D1)potřeboval/a.
Vzorek	n=1053, údaje v %
Odchylka	D11. max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 71.

S čím bychom byli ochotni pomoci



Jak již bylo výše zmíněno, naprostá většina Čechů, kteří u potenciálně závislé osoby uvažují o domácí péči, by byla ochotná s péčí v nějakém rozsahu osobně pomoci. V průměru tito lidé uváděli 3,9 důvodů, tedy škála úkonů, se kterými by byli ochotni pomoci, je velmi široká.

Největší část osob by neměla problém s tím, aby závislé osobě pomáhala s domácností (75 %) nebo zajišťovala dopravu či doprovázení (69 %), případně pomáhala při jednání s úřady (57 %). Zajímavé ale je, že velká část populace (46 %) vyjadřuje ochotu pomoci i s přímou

péčí o daného člověka. Nejméně uvažovaná pomoc (28 %) je v oblasti rehabilitace, logopedie a podobných cvičení. Důvodem může být představa, že k takovým úkonům potřebuje člověk určité vzdělání a praxi.

Vysokou korelaci pozorujeme v případě všech úkonů s kvalitou vztahu a vzdáleností bydliště. Pokud mají lidé se závislou osobou velmi dobrý vztah a/nebo s ní bydlí ve společné domácnosti, ochota pomáhat ve všech uvedených oblastech je vyšší než celkové hodnoty. Současně také můžeme vidět, že osoby s aktuální zkušeností s péčí deklarují ve všech oblastech vyšší ochotu pomoci než ti, kteří takovou zkušenost nemají. Ačkoliv by se tedy mohlo zdát, že aktuálně prováděná péče může některé osoby od budoucí neformální péče odradit, opak je pravdou – ten kdo má zkušenosti by pomáhal více než ten, kdo zkušenosti nemá. Z hlediska dalších proměnných existují rozdíly v ochotě poskytovat různé druhy péče, například:

- Ženy jsou ochotnější vykonávat přímou péči a převzít starost o domácnost více než muži.
- Naopak muži jsou ochotnější vypomáhat finančně (a starat se o finance) případně doprovázet osobu a pomáhat s jednáním na úřadech.
- Ochotu pomoci s financováním a správou financí deklarují méně často senioři a osoby s nejnižšími příjmy domácnosti.



Text otázky	D12. Co byste kvůli péči byli o(doplňte D1)ochotni udělat?
Vzorek	n=1053, údaje v %
Odchylka	D11. max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 72.



Pokud lidé uvažují o tom, že by se na péči o potenciálně závislou osobu podíleli osobně, jsou ve velké míře připraveni obětovat i určité aspekty svého života. V průměru lidé uváděli 2,5 omezení, které by byli ochotni udělat – je zde tedy vidět, že ochota k ústupkům je menší než samotná ochota pomáhat s různými úkony (viz ot. D11).

Nejčastěji by byli potenciální neformální pečující ochotni omezit svůj volný čas (67 %) a čas strávený s blízkými a ve společnosti (57 %).

Naopak nejmenší ochotu pozorujeme v případech, kdy by péče měla zasahovat do pracovního života případně do bydlení potenciálního neformálního pečujícího.

Samozřejmě se jedná pouze o hypotetické situace v případě budoucí péče, tudíž v reálné situaci mohou následně lidé jednat odlišně. Nicméně již zde vidíme, že omezit volný čas a čas strávený ve společnosti je téměř běžná představa o tom, co jsou lidé ochotni pro péči o závislou osobu udělat. Naopak provést zásadní rozhodnutí, jakými jsou omezení zaměstnání nebo dřívější odchod do důchodu případně dokonce přestěhování se, si dovede představit jen malá část populace (15 %, 13 % resp. 7 %). Další rozdíly pak sledujeme podle:

- vztahu k potenciálně závislé osobě – čím kladnější, tím více jsou pečující ochotni obětovat ve všech oblastech
- blízkosti bydliště – čím bližší, tím více jsou pečující ochotni obětovat ve všech oblastech, kromě přestěhování, tam jsou naopak ochotnější ti, kteří bydlí od osoby dále (24 % oproti průměru 20 %)
- příjmu domácnosti potenciálního pečujícího – čím vyšší, tím více jsou pečující ochotni obětovat ve všech oblastech

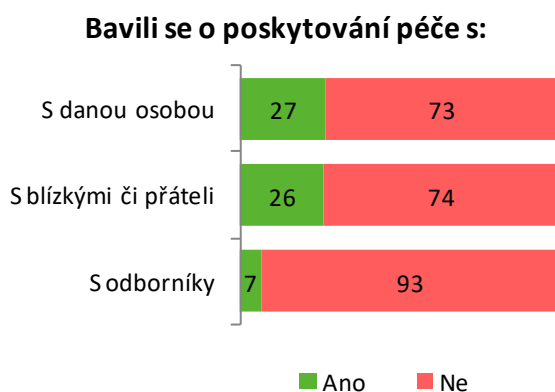


Příprava na péči

Text otázky	D14. Bavili jste se s těmito následujícími lidmi o tom, jak byste řešili, kdyby(doplňte D1) začal/a potřebovat péči? D15. A shodli jste se s těmito lidmi přítom na řešení?
Vzorek	n=1253, údaje v %
Odchylka	D14. max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Přípravu na případnou péči o závislou osobu lidé příliš neřeší – ostatně stejně tak lidé neřeší ani přípravu na situace, kdy by se potřeba péče vyskytla u nich osobně. Je tedy zřejmé, že uvažování o tom, že „jednou budu buď já sám osobně, nebo někdo z mých blízkých potřebovat pomoc“ není v současné době ve společnosti příliš silné téma, ačkoliv u osob, které potenciální péče čeká ve výhledu do 5 let je situace jiná. Pouze 8 % samotných Čechů již situaci ohledně péče o vlastní osobu řešilo (viz ot. E6). U potenciálně závislých osob je situace lepší, i když ne zcela ideální z hlediska přípravy na možné budoucí situace.

Graf č. 73.



Potřeba péče se probírá ve větší míře jen mezi blízkými a přáteli a s danou osobou, mnohem méně s odborníky.

S osobou, které se potenciální situace nejvíce týká, se již bavilo 27 % potenciálních pečujících. Rozhovory s danou osobou na téma budoucí péče jsou závislé především na věku závislé osoby a horizontu, kdy bude pomoc potřebovat. Zatímco u potenciálně závislých osob, kdy potřebu péče předpokládáme do 5 let, se o situaci bavilo již 43 % osob, u těch, kde péči očekáváme za více než 10 let to je polovina (20 %). Častěji toto téma řeší ženy, lidé ve starší věkové kategorii (60 a více let), ti, kteří již teď mají sami zdravotní potíže a mají aktuální zkušenost s péčí. Tedy více se o situaci baví ti, kteří ji buď zažili, nebo ji sami očekávají. Nicméně ani v těchto skupinách není nadpoloviční většina těch, kteří by se o situaci s někým bavili.

S odborníky se častěji baví o situaci ti, kteří chtějí potenciálně závislou osobu umístit do institucionálního zařízení (18 % oproti průměru 7 %).

Kromě toho existuje korelace mezi komunikacemi s jednotlivými aktéry – pokud se o tom již někdo baví s dotčenou potenciálně závislou osobou, pak také o tématu mluví s bližními a odborníky (a vice versa).



Pokud se již lidé o tématu budoucí péče baví, pak je jistě pozitivní, že se jak s danou osobou, tak s jejími blízkými a odborníky na řešení shodují. U všech kategorií je podíl těch, kteří se na řešení shodli přibližně 85 %.

Je ale pravdou, že cca 15 % se na řešení situace ohledně budoucí péče neshodlo. I zde můžeme registrovat určité rozdíly, kdy nejvyšší míru nesouladu sledujeme u těch, kteří se bavili s odborníky o umístění dané osoby do institucionálního zařízení. V tomto případě je míra neshody 27 %, tedy téměř 3x více než u těch, kteří chtějí, aby byla potenciálně závislá osoba v domácím prostředí.

Text otázky	D16. Vyberte, které z následujících kroků jste v souvislosti s možnou péčí podnikli nebo se v blízké době chystáte podniknout.
Vzorek	n=1253, údaje v %
Odchylka	D16. max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Celkem 61 % Čechů nepodniklo v souvislosti s potenciální péčí vůbec žádné kroky. Jsou to především ti, kteří uvažují o potřebné péči v horizontu více než 10 let a také ti, kteří o tématu ještě vůbec nepřemýšleli. Jsou to také častěji mladí lidé, kteří jako potenciálně závislou osobu uvádějí prarodiče (o které se častěji budou starat jejich rodiče). V těchto skupinách je podíl těch, kteří neudělali vůbec nic, téměř 70 %.

Naopak častěji uvádějí alespoň jedno opatření ti, kterých se péče o závislou osobu může týkat do 5 let (51 %) nebo ti, kteří se již o problematice s dotčenými osobami bavili (cca 60 %). Více kroků ohledně potenciálně závislých osob také dělají ti, u nichž samotných se potřeba péče může objevit – tedy ti, kteří mají již nyní nějaké potíže (60 %).

Graf č. 74.



Pokud se podíváme na plánovaná opatření, vidíme, že se jedná především o konzultace s profesionály, případně zajištění finanční stránky věci, a to ať už formou odkládání financí stranou nebo prověřováním možností získat příspěvek na péči.



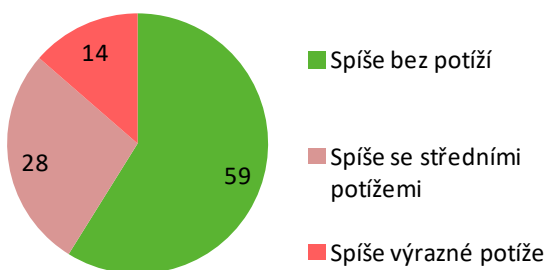
Kapitola 6 – Vlastní představy o péči

Hodnocení vlastního zdravotního stavu

Text otázky	E1. Teď se Vás zeptáme na Vaši vlastní situaci. Když zvážíte všechny okolnosti, jak byste ohodnotil/a svůj současný zdravotní stav na stupnici od 1 do 10, kde 1 je bez zdravotních potíží a 10 jsou výrazné a závažné zdravotní potíže? E2. Pečujete o Vás pravidelně v současné době kvůli Vašemu zdravotnímu stavu jiná osoba? E3. Zkuste prosím odhadnout, zda v následujících 10 letech spíše budete či spíše nebudete potřebovat pravidelnou péči?
Vzorek	E1 a E2. n=1253, E3. n=1214, údaje v %
Odchyłka	max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

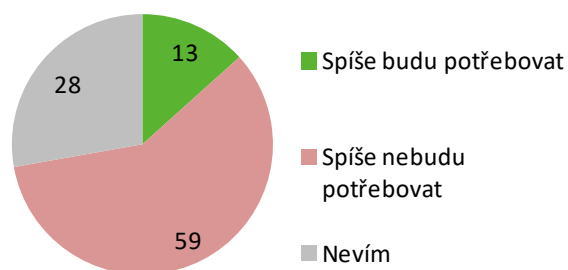
Graf č. 75.

Má osoba nějaké potíže



Graf č. 76.

Bude osoba potřebovat prav. péči



Většina obyvatel (87%) ČR tvrdí, že nemá výrazné zdravotní problémy. Více než polovina (59%) Čechů je v současnosti relativně zcela bez potíží zdravotního charakteru a nepředpokládá, že bude v nejbližší době pravidelnou péči potřebovat. Výrazné zdravotní potíže má 14% Čechů a téměř stejný počet (13%) odhaduje, že bude do 10 let potřebovat pravidelnou péči.

Zcela bez zdravotních potíží jsou mladí lidé ve věkové kategorii do 29 let (68 %) a současně mladí lidé odhadují, že péči nebudou v horizontu 10 let potřebovat. S přibývajícím věkem se mění zdravotní situace lidí a subjektivní vnímání vlastní kondice. Mezi šedesátiletými a staršími lidmi má minimálně střední zdravotní potíže až 73 % Čechů, výraznější potíže má čtvrtina, z nichž část (8%) již potřebuje péči jiné osoby.

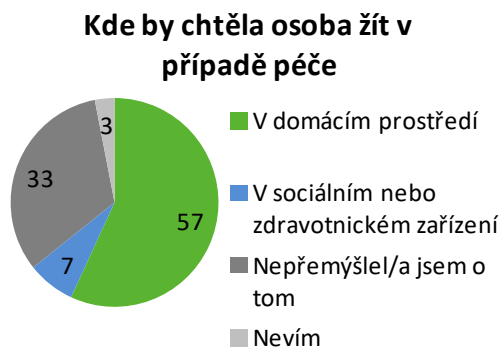
Za zmínku stojí, že více než čtvrtina (27 %) osob nad 60 let je subjektivně relativně bez zdravotních obtíží. Právě lidé starší 60 let (36%) a ženy nejčastěji odhadují, že v průběhu nadcházejících deseti let budou pravděpodobně pravidelnou péči potřebovat. Přesto 42% „šedesátníků“ to nedokáže odhadnout, nebo se domnívají, že nebudou péči potřebovat (22%).



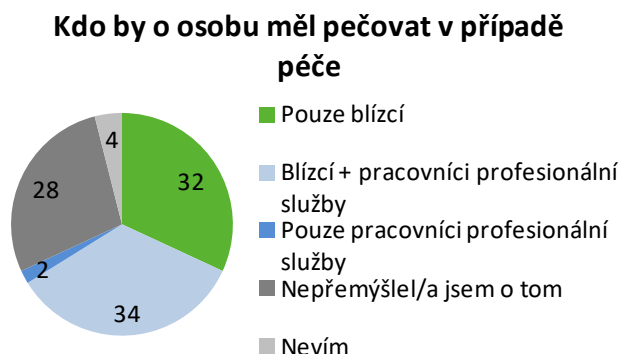
Představa péče o vlastní osobu

Text otázky	E4. Kdybyste někdy pravidelnou péči potřeboval/a, kde byste si přál/a žít? Uveďte své přání bez ohledu na další osoby i reálnou situaci E5. Kdybyste někdy pravidelnou péči potřeboval/a, kdo byste si přál, aby o Vás pečoval?
Vzorek	E4.n=1214, E5. n=1124, údaje v %
Odchylka	max. odchylka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %)

Graf č. 77.



Graf č. 78.



Přibližně třetina české populace vůbec nepřemýšlí o tom, kde by v případě potřeby péče chtěli vlastně žít a kdo by o ně měl pečovat. Zřetelnější představu, kde by chtěli žít v případě potřeby pravidelné péče a také kdo by měl o ně pečovat, mají nejstarší občané ČR nad 60 let (77%). Zatímco mladší lidé do 45 let, zejména ve věkové kategorii 18-29 let, o tomto tématu ještě ani nepřemýšleli.

Pokud o problematice již lidé přemýšleli, pak by si v případě potřeby pravidelné péče, přáli nejčastěji, aby o ně bylo postaráno v domácím prostředí (57%). Nejsilnější je toto přesvědčení mezi osobami staršími 60 let a ženami. Častěji k tomu inklinují ti, kteří aktuálně domácí péči realizují. Pouze 7% Čechů hodlá žít v sociálním nebo jiném zdravotnickém zařízení (např. dům pro seniory, LDN,...). O této variantě přemýšlí více lidé z nejstarší věkové kategorie nad šedesát let (12%), kteří již teď mají výraznější zdravotní potíže (16%) a zejména ženy. Může se tedy jednat pouze o realistické posouzení současného zdravotního stavu a možností domácí péče s profesionálním zařízením.

Je zajímavé, že dosti velká část osob si přeje, aby se o ně v případě nutné péče starali jejich blízcí v kombinaci s pracovníky profesionální služby. Lidé si tedy uvědomují, že případnou domácí péči nebudou zvládat jen jejich blízcí a připouští, že by se o ně měli starat také profesionálové, kteří rodinným příslušníkům s péčí budou pomáhat. Pro třetinu osob je jako pečující osoba přípustný pouze rodinný příslušník nebo blízký člověk. Takto striktní jsou častěji osoby ve vyšším věku a také ženy.



Příprava péče o vlastní osobu

Text otázky	E6. Bavili jste se již někdy s blízkými o tom, jak si přejete, aby případná péče o Vás vypadala? E7. Shodli jste se s nimi přítom na řešení? E8. Vyberte, které z následujících kroků jste podnikl/a nebo se v blízké době chystáte podniknout v souvislosti s přípravou na dobu, kdy budete sám/sama potřebovat péči.
Vzorek	E6 a E8. n=1214, E7. n=103, údaje v %
Odchylnka	E6 a E8. max. odchylnka +/-3 p.b. (při distribuci 50 %), E7. max. odchylnka +/-10 p.b. (při distribuci 50 %)

O tématu případné budoucí péče se mezi lidmi sobě blízkými téměř vůbec nemluví. Pouze 8% z dotázaných potvrdilo, že hovořili se svými blízkými, jak by si péči o sebe představovali. Nejčastěji jsou to lidé důchodového věku nad 60 let (20%), lidé se středními a výraznými zdravotními potížemi (17 %), mírně více také ženy a ti, co pečují doma o někoho blízkého a mají tedy představu, co je v budoucnu může očekávat. Pokud se již o tom lidé se svými blízkými bavili, pak se v naprosté většině shodli na řešení – zdá se tedy, že lidé, kteří problém budoucí péče řeší, nebudou muset o podobu vlastní péče svádět s příbuznými diskuze.

Graf č. 79.

Plánované kroky v souvislosti s péčí



Víc než polovina (57%) obyvatel ČR se na dobu, kdy sami budou potřebovat pravidelnou péči, nepřipravuje ani nic neplánuje. Existuje silná závislost mezi plánováním nějakých kroků a věkem. Zatímco u nejmladších osob neučinilo žádné kroky 82 % osob, v důchodovém věku je to již jen 36 %, tedy 2x méně. Velký vliv má na přípravné kroky současný zdravotní stav.

Čím jsou zdravotní potíže větší, tím intenzivněji se lidé na budoucí dobu připravují.

Pokud tedy lidé nějaké kroky provádějí, pak se zdaleka nejčastěji jedná o odkládání peněz (31 %).

V menší míře se pak lidé soustřeďují na konzultace a zjišťování informací (celkem 16 %). Existuje přirozeně skupina osob, která jednotlivé kroky provádí statisticky více než ostatní – jsou to osoby 60+ let věku, ženy a osoby, které mají aktuální zdravotní potíže. Například ani u osob s nejvyššími příjmy domácnosti (nad 50 tis. Kč) nesledujeme ani výraznější odkládání peněz bokem, nebo úpravy bydlení – tedy ani osoby, které by si určitá opatření aktuálně mohly dovolit, se přípravě na případnou péči nijak nevěnují.



Shrnutí výsledků

Splnění cílů výzkumu

V rámci dotazníkového šetření se díky zvolené metodice podařilo zajistit reprezentativní vzorek (n=1253) respondentů obecné populace ČR starší 18 let a závěry vycházející z šetření lze dobře zobecnit na celkovou populaci. Můžeme tedy určit, jaký podíl osob aktivně provozuje neformální pečování, nebo jaký podíl Čechů se v minulosti s neformálním pečováním setkal.

V případě dalších analyzovaných podskupin, tedy typicky podskupiny aktivních neformálních pečujících, je ale situace trochu odlišná. Vzorek aktivních pečujících čítá 270 osob. V případě dalších filtrovaných otázek (např. důvody nepečování) je vzorek ještě menší a pohybuje se v řádu desítek respondentů. Zde již musíme být u zobecnění opatrnější a formulovat závěry s ohledem na nižší počet osob ve výběrovém souboru. Současně nemůžeme ověřit, že získaný vzorek aktivních neformálních pečujících (nebo osob se zkušenostmi s minulou péčí) je reprezentativní vzhledem k základnímu souboru, tedy celkové populaci aktivních/minulých pečujících v ČR. Vzhledem k tomu, že neznáme charakteristiky tohoto základního souboru, není tedy možné ověřit, že struktura výběrového souboru je adekvátní.

Z hlediska splnění cílů šetření zadaných v rámci Zadávací dokumentace k projektu můžeme popsat postoje a názory obyvatel ČR k neformální péči (a dalším typům péče) a k opatřením sociální politiky, které s poskytováním neformální péče souvisí. Vzhledem k metodice výběru a postupu získávání dat za výběrový soubor také předpokládáme, že zkoumaná podskupina aktivních neformálních pečujících je také reprezentativní vzhledem k základnímu souboru (tj. populaci neformálních pečovatelů v ČR), ačkoliv toto zjištění nemůžeme nijak ověřit. Samotný vzorek n=270 osob je také relativně malý a může vykazovat vyšší míru statistických odchylek než kompletní výběrový soubor. Údaje získané za podskupinu aktivních neformálních pečujících je tedy nutno interpretovat s opatrností.

Postoje populace k poskytování péče

Většina české veřejnosti má za to, že péče o závislé osoby je důležité téma, kterému by se měl stát věnovat a finančně přispívat na různé druhy péče. Finanční rizika spojená s poskytováním péče by měl také nést stát – odpovědnost samotných obyvatel ČR (např. povinnost mít pro případ péče pojištění apod.) není akcentována tak silně. Velmi negativně by bylo vnímáno, pokud by zajištění potřebné péče u závislých osob mělo vést k jednorázovým dramatickým ekonomickým ztrátám těchto osob (např. nucený prodej majetku).



Je zajímavé, že v těchto názorech jsou jednotlivé sociodemografické skupiny relativně dosti konzistentní. Přirozeně mají větší zájem na intervencích státu starší lidé a osoby s nejnižšími příjmy – u těchto skupin, které nemají dostatek vlastních finančních prostředků pro pokrytí případné péče a současně je u nich toto „riziko“ větší (z důvodu věku), existuje větší podíl těch, kteří roli státu vnímají jako důležitější. Naproti tomu lidé s vyššími příjmy domácnosti a také s vyšším vzděláním mírně silněji akcentují osobní odpovědnost lidí za případná rizika spojená s poskytováním nebo přijímáním péče. Nicméně to neznamená, že by v těchto skupinách důležitost osobní odpovědnosti převýšila důležitost role státu – jen je silnější než u jiných skupin. Zkoumali jsme také, zda má aktuální nebo minulá zkušenost s domácí péčí nějaký vliv na postoje a názory osob k roli státu a financování péče. Ukázalo se, že samotná skutečnost, zda osoba aktuálně o někoho pečuje, není nijak determinující v souvislosti s obecnými názory na péči a roli státu. Lidé bez aktuální zkušenosti mají velmi podobné názory jako osoby, které o někoho pečují.

Jako optimální forma péče o závislé osoby se Čechům objektivně (pokud hodnotí péči obecně) i subjektivně (pokud hovoří o vlastních preferencích) jeví péče v domácím prostředí. Lidé ji považují za vhodnou (66 %) a současně o ní nejvíce uvažují v případě potřeby péče o vlastní osobu (89 % z těch, kteří o problému uvažovali). Je ovšem pravdou, že velká část české veřejnosti se o téma potenciální potřebnosti péče příliš nezajímá. Důležitost tohoto tématu sice stoupá s věkem, kdy lidé již začínají o možné péči pro vlastní osobu uvažovat a mají častěji nějaké vlastní zdravotní potíže, ale mezi mladými i střední generací existuje cca 75 % těch, kteří v souvislosti s potenciální péčí ani nečiní žádné přípravy, ani se o tématu péče se svými blízkými nebaví (dokonce více než 90 %). Pokud už lidé o budoucí péči alespoň trochu uvažují, pak nejčastěji dávají stranou peníze, které jim pomohou pokrýt výpadek příjmu nebo zajistí potřeby v případě nutnosti zapojení odborníků.

Informovanost o možnostech domácí péče není příliš vysoká. To, že o domácí péči nemají lidé příliš mnoho informací, vyplývá právě z toho, že se podstatná část osob tématem budoucí potřeby péče nezabývá. Pokud mají lidé spontánně jmenovat nějakou službu, instituci nebo formu zákonné podpory, která se váže k tématu domácí péče, pak přibližně polovina nedokáže jmenovat ani jednu. V tomto ohledu se již projevuje korelace s tím, zda dotyčná osoba aktuálně o někoho pečuje – aktuální neformální pečující mají větší povědomí o jednotlivých typech služeb či institucí než ti, kteří aktuálně o nikoho nepečují.

Podpořená znalost služeb v zásadě může simulovat situaci, kdy se lidé o téma poskytování péče „začnou zajímat“ a odhaluje, zda použité termíny alespoň částečně znají. Určité testované služby



byly dosti známé – tedy minimálně jejich název (ač zřejmě ne jejich přesnou povahu) česká veřejnost zná. V tomto případě se potvrzuje, že neznámější službou je pečovatelská služba (spontánně 18 % s nápovědou 92 %). Obdobnou službu, která je podle nás často s pečovatelskou službou českou veřejností zaměňována (z dat to explicitně nevyplývá, ale můžeme tak soudit na základě nulového spontánního jmenování této služby v otázce na spontánní znalost), je pak osobní asistence. Alespoň z doslechu ji zná 81 % osob. Z hlediska sociodemografie můžeme velmi dobře sledovat rozdíly mezi jmenováním jednotlivých služeb. Statisticky významně více jednotlivé služby jmenují:

- ženy více než muži
- starší (60+ let) více než mladší (18-29 let)
- lidé s VŠ vzděláním více než lidé se ZŠ vzděláním
- lidé s aktuální zkušeností s domácí péčí více než lidé bez zkušenosti

Znalost a charakteristika závislých osob

Alespoň jednu závislou osobu (tedy osobu, která aktuálně potřebuje pravidelnou pomoc jiné osoby) zná třetina (34 %) české veřejnosti. Ti, kdo někoho znají, v průměru uvádějí 1,25 osob. Tedy třetina české veřejnosti má alespoň zprostředkované zkušenosti s někým, kdo potřebuje alespoň částečně výpomoc s nějakými denními úkony. Většina osob, které potřebují péči, je z okruhu rodiny – jen menší část osob zná potřebnou osobu z jiného než širšího rodinného kruhu.

Z hlediska sociodemografických znaků závislé populace se zde jedná častěji o ženy než muže a naprostá většina z nich je ve věku nad 60 let. U důvodů potřebnosti péče jsou dominantní důvody „věk“ a „tělesná postižení“ – tyto důvody jsou uváděny často v kombinaci, kdy se k potřebnosti péče z důvodu vysokého věku připojuje ještě nějaký druh tělesného postižení (pohybové ústrojí, zrak, sluch...).

Naprostá většina závislých osob v ČR žije v domácím prostředí (83 %). Jen ti, kteří mají nějaké závažnější problémy, které souvisejí se závažným postižením nebo s vysokým věkem, využívají péči ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení. Čím pozitivnější vztah k závislé osobě respondenti mají, tím spíše bude tato osoba v domácím prostředí. Je tedy evidentní, že faktor „vztahu k dané závislé osobě“ může hrát v uvažování o domácí péči určitou roli. Naopak roli zde nehraje ani příjem domácnosti ani ekonomická aktivita respondentů.



Pokud je osoba v domácí péči, pak se o ni starají nejčastěji pouze její blízcí (80 %). Další cca pětina závislých osob využívá také péči blízkých, ale v kombinaci s péčí profesionálů. Rozdílnost poskytovaného typu péče podle pohlaví, věku závislé osoby nebo vztahu respondenta k dané osobě prakticky neexistuje.

Osobní angažovanost při péči

Celkem 64 % těch, kteří nějakou závislou osobu znají, uvádí, že o ni pečují, a to ať již nejvíce, nebo alespoň částečně. Při třídění podle sociodemografie pečujících osob neshledáváme žádné významné rozdíly. Určitou roli hraje pouze to, zda je osoba zaměstnaná či nikoliv – zaměstnané osoby (a to především na zkrácený úvazek) pečují častěji než ostatní. Nedá se ale tvrdit, že by např. osoby v důchodovém věku o své bližní nepečovali – jen tak činí v nižší míře než zaměstnanci. Větší roli hrají charakteristiky závislé osoby:

- Nejméně pečují lidé o osoby, které nejsou jejich rodinnými příslušníky.
- Lidé se také častěji starají o muže a o ty osoby, ke kterým mají dobrý vztah.
- Velmi velkou roli hraje blízkost bydliště. Pokud závislá osoba bydlí v blízkosti, pak sledujeme vyšší podíl dotázaných, kteří o závislou osobu pečují.

Zdá se tedy, že důležitější pro rozhodnutí o péči jsou charakteristiky samotné závislé osoby než sociodemografický profil osoby, která se stará (resp. nestará).

Hlavním důvodem nezapojení do péče o závislou osobu je, že zapojení pečujících vůbec nebylo potřeba – tvrdí to více než polovina osob, které se osobně v péči neangažují. Na druhém místě je pak vzdálenost k závislé osobě – více než třetina osob uvádí, že nepečuje pro velkou vzdálenost.

Naopak rozhodnutí pečovat o danou osobu je nejčastěji v rovině morální. U naprosté většiny aktivně pečujících osob nebylo toto rozhodnutí nějakým způsobem „vynuceno“, ale jednalo se o svobodné rozhodnutí, především proto, že to pečující považují za normální, oplácejí péči, které se jim dostalo, mají k závislé osobě blízký vztah a chtějí, aby zůstala doma.



Rozsah současné péče

Pro poskytování domácí péče závislým osobám často postačuje jen několik hodin týdně. Do 15 hodin týdně uvedlo 6 z 10 osob, které o někoho aktuálně pečují. Existuje ale i cca 5 % pečujících, kteří vykonávají domácí péči prakticky nonstop (61 a více hodin týdně, tj. 8 hodin denně). Přirozeně existuje závislost mezi tím, kolik hodin péče o závislou osobu respondent týdně realizuje a tím, kolik procent péče sám zajišťuje. Čím více procent péče sám respondent zajišťuje, tím více hodin týdně pečuje. Nejmenší časovou i procentuální dotaci mají nerodinní příslušníci. V případě, že respondent poskytuje domácí péči někomu mimo okruh rodiny, pak jí věnuje dosti málo času a také zajišťuje menší podíl potřebné péče. Naopak největší počet hodin i procent péče vyžadují osoby, které mají přiznaný nejvyšší stupeň závislosti.

Podle několika sledovaných znaků a provedené shlukové analýzy můžeme rozdělit pečující na čtyři nestejně velké skupiny nazvané:

- Kompletní péče (22 %)
- Péče mimo domov (33 %)
- Péče doma (17 %)
- Okrajová péče (28 %)

Využití služby

Pokud pečující osoby nějaké sociální služby využívají, pak jsou to častěji služby určené spíše osobě, o kterou se starají. Alespoň jednu službu pro závislou osobu využilo 62 % pečujících. U služeb pro samotné pečující to bylo jen 49 %. Využívání služeb je tedy podmíněno především celkovým přístupem k pečování – zatímco neformální pečující, kteří se na péči podílejí spíše okrajově, služby příliš nevyužívají, ti pečující, kteří domácí péčí tráví více času, pomoc (jak pro sebe, tak pro osobu závislou) využívají daleko více. Souvislost existuje také se zažitými negativními situacemi – pokud došlo v průběhu péče k nějakému negativnímu jevu, pak byly služby využívány daleko více.



O koho bychom se mohli starat

V případě, že mají Češi zvolit osobu, která bude s největší pravděpodobností v budoucnu potřebovat péči, jedná se nejčastěji o jejich matku nebo otce (29 %). Tuto možnost daleko častěji uvádějí lidé ve věku 30-44 let (50 %). Naproti tomu mladí lidé do 29 let v polovině případů jako potenciálně závislou osobu uvádějí prarodiče (50 %).

Pokud lidé uvažují o nějaké osobě, která bude teoreticky v budoucnu potřebovat péči, pak závislou osobou bude podle očekávání častěji žena než muž, a to v poměru 3:2. Vyšší podíl žen mezi osobami, u kterých Češi očekávají péči, je velmi podobný jako u aktuálních pečujících (64 % z nich pečuje o ženy) nebo u minulých pečujících (62 %). Častějším důvodem péče u žen je právě pouze to, že se bude jednat o seniora odkázaného na péči z důvodu stáří, což se projevuje jak v odhadech péče budoucí, tak v péči aktuální i ukončené. Stejně tak jako pohlaví, tak i věk (naprostá většina osob uvažuje o péči o seniora), a rovněž důvody potřeby péče v budoucnu v zásadě kopírují aktuální stav péče o závislé osoby. Tedy nejčastějšími důvody jsou věk a nějaký druh tělesného postižení (částečně v kombinaci).

Jak již bylo řečeno, silně preferována je pro potenciální závislé osoby domácí péče (86 % z těch, co ví, jaký typ péče by zvolili), a to především blízkými (61 %), případně v kombinaci s profesionály (32 %). A současně také naprostá většina Čechů v současnosti deklaruje, že by se v budoucnu o potenciálně závislou osobu starala. Největší bariérou zapojení do domácí péče by pak byla vzdálenost od dané osoby.

A co bychom pro potenciálně závislé osoby byli ochotni udělat? Omezit volný čas a čas strávený ve společnosti je téměř běžná představa o tom, co jsou lidé ochotni pro péči o závislou osobu udělat. Naopak provést zásadní rozhodnutí, jakými jsou omezení zaměstnání nebo dřívější odchod do důchodu, případně dokonce přestěhování, si dovede představit jen malá část populace.

Shrnutí

Výzkumu se podařilo splnit cíle definované v zadávací dokumentaci k projektu a popsat tak názory a postoje české veřejnosti k neformálnímu pečování i vztahy a příčinné souvislosti při rozhodování o poskytování domácí péče pro závislé osoby. Výsledky jsou dostatečně validní, aby mohly být dále využity v analýzách a rozhodovacích procesech orgánů státní správy.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost