

Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče Výzkumná zpráva

Studie realizovaná
na zakázku Asistence o. p. s.

paq
research

Publikováno
2. 3. 2026

Autoři
Michaela Röschová
Jana Duarte
Jakub Špalek

Autoři

Michaela Röschová, Jana Duarte, Jakub Špalek (PAQ Research)

Spolupracovali

Veronika Pavelková (PAQ Research), Erik Čipera (Asistence), Štěpán Lohr (Asistence)

Kontakty pro média

Jana Duarte

PAQ Research

jana.duarte@paqresearch.cz

Erik Čipera

Asistence

erik.cipera@asistence.org

Datum publikace

2. března 2026

Prohlášení

Výzkum provedla organizace PAQ Research, z. ú., na zadání organizace Asistence, o. p. s., která se na realizaci zároveň podílela sběrem dat.

Výzkum finančně podpořila Nadace Kooperativy.

Provedení výzkumu bylo spolufinancováno z prostředků PAQ Research.

**paq
research**

|!| Asistence


Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP
NADACE

Obsah

Hlavní závěry	3
Cíle a metodika výzkumu	7
1. Sociodemografický profil a životní situace lidí s vysokou potřebou péče	12
2. Formy péče a její financování	18
3. Časový rozsah a náplň péče	26
4. Uspokojení lidských potřeb	34
5. Dostatečnost péče a optimální hodiny terénních služeb	45
6. Bariéry využívání terénních služeb	51
7. Kvalita života: sociální kontakty, začlenění do společnosti, duševní zdraví	58
8. Životní strategie: jak zvládat život s vysokou potřebou pomoci	70
9. Neformální pečující: životní podmínky „druhé strany“	78
10. Sonda do života ve vysoké závislosti na péči ve stáří	91
Příloha 1: Základní popisné charakteristiky výzkumného souboru	100
Příloha 2: Metodika srovnávacích ukazatelů	102
Příloha 3: Sběr dat	104
Seznam literatury	106

Hlavní závěry

Sociodemografický profil a životní situace

- Vysoká potřeba péče v dospělosti (od 18 do 64 let) charakterizuje častěji muže než ženy.
- Polovina dospělých příjemců péče žije v domácnosti rodičů, častěji s matkami než s otci. Sám nebo sama v domácnosti žije jen o něco více než desetina respondentů (14 %).
- Každý druhý (51 %) se s postižením narodil, většina se potýká s kombinací více různých typů postižení (63 %).
- **Pomoc potřebují velmi často – více než sedm z deseti vyžaduje péči či dohled celý den nebo jeho většinu. Čtyři z deseti dokonce závisejí na nepřetržité péči jiné osoby.**

Formy péče a její financování

- **Péče o osoby s vysokou potřebou pomoci se opírá o neformální pečující –** většina (82 %) lidí s vysokou potřebou péče má neformální pečující žijící ve stejné domácnosti, nejčastěji matku.
- Formální péče (sociální služby) tvoří až sekundární formu pomoci. Více ji využívají mladí lidé do 30 let (zejména v její ambulantní formě). Bez sociálních služeb jsou častěji lidé z menších obcí.
- Klíčovými zdroji pro financování péče jsou příspěvek na péči (zásadní či důležitý zdroj pro 97 % domácností) a důchod příjemce péče (zásadní či důležitý zdroj pro 95 % domácností). Časté je také využití příspěvku na mobilitu nebo na speciální pomůcky.
- **Většina domácností ale musí sahát i k jiným zdrojům –** jsou to především příjmy jiných osob v domácnosti a úspory, dále granty a dotace, ale také dary od příbuzných či komerční půjčky.
- Výše příspěvku na péči neumožňuje pokrýt dostatek péče pro osoby, které vyžadují pomoc většinu dne nebo celý den. Závisejí tak zároveň na pomoci neformálních pečujících, ale ani pro ně neznamena příspěvek dostatečné zajištění.

Časový rozsah a náplň péče

- Péče o osoby s vysokou potřebou podpory je velmi časově náročná. Objem poskytované neformální péče přitom několikanásobně přesahuje současnou časovou dotaci formální péče.
- **Neformální pečující se průměrně starají 10 až 11 hodin** denně a většina (94 %) poskytuje péči každý den. Naproti tomu terénní péče je v průměru využívána

čtyři dny v týdnu, při přepočtu na jeden den v týdnu **vychází na necelé tři hodiny denně.**

- Četnost úkonů základní péče je u terénních služeb nižší než v případě neformální péče. Při omezené časové dotaci sociálních služeb jsou upřednostňovány nutné úkony, řada klientů terénních služeb je proto nevyužívá k aktivizačním či vzdělávacím činnostem.

Uspokojení lidských potřeb

- **Lidé s vysokou potřebou péče často nemohou uspokojovat své základní lidské potřeby.**
- Přibližně 40 až 50 % se musí alespoň částečně omezovat v příjmu jídla a pití a užívání toalety, tedy i v těch nejelementárnějších fyzických potřebách. Velkým omezením v zabezpečení těchto potřeb čelí necelá pětina lidí (16 až 19 %).
- Pohyb uvnitř bytu má alespoň částečně omezený téměř 40 % respondentů. V polohování čelí omezením 45 % respondentů a kolem 60 % nemá dostatečný pohyb přiměřený svým možnostem.
- U sociálních a osobních potřeb se potýká s omezeními dokonce kolem 60 až 80 % respondentů. Nejsložitější je realizace partnerských vztahů.

Dostatečnost péče

- **Polovina lidí vysoce závislých na pomoci okolí by potřebovala větší rozsah péče od jiných osob, než aktuálně mají.** Nedostatečnost je obzvlášť akutní u osob s vyšší závislostí na pomoci.
- Průměrně by lidé ve III. či IV. stupni potřebovali 7 hodin a 20 minut terénní péče denně. Výrazná část z nich však aktuálně nemá vůbec žádnou terénní péči a současní klienti typicky čerpají podstatně nižší hodiny.
- Pokud vyčíslíme poptávku napříč všemi osobami s vysokou potřebou pomoci (tedy i mezi těmi, kteří aktuálně k terénním službám přístup nemají), **pokrývají současné kapacity terénní péče jen přibližně 14 % celkové poptávky.**
- Spoléhání na neformální péči bez adekvátní opory ve formálním systému není udržitelné. Lidé s vysokou potřebou pomoci nemají aktuálně dostatek péče pro běžné situace, a ještě větší problém je zajištění péče v případě nenadálých situací, jako je onemocnění neformálních pečujících.

Bariéry využívání terénních služeb

- Lidé závislí na pomoci druhých mají omezenou možnost využívat terénní péči. Jen přibližně třetina (37 %) domácností, které terénní služby aktuálně nevyužívají, se tak sama rozhodla – terénní péči si nepřeje buď sám příjemce péče, nebo někdo jiný z domácnosti.

- Jak současným klientům terénních služeb, tak těm, kteří služby dosud nevyužívají, **brání ve (větším) využívání nejčastěji nedostatečné kapacity (služba není v lokalitě vůbec dostupná nebo nemá dostatek kapacit), poté organizační důvody spojené s nízkou flexibilitou služeb (například jsou dostupné jen v určitých časech) a dále vysoká finanční náročnost služeb.**

Kvalita života: sociální kontakty, začlenění do společnosti, duševní zdraví

- Duševní kondice dospělých lidí s vysokou závislostí na péči je v horším stavu než v obecné populaci dospělých.
- **Častěji je trápí pocity izolace a vyloučení či opomenutí.** Osamělost se projevuje u 47 % příjemců péče, v obecné populaci dospělých je to 29 %.
- Více než v obecné populaci dospělých jsou mezi nimi rozšířené **příznaky alespoň středně těžké deprese či úzkosti** (28 % vs. 18 %) a jsou také **méně spokojení se životem** (nízká životní spokojenost u 39 % příjemců péče vs. 23 % v obecné populaci dospělých).
- **Pokud však nestrádají v uspokojení potřeb, je jejich psychická kondice srovnatelná až lepší než v obecné populaci.**
- Příjemci péče mají obavy ze zhoršování svého zdravotního stavu a zajištění své situace v budoucnu. Velkým tématem jsou obavy, že se o ně s postupem času již nebudou schopni postarat rodiče a zůstanou sami či se budou muset přesunout do ústavní péče.

Životní strategie: jak zvládat život s vysokou potřebou pomoci

- Základem jsou pro řadu příjemců péče kvalitní rodinné vazby, protože **rodina aktuálně tvoří páteř systému péče** o osoby ve vysoké závislosti na pomoci.
- Někteří se **aktivně snaží své sociální vazby rozšiřovat mimo rodinu**, aby mohli zajistit potřeby, které aktuálně nedostatečná a málo flexibilní terénní péče není schopna pokrýt.
- Značnou pomocí pro ně jsou kvalitní terénní služby, ač si někdy asistenci musí pořizovat v komerčním sektoru.
- Podstatnou pomocí jsou zdravotnické a kompenzační pomůcky, které rozšiřují možnosti samostatného pohybu a posilují nezávislost příjemců péče, a také celková úprava domácího prostředí.
- Respondenti popsali i další strategie, především volnočasové činnosti a aktivní pohyb mimo domov. Tyto strategie však vyžadují **dostatek finančních prostředků** a obvykle i přístup k terénním službám, nejsou tedy pro část lidí ve vysoké závislosti na pomoci aktuálně přístupné.
- Vedle těchto pozitivních adaptačních strategií zároveň platí, že k životu řady příjemců péče patří **aktivní regulace a omezování potřeb.**

Neformální pečující: životní podmínky „druhé strany“

- **Neformální péči zajišťují většinou ženy (80 %).** Přibližně tři čtvrtiny pečujících jsou starší 50 let.
- Čtyři z deseti nemají k sobě dalšího neformálního pečujícího a zásadním faktorem při poskytování péče je tak nezastupitelnost pečujícího.
- Drtivá většina poskytuje péči každý den. Více než polovina pečuje nepřetržitě během dne, ostatní většinu dne či jen v některých situacích.
- Přibližně každý třetí pečující v ekonomicky produktivním věku (do 64 let) ukončil či přerušil pracovní aktivitu kvůli poskytování péče.
- Pro tři čtvrtiny je péče psychicky a fyzicky vyčerpávající. Více než každý druhý pečující cítí dopady péče na své zdraví.
- **Zhoršené duševní zdraví (příznaky alespoň středně těžké deprese či úzkosti) je u neformálních pečujících téměř trojnásobně častější ve srovnání s celou obecnou populací dospělých. Nižší je také životní spokojenost.**
- Velké obavy mají z toho, co bude následovat, až sami nebudou schopní péči zajistit. Život neformálních pečujících doprovází **nejistota a strach z budoucnosti.**
- **Převážná většina by si přála mít s péčí větší pomoc:** 89 % by chtělo více podpory v přímé péči, než má nyní.

Sonda do života ve vysoké závislosti na péči ve stáří

- Ve výzkumu byl dotázán také malý soubor příjemců péče ve věku 65 a více let a jejich neformálních pečujících.
- Výsledky naznačují, že lidé ve stáří čelí podobným problémům při zajišťování dostatečné péče jako lidé v dospělosti.
- Horší je jejich zdravotní stav (častější je kombinace většího počtu různých omezení a více se objevují neurologická a neurodegenerativní onemocnění) a výrazně častěji se obávají jeho zhoršování.
- Zejména sociální a osobní potřeby jsou uspokojeny v menší míře než u dospělých příjemců péče do 64 let. V horším stavu je jejich duševní zdraví a životní spokojenost.
- Neformální pečující jsou většinou děti příjemců péče. Kvůli péči méně ukončují/přerušují pracovní aktivitu, silněji vnímají psychickou zátěž péče a čelí problémům se skloubením péče, práce a vlastní rodiny.

Cíle a metodika výzkumu

Cíl a obsah výzkumu

Cílem výzkumu bylo **detailně popsat životní podmínky a potřeby dospělých osob, které se kvůli svému zdravotnímu stavu nemohou obejít bez pomoci a péče jiných lidí**. Výzkum se zaměřil na jejich životní situaci a způsoby, jakými si zajišťují a financují péči. Pokusil se dále zachytit reálný rozsah péče, kterou lidé s vysokou potřebou pomoci nyní dostávají, zda tento objem péče vnímají jako dostatečný a kolik péče navíc by potřebovali.

Klíčovým tématem výzkumu je **uspokojení lidských potřeb** (fyzických, sociálních, osobních), které ukazuje, do jaké míry se aktuálně daří **zajistit osobám ve vysoké závislosti na péči důstojný život**. Výzkum dále popisuje bariéry v užívání terénních služeb a životní strategie, které usnadňují život s vysokou závislostí na pomoci druhých. Zaměřuje se také na to, jak příjemci péče svoji situaci duševně prožívají a jak vnímají své postavení ve společnosti. Samostatnou pozornost výzkum věnoval **neformálním pečujícím**, především dopadu péče na jejich život.

Cílová skupina

Cílovou skupinu výzkumu představují **dospělí lidé od 18 do 64 let, kteří jsou závislí na péči jiných osob a žijí v domácím prostředí** (mimo pobytová zařízení typu domovy pro osoby se zdravotním postižením či domovy se zvláštním režimem). Lidé s vysokou potřebou péče byli definováni jako ti, kteří **pobírají příspěvek na péči ve III. nebo IV. stupni závislosti**. V současné době se celkově jedná o přibližně **27 tisíc osob v celé České republice** (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2025b). Lidé starší 65 let byli do výzkumu zahrnuti v menším počtu za účelem provedení základního srovnání s populací od 18 do 64 let.

V České republice pobírá příspěvek na péči ve III. a IV. stupni celkem 157 tisíc osob (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2024). Tato skupina sahá od dětí po seniory, část žije v domácím prostředí, část pobývá v institucích. Dospělých (od 18 do 64 let) je mezi příjemci přibližně 36 tisíc (23 % z příjemců všech věkových kategorií), z toho přibližně čtvrtina žije dlouhodobě v pobytových zařízeních.

Vymezení vysoké potřeby péče pomocí pobírání příspěvku na péči bylo přijato kvůli jednoznačnosti a srozumitelnosti pro terénní dotazování, ačkoli si autoři výzkumu uvědomují, že ne každá osoba s vysokou potřebou péče příspěvek pobírá.

Technický box 1 O příspěvku na péči

Příspěvek na péči je měsíční sociální dávka určená osobám, které kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu potřebují péči a pomoc při zvládání základních životních potřeb. Z poskytnutého příspěvku si osoba hraadí potřebnou péči, a to buď prostřednictvím registrovaných sociálních služeb, osoby blízké, nebo tzv. asistenta sociální péče (Úřad práce ČR, 2025).

Výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti na pomoci jiné osoby. U dospělých (v době výzkumu v roce 2025) I. stupně činí 880 Kč měsíčně, u II. stupně 4 900 Kč, u III. stupně 14 800 Kč a u IV. stupně 23 000 Kč v případě poskytování péče v pobytových sociálních službách, resp. 27 000 Kč v ostatních případech.

O příspěvek na péči se žádá u Úřadu práce ČR podle místa trvalého bydliště žadatele. Po podání žádosti probíhá sociální šetření, při němž pracovník Úřadu práce posuzuje v domácím prostředí schopnost žadatele zvládat deset základních životních potřeb (např. mobilitu, stravování, osobní hygienu či komunikaci). Na základě záznamu ze sociálního šetření a dostupné zdravotní dokumentace zpracovává Institut posuzování zdravotního stavu (IPZS) lékařský posudek, který slouží jako podklad pro rozhodnutí Úřadu práce o přiznání příspěvku a určení stupně závislosti. Třetí stupeň závislosti je přiznán v případě nezvládání 7 až 8 základních životních potřeb, čtvrtý stupeň při nezvládání 9 až 10 potřeb.

Dotázaný soubor

Do analýz příjemců péče vstupuje 370 dospělých příjemců příspěvku na péči ve III. či IV. stupni mladších 65 let. Část o neformálních pečujících vychází z odpovědí 258 respondentů, kteří sdílejí domácnost s příjemcem péče. Doplňující kapitola vychází z dat o 40 příjemcích příspěvku na péči ve III. či IV. stupni ve věku 65 a více let a 22 jejich neformálních pečujících.

Analýzovaný soubor příjemců péče **odpovídá v základních sociodemografických a geografických parametrech (pohlaví, věkové skupiny, kraj, velikost sídla, výše příspěvku na péči) cílové populaci** příjemců příspěvku na péči III. a IV. stupně od 18 do 64 let s odchylkou do deseti procentních bodů. Dotázaný soubor se od celé cílové populace odlišuje zejména nižším zastoupením nejstarší věkové kategorie (od 55 do 64 let). Proporce

těchto charakteristik v cílové populaci a dotázaném souboru (po vážení) shrnuje tabulka v *Příloze 1*.

Technický box 2

Specifika dotázaného souboru a dopady na reprezentativitu

Protože se do rekrutace respondentů zapojily především organizace poskytující osobní asistenci, lze v dotázaném souboru **očekávat vyšší proporci klientů sociálních služeb než v celé cílové skupině**. Výzkum však neusiloval o dosažení reálných proporcí uživatelů sociálních služeb péče – záměrně byl dimenzován tak, aby poměr uživatelů a neuživatelů služeb činil přibližně 50:50 a bylo možné jednotlivé skupiny samostatně vyhodnotit a srovnat mezi sebou.

Podrobnosti ke složení výzkumného souboru z hlediska forem péče obsahuje technický box 2 ve druhé kapitole. Dosažené výsledky a jejich přenositelnost na celou cílovou skupinu je nutné vnímat v kontextu toho, že ve výzkumném souboru jsou nadreprezentováni uživatelé sociálních služeb.

Sběr dat

Sběr dat probíhal od 7. května do 31. srpna 2025 pomocí **online dotazníků**. Respondenti byli ke spolupráci získáváni několika způsoby, vždy však byli o vyplnění dotazníku žádáni **příjemci příspěvku na péči ve III. a IV. stupni ve věku 18 a více let a jejich neformální pečující**.

K účasti byli osloveni stávající klienti a osoby na čekací listině organizace Asistence, o. p. s. (zadavatel a spolurealizátor výzkumu), která poskytuje služby osobní asistence v rámci Prahy. Do výzkumu se zapojilo také několik organizací poskytujících terénní služby mimo Prahu, které požádaly o účast své klienty. Výzva k účasti byla dále zaslána na všechny e-mailové adresy v databázi zadavatele (pro účely rozesílky newsletteru a další podobnou komunikaci) a pomocí plošné rekrutační kampaně na sociálních sítích (zejména Facebook). U rekrutace pomocí e-mailové databáze a kampaně na sociálních sítích proběhlo nejprve ověření zájemců o účast pomocí rekrutačního dotazníku. Teprve po jeho vyplnění byl na uvedený kontakt zaslán hlavní dotazník. Během sběru dat byly pravidelně vydávány výzvy k vyplnění a šíření výzkumu. Podrobně popisuje proces rekrutace a sběru dat *Příloha 3*.

Postup dotazování

Dotazovací nástroj obsahoval **dva moduly: pro příjemce péče a pro neformálního pečujícího**. Jako první byl zařazen modul pro příjemce péče. Respondenti, kteří měli

alespoň jednoho neformálního pečujícího, byli na konci své části dotazníku požádáni, aby zbývající část vyplnil jejich neformální pečující. V případě více neformálních pečujících byli preferováni hlavní pečující (ti, kteří poskytují péči nejvíce). Za neformální pečující zde byl považován každý, kdo poskytuje péči, mimo pracovníky sociálních služeb (tedy i jiné osoby než osoby blízké: známí, dobrovolníci, asistenti sociální péče).

Příjemci péče mohli vyplnit dotazník samostatně, případně s pomocí pečujících (pečující dle potřeby čte otázky a zaznamenává odpovědi). Dotazník byl ale také přizpůsoben situaci, kdy příjemce péče není schopen dotazník vyplnit ani s cizí pomocí a je potřeba, aby za něj vypovídal pečující (tzv. proxy dotazování).

Zpracování a analýza dat

Ze zpracování bylo vyloučeno 43 nedokončených dotazníků za příjemce péče (ve většině případů respondent vyplnil jen několik prvních otázek) a 35 dotazníků neformálních pečujících, kteří nesdílejí s příjemci péče společnou domácnost. Tito neformální pečující byli z analýz vyřazeni, protože typicky poskytovali péči méně často a/nebo nepravidelně ve srovnání s pečujícími žijícími ve stejné domácnosti a ztěžovali by výsledné interpretace. V analýzách byli ponecháni příjemci péče, kteří sice mají neformálního pečujícího, ten ale nevyplnil druhou část dotazníku.

Data v hlavním výzkumném souboru (příjemci péče od 18 do 64 let a jejich neformální pečující) byla statisticky vážena z hlediska pohlaví, věkových skupin, kombinace věku a pohlaví, kraje a velikosti bydliště příjemců péče dle struktury příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni ve věku od 18 do 64 let. Využity byly veřejné údaje o příjemcích příspěvku na péči Ministerstva práce a sociálních věcí a další údaje od něj vyžádané. Data v sondě o příjemcích péče ve věku 65 a více let vážena nebyla.

Ve zprávě jsou převážně popisovány rozdíly mezi skupinami a vztahy, které jsou významné na standardní hladině spolehlivosti 95 %. Z důvodu menší velikosti některých podskupin jsou v menšině případů popisovány i věcně významné rozdíly (typicky větší než deset procentních bodů), nedosahující standardní statistické významnosti.

Vlastní výpovědi respondentů a jejich využití ve zprávě

Dotazník obsahoval převážně uzavřené otázky (předem definovaná nabídka odpovědí). V několika otázkách mohli respondenti volně odpovědět svými slovy – v těchto otázkách byli respondenti požádáni, aby přiblížili svoji životní situaci, co jim dělá největší potíže a co naopak nejvíce pomáhá apod. Výběr ilustrativních odpovědí je průběžně zařazován do jednotlivých tematických kapitol. Odpovědi jsou anonymizovány (byla odstraněna jména jednotlivců a organizací a vynechány detaily, které by mohly vést k nepřímé identifikaci osob).

Realizátoři

Výzkum provedla organizace PAQ Research, z. ú., na zadání organizace Asistence, o. p. s., která se na realizaci zároveň podílela. PAQ Research navrhl metodický design výzkumu, připravil obsah dotazníku, naprogramoval elektronický dotazník, monitoroval průběh a kvalitu sběru dat a konzultoval rekrutační strategie. PAQ Research dále zpracoval data získaná z dotazníku, provedl analýzy a interpretace dat a zpracoval výstupy. Asistence vytvořila obsahové zadání výzkumu a konzultovala jeho metodické zpracování. Dále oslovila své klienty ke spolupráci na výzkumu, distribuovala výzvu k účasti mezi své e-mailové kontakty, žádala o spolupráci na výzkumu další organizace a prováděla rekrutační kampaň na sociálních sítích. Výzkum finančně podpořila Nadace Kooperativy.

Jazykové konvence

V této zprávě je využíváno generické maskulinum, tedy podstatná jména v mužském rodě, která označují jak muže, tak ženy (např. respondent, příjemce péče). Tato konvence je přijata z důvodu vyšší přehlednosti a srozumitelnosti textu. Rozdíly mezi muži a ženami mezi příjemci péče a neformálními pečujícími jsou ve zprávě systematicky popisovány.

Poděkování

Děkujeme všem zapojeným příjemcům péče a jejich pečujícím, kteří navzdory své obtížné životní situaci souhlasili s účastí ve výzkumu a byli ochotní vyplnit časově i tematicky náročný dotazník. Velké poděkování patří také Asistenci, o. p. s., a dalším organizacím, které se podílely na sběru dat.

1. Sociodemografický profil a životní situace lidí s vysokou potřebou péče

Vysoká potřeba péče v dospělosti charakterizuje častěji muže než ženy. Polovina příjemců péče žije v domácnosti rodičů, častěji s matkami než s otci. Sám/sama v domácnosti žije jen o něco více než desetina respondentů (14 %). Přibližně každý druhý se s postižením už narodil, většina se potýká s kombinací více různých typů postižení. **Pomoc potřebují velmi často – sedm z deseti vyžaduje péči či dohled celý den nebo jeho většinu.** Čtyři z deseti dokonce závisejí na nepřetržité péči jiné osoby.

Vysoká potřeba péče v dospělosti se objevuje častěji u mužů než u žen

Mezi dospělými lidmi (od 18 do 64 let) s vysokou potřebou péče převažují muži nad ženami. **Zatímco muži tvoří 58 % všech příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni v tomto věku, ženy představují 42 %** (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2024). Poměr přibližně 58 mužů na 42 žen přitom platí jak pro III., tak pro IV. stupeň. Mezi dospělými s vysokou potřebou péče se tak muži objevují častěji než v obecné dospělé populaci, kde je podíl mužů a žen vyrovnaný.

Největší část dospělých s vysokou potřebou péče patří do věkové kategorie od 35 do 54 let, a to 41 % (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2025b). Tato věková kategorie je nejběžnější i v obecné dospělé populaci, ve srovnání s ní mají však příjemci péče ve III. a IV. stupni početnější jak nejmladší skupinu do 34 let, tak především starší kategorii od 55 do 64 let (26 % mezi dospělými osobami s vysokou závislostí na péči, 20 % v obecné dospělé populaci).

Šestina (17 %) všech příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni v Česku žije **ve velkých městech o velikosti 100 tisíc a více obyvatel** (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2024). V obecné dospělé populaci je to o několik procentních bodů více.

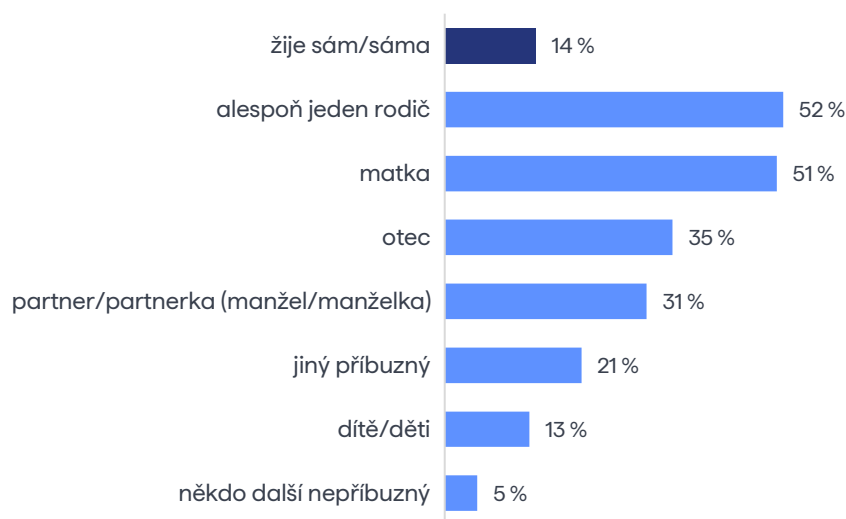
Obvykle žijí v domácnosti rodičů

Převážná většina příjemců péče žije v domácnosti s dalšími osobami (graf 1). Obvykle jsou to rodiče: alespoň s jedním rodičem žije celkem 52 % příjemců péče (téměř ve všech případech je přítomná matka, otec je ve dvou třetinách těchto domácností). Necelá třetina (31 %) žije s partnerem či partnerkou, zhruba desetina (13 %) se svým dítětem či dětmi, pětina s jinými příbuznými (21 %) a 5 % s nepříbuznými osobami.

Sám/sama obývá domácnost jen o něco více než desetina respondentů (14 %). Samostatně žijících příjemců příspěvku na péči je výrazně více v Praze (31 %). Jde častěji o III. stupeň závislosti a o osoby, které nepotřebují celodenní dohled a pomoc. Platí, že čím intenzivnější pomoc osoba vyžaduje, tím je méně pravděpodobné, že žije sama.

Graf 1 **Polovina žije s rodiči, sám/sama žije jen o něco více než desetina**

S kým žijí příjemci péče ve společné domácnosti (podíl respondentů)



Poznámka V domácnosti může žít s respondentem více různých osob, proto součet zobrazených podílů převyšuje 100 %.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 370 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let)

Znění otázky Kdo všechno s Vámi žije v jedné domácnosti?

Více než polovina se s omezením narodila, často se potýkají s vícedruhovými zdravotními obtížemi

U poloviny respondentů je onemocnění vrozené (51 %). Čtvrtinu postihl úraz (26 %) a u zhruba desetiny (13 %) se postižení rozvinulo v průběhu života. U zbylých 10 % dotazovaných se jedná o kombinaci více příčin. Převážná většina osob tak žije se zdravotním omezením delší dobu – 83 % respondentů je v aktuálním stupni závislosti pět a více let.

Necelá třetina (31 %) má čistě tělesné postižení (graf 2) a **téměř dvě třetiny (63 %) dotazovaných se potýkají s alespoň dvěma různými zdravotními omezeními** (obvykle jde o kombinaci tělesného a dalšího typu). U převážné většiny se objevuje omezení **pohybového charakteru (87 %)** a velmi častá jsou také **neurologická a neurodegenerativní onemocnění (44 %)**. Přibližně třetina (32 %) respondentů má zdravotní omezení **mentálního či duševního/psychického charakteru**, 30 % se potýká se smyslovým omezením (zrakové, sluchové, hlasové či řečové) a 14 % má onemocnění vnitřních orgánů či kůže.

Každý třetí člověk (33 %) s vysokou potřebou péče čelí třem nebo více zdravotním omezením. Většina těchto osob se nachází ve IV. stupni (62 %), zatímco u jednoho či dvou omezení je více zastoupen III. stupeň (64 %). IV. stupeň závislosti se odlišuje především častějším výskytem mentálního postižení (40 % ve IV. stupni a 12 % ve III. stupni) a také hlasových/řečových obtíží (37 % vs. 9 %).

Slovy respondentů

Co Vám dělá největší obtíže, co je nejsložitější zvládat?

- Vše, co je spojené se silou a s pohybem rukou a nohou. (příjemkyně péče, 44 let)
- Všechno, nehýbu se od krku dolů. (příjemce péče, 42 let)
- Sebeobsluha je náročnější, mám špatnou jemnou motoriku. (příjemkyně péče, 33 let)
- Nemůžu bez dopomoci chodit. Bez dopomoci nemohu jezdit v terénu na invalidním vozíku kvůli zrakovému problému. (příjemce péče, 39 let)
- Komunikace, pohyb, orientace. (příjemce péče, 31 let)
- Orientace v čase a prostoru, komunikace. (příjemkyně péče, 26 let)
- Nevládám žádnou sebeobsluhu. Takže všechno, co patří k životu. Umím jenom mluvit. (příjemkyně péče, 37 let)
- Neumí mluvit. Nikdo nechápe, co chce, a proto napadá lidi. (matka, 54 let, pečující o syna ve věku 23 let)
- Je nemluvící a má těžký tělesný handicap (...) V pohybu mimo domov je zcela závislý na pomoci druhých (...) (matka, 56 let, pečující o syna ve věku 19 let)
- Epileptické záchvaty několikrát denně, hluboká mentální retardace, těžké pohybové postižení spastickou kvadruparézou. (otec, 61 let, pečující o syna bez uvedení věku)
- Má epileptické záchvaty, musí ji pořád někdo hlídat (matka, 48 let, pečující o dceru ve věku 22 let)
- Je nemluvící kvadruplegik, bez pomoci nezvládne vůbec nic. (matka, 59 let, pečující o syna ve věku 23 let)
- Po úrazu hlavy nemluví, komunikuji hlavně pomocí tabulky, kde ukazují písmena, doma mohu komunikovat i přes počítač pomocí oční kamery, ale je to zdoluhavé... (příjemce péče, 33 let)

Svůj zdravotní stav vidí často skepticky. **Podstatná část si myslí, že se jejich stav během následujících pěti let spíše zhorší** (44 %). Téměř polovina odhaduje, že zůstane zhruba stejný (46 %). Pouze desetina si myslí, že se jejich zdravotní stav v příštích pěti letech zlepší. Zhoršení očekávají častěji starší lidé ve věku 40 až 64 let.

Z komplikovaného zdravotního stavu vyplývají i specifické výzvy při zajišťování terénní péče o osoby s vysokou potřebou pomoci. Respondenti zmiňovali potíže s nalezením terénní nebo ambulantní služby, která je připravena na jejich typ omezení. Pro některé respondenty je bariérou to, že terénní služby nemohou poskytovat některé služby, protože jsou klasifikované jako zdravotnické úkony. Dotazovaní zmiňovali, že takové úkony by bylo možné zvládnout i po krátkém zaškolení, a protože se bez nich nemohou obejít, reálně je obstarávají jejich neformální pečující, kteří zdravotnickou kvalifikaci obvykle také nemají. Více se těmito bariérám budeme věnovat v kapitole *Bariéry využívání terénních služeb*.

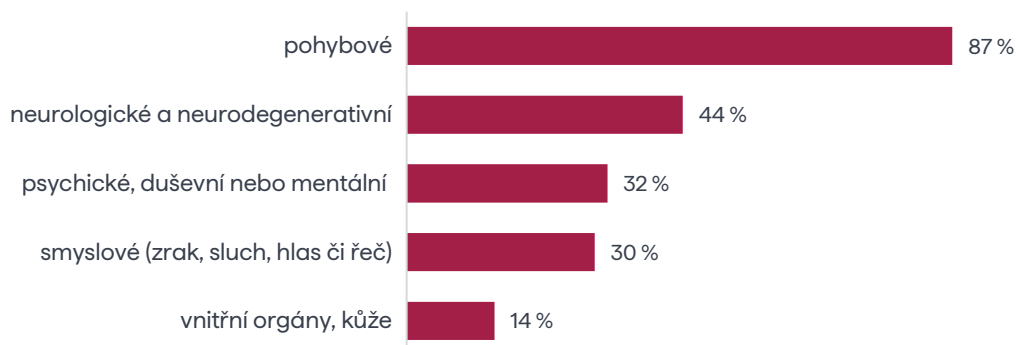
Graf 2 Převážná většina má pohybové postižení, u dvou třetin je zdravotní omezení kombinované

Základní kategorie zdravotních omezení

■ kombinace více forem ■ pouze pohybové ■ pouze jedna jiná forma



Konkrétní typy zdravotního omezení (podíl respondentů)



Poznámka Horní část grafu zobrazuje tři základní kategorie postižení (kombinace více různých typů, pouze tělesné, pouze jiné než tělesné). Spodní část grafu zobrazuje zastoupení jednotlivých typů postižení – ty kvůli různým kombinacím ve svém součtu přesahují 100 %.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 370 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let)

Znění otázky Jaký charakter má Vaše zdravotní omezení?

Tři čtvrtiny potřebují celodenní nebo téměř celodenní pomoc

Více než čtyři z deseti dotázaných (42 %) potřebují dle svých slov nepřetržitou péči nebo dohled (to znamená 24 hodin denně, 7 dní v týdnu). Další téměř třetina (30 %) pak potřebuje pomoc nebo dohled většinu dne. **Celkově tak téměř tři čtvrtiny (72 %) dotázaných potřebují dle svého názoru pomoc nebo dohled celý den nebo jeho větší část.** Čtvrtina (26 %) dle svých slov potřebuje pomoc jen občas během dne v určitých situacích. Jen přibližně 2 ze 100 (2 %) se domnívají, že každodenní pomoc či dohled nepotřebují.

Neustálý či velmi častý dohled vyžadují více příjemci **IV. stupně** než lidé ve **III. stupni**. **Ale i mezi osobami ve III. stupni závislosti potřebuje péči většinu dne či celodenně polovina (54 %).** Ve **IV. stupni závislosti** tuto velmi častou péči potřebuje téměř každý (94 %). Nepřetržitou péči po celý den dle svých slov potřebuje 72 % osob ve **IV. stupni** a 17 % osob ve **III. stupni**.

Dohled po celý den nebo jeho větší část **častěji vyžadují mladší lidé** od 18 do 30 let (88 % ve srovnání se 62 až 72 % ve starších skupinách). To je v souladu se skutečností, že nejvyšší (**IV.**) stupeň závislosti je nejsilněji zastoupen právě v mladších věkových skupinách (Hrkal, 2019). Mezi muži je o něco častější potřeba **dohledu** po celý den než mezi ženami (46 % vs. 36 %) – to souvisí se skutečností, že muži jsou více než ženy zastoupeni zejména ve věkové kategorii do 30 let.

Slovy respondentů

O potřebě pomoci

- Potřebuji se vším kolem mé osoby pomoc. (příjemce péče, 33 let)
- Nejsem schopen pohybu, ke všemu potřebuji pomoc. Bez pomoci nezvládnou nic. (příjemce péče, 18 let)
- Vzhledem k celotělovému ochrnutí potřebuji pomoc při každé činnosti. (příjemce péče, 41 let)
- Jsem prakticky odkázaná na pomoc během celého dne. Přesuny vstávání, oblékání, příprava a porcování stravy, hygiena. (příjemkyně péče, 25 let)
- Samostatně nezvládá nic, je zcela odkázaná na pomoc druhé osoby 24 hodin denně. (partner, 42 let, pečující o partnerku ve věku 45 let)
- Nejvíce potřebuji pomoci s hygienou, toaletou, přípravou jídla, přesuny z postele na vozík a zpět, nočním polohováním... (příjemce péče, 20 let)
- Je na úrovni dvouletého dítěte s častými epileptickými záchvaty, nekomunikuje... neustále potřebuje druhou osobu na pomoc úplně se vším. (matka, 53 let, pečující o syna ve věku 23 let)
- Nepřesunu se z/do postele, neobléknu se, v posteli se nenapoložuji, jídlo a pití zkonsumuji, ale nepřipravím si to, hygienu či vyprazdňování pouze s asistencí. Zkrátka všechno potřebuji dopomoc, podat, zajistit. (příjemkyně péče, 36 let)
- Potřebuje pomoc se sebeobsluhou, dorozumíváním, zajištěním vlastního bezpečí... k většině věcí prostě potřebuje podporu. (otec, 54 let, pečující o syna ve věku 23 let)
- Sám pro sebe neudělám nic. Neobleču se, nenapiji a nenajím se sám. Potřebuji pomoc s hygienou, toaletou. Přesun z postele na vozík. Neotočím se sám ani v posteli. Potřebuji všude doprovod. Lidi, kteří mi dobře rozumí (rodina a asistenti), kteří tlumočí ostatním, co povídám, protože špatně mluvím a nemohu psát vzhledem k fyzickému stavu. Na vozíku mě lidé musí upravovat, protože se nakláním a mám silnou spasticitu. Potřebuji, aby se někdo staral o domácnost, nákupy, úklid, praní, přípravu jídla a pití. Doprovod k lékařům a vyjížďky ven. Nedokážu se ani poškrábat na místech, kde mě svrbí, musím poprosit druhé. (příjemce péče, 47 let)

Technický box 3

Upozornění ke složení výzkumného souboru z hlediska forem péče

Frekvence využívání sociálních služeb (ať už terénních, či ambulantních) v dotázaném souboru nemůže být považována za reprezentativní obraz celé cílové skupiny. **Mezi respondenty jsou pravděpodobně výrazněji zastoupeni klienti terénních i ambulantních sociálních služeb ve srovnání s celou cílovou skupinou**, protože primárními rekrutačními kanály byly vybrané organizace poskytující terénní péči.

Výzkum neusiloval o dosažení reálných proporcí uživatelů sociálních služeb – záměrně byl dimenzován tak, aby poměr uživatelů a neuživatelů služeb činil přibližně 50:50 a bylo možné jednotlivé skupiny samostatně vyhodnotit a srovnat mezi sebou.

Nějakou formu terénní či ambulantní služby využívá celkem 54 % respondentů (30 % jen terénní, 16 % jen ambulantní a 8 % obě formy současně). Osobní asistenci užívá 27 % všech respondentů, pečovatelskou službu 16 %.

Reálné užívání sociálních služeb v cílové skupině je však obtížné stanovit. K dispozici jsou údaje o celkovém počtu klientů vybraných sociálních služeb (Český statistický úřad, 2025a). Podle nich měla v roce 2024 například osobní asistence necelých 12 tisíc klientů a pečovatelská služba 90 tisíc klientů. Pokud by se kapacity osobní asistence proporčně rozdělily mezi všechny osoby ve III. a IV. stupni závislosti mimo instituce, měl by k ní přístup zhruba každý desátý (10 %) ve srovnání se čtvrtinou ve výzkumném souboru. Zároveň dle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (2025b) je osobní asistence nahlášena jako poskytovatel péče (v žádosti o příspěvek na péči) pouze u přibližně 2 až 3 % osob od 18 do 64 let ve III. a IV. stupni závislosti. Může se však jednat obvykle o případy, kdy sociální služba je primárním poskytovatelem péče, tedy nikoli veškeré klienty.

Kombinaci formální a neformální péče (s pečujícím ve stejné domácnosti) využívá 42 % respondentů ve výzkumném souboru. Přibližně osmina (12 %) respondentů nemá v domácnosti neformálního pečujícího, ale využívání sociální služby, a o 40 % dotázaných se starají výhradně neformální pečující ze stejné domácnosti. Zbývajících 6 % respondentů nemá formální péči ani neformálního pečujícího ze stejné domácnosti (mají však neformálního pečujícího mimo domácnost).

2. Formy péče a její financování

Péče o osoby s vysokou potřebou pomoci se opírá o neformální pečující – většina (82 %) lidí s vysokou potřebou péče má neformální pečující z vlastní domácnosti, nejčastěji svoji matku. Ostatní mají rovněž aspoň jednoho neformálního pečujícího, avšak žijícího mimo jejich domácnost.

Formální péče (sociální služby) tvoří až sekundární formu pomoci. Ve výzkumném souboru ji využívají více mladí lidé do 30 let než starší respondenti. Nejmladší skupina do 30 let sice méně často patří mezi klienty terénních služeb, avšak výrazně více užívá ambulantní služby (zejména denní stacionáře). Ty jsou tak významnou oporou při péči o mladší dospělé s vysokou potřebou pomoci. Zcela bez formální péče jsou častěji lidé z menších sídel.

Příspěvek na péči je zásadním či důležitým zdrojem financování péče pro 97 % domácností. Druhým klíčovým zdrojem je důchod příjemce péče. **Většina domácností však využívá k úhradě péče další zdroje** – především příjmy jiných osob v domácnosti a úspory, ale také dary od příbuzných či půjčky. Osoby s vysokou potřebou pomoci řeší dilema, kdy příspěvek na péči nedostačuje na pokrytí veškeré potřebné péče terénními službami, ale nestačí ani na to, aby se neformální pečující mohl věnovat pouze péči (nemusel pracovat).

Převážná většina má v domácnosti neformální pečující, nejčastěji je to matka

Neformální péči od člena domácnosti má osm z deseti dotázaných (82 %) ve výzkumném souboru. Ostatní dotázaní pak také mají neformálního pečujícího, který jim aspoň občas pomáhá – ten ale žije v jiné domácnosti. **Nejčastějším neformálním pečujícím je přitom matka** (poskytuje péči 73 % lidem s neformální péčí od člena domácnosti), následuje otec (49 %), jiní příbuzní (47 %) a partner/partnerka (38 %). Naopak zapojení dětí je kvůli nižšímu věku a dalším charakteristikám příjemců péče spíše výjimečné (dětí má celkem 27 % příjemců péče, jako pečující figurují u 16 %).

Pokud má být z více neformálních pečujících vybrána jedna **hlavní pečující osoba** (tedy ta, která poskytuje péči primárně a je za ni odpovědná), přesouvá se odpovědnost ještě více na matky a ukazuje se spíše doplňující postavení otců. Roli hlavní pečující osoby zastávají ve více než polovině případů matky (figurují jako hlavní pečující u 56 % osob s neformální péčí). Až s výrazným odstupem následuje partner/partnerka (34 %) a s dalším velkým odstupem pak otec (5 %) – otcové se tedy do péče většinou zapojují ve vedlejší roli po boku matek. Jiné osoby se v roli hlavního pečujícího téměř neobjevují. Klíčová role rodinných příslušníků při zajišťování pomoci platí nejen u lidí s vysokou závislostí na péči, ale také v širší skupině osob s jakýmkoliv zdravotním omezením (Pištorová, 2019; Chodounská, 2025).

Technický box 4

Jak ve zprávě definujeme neformální péči?

Neformální péče zahrnuje pomoc nebo péči poskytovanou bez nároku na smluvní odměnu (tj. odehrává se mimo smluvní vztah), nejčastěji rodinnými příslušníky nebo dalšími blízkými osobami.

V této zprávě **rozlišujeme, zda neformální pečující žije ve stejné domácnosti s příjemcem péče či nikoli**. Alespoň jednoho neformálního pečujícího mají všichni ve výzkumném souboru. Obvykle hlavní neformální pečující pochází ze stejné domácnosti (82 %), ale u ostatních pobývá mimo domácnost (ve třetině takových případů je hlavní neformální pečující mimo domácnost matka, třetinu představují jiní příbuzní, pětinu lidé v nepříbuzenském vztahu jako kamarádi či dobrovolníci a desetinu tvoří děti příjemce péče).

Při rozdělení respondentů podle typu péče zařazujeme do kategorií „pouze neformální péče“ a „kombinace formální a neformální péče“ pouze osoby, které mají neformálního pečujícího ve stejné domácnosti. Dotazovaní s neformálním pečujícím mimo domácnost se totiž v řadě charakteristik odlišují od osob, které mají za neformálního pečujícího člena své domácnosti (v objemu neformální péče či míře uspokojení potřeb). Rovněž u takových pečujících z jiné domácnosti lze očekávat menší dopad péče na život pečujícího. Část věnovaná neformálním pečujícím se proto omezuje pouze na pečující ze stejné domácnosti.

Formální péči využívají častěji mladí lidé

Nějaký typ formální péče (tedy sociální služby, ať už terénní, či ambulantní) využívá celkem 54 % respondentů ve výzkumném souboru. Tuto hodnotu přitom není možné vztahovat na celou cílovou skupinu (podrobnosti v technickém boxu 2).

Častěji mezi klienty sociálních služeb patří mladší respondenti. Zatímco ve věkové skupině 18 až 30 let je v péči sociálních služeb 64 % respondentů, v nejstarší kategorii 40 až 64 let je to 46 %. Terénní služby přitom využívá celkově 38 % všech dotazovaných a ambulantní služby 24 %. Mladší respondenti do 30 let méně často užívají terénní služby (33 % vs. 43 % ve skupině 40 až 64 let), zato jsou výrazně častěji klienty ambulantních (43 % vs. 7 %).

Ve výzkumném souboru je terénní péče nejčastěji zajišťována osobním asistentem nebo asistentkou (27 % respondentů celkově, 71 % osob s terénní péčí), dále pak prostřednictvím pečovatelské služby (16 % celkově, 42 % z klientů terénní péče). I v tomto případě platí,

že **zastoupení klientů osobní asistence je pravděpodobně ve výzkumném souboru nadhodnoceno** z toho důvodu, že jedním z hlavních kanálů rekrutace účastníků byly vybrané organizace poskytující osobní asistenci. Dle údajů o celkovém počtu klientů sociálních služeb jsou pečovatelské služby výrazně rozšířenější ve srovnání s osobní asistencí (Český statistický úřad, 2025a), na druhou stranu mohou být nadproporčně využívány v seniorské populaci.

Technický box 5

Jak ve zprávě definujeme formální péči?

Formální péče označuje placené sociální služby poskytující péči v domácím prostředí či ambulantně. **Terénní sociální služba** pečuje o příjemce péče doma (např. osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služba atd.), **ambulantní sociální služby** jsou poskytovány mimo domov (např. denní stacionář, centra denních služeb atd.). Tyto služby jsou určeny pro osoby, „*které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.*“ (zákon č. 108/2006 Sb.) Poskytovaná podpora se týká např. příjmu stravy, hygieny, zvládání běžných denních činností nebo zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. **Mezi příjemce formální péče nejsou v této zprávě zahrnuti lidé žijící v pobytových sociálních službách**, které zajišťují celodenní péči (zejména domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, domov pro osoby se zdravotním postižením).

V rámci formální péče příjemci příspěvku na péči nejčastěji využívají pečovatelské služby, osobní asistenci, odlehčovací služby a denní stacionáře. **Pečovatelská služba** se poskytuje zpravidla v předem stanovené pracovní době, a to buď v domácím prostředí klienta (terénní forma), nebo v zařízení poskytovatele (ambulantní forma). **Osobní asistence** je pouze terénní službou a na rozdíl od pečovatelské služby může být poskytována kdykoliv podle potřeb uživatele, bez omezení pracovní dobou. **Odlehčovací služby** jsou určeny lidem, o které se primárně starají jejich blízcí. Cílem služby je umožnit neformálním pečujícím odpočinek nebo prostor k vyřízení vlastních záležitostí. Služba může probíhat v domácím prostředí, ambulantně nebo pobytovou formou. Je poskytována časově omezeně, zpravidla v rozsahu odpovídajícím krátkodobé potřebě odlehčení neformálních pečujících. **Denní stacionář** pak nabízí pouze ambulantní formu podpory během dne. (Česká republika, 2006b; Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2025a)

Ambulantní služby (denní či týdenní stacionáře, centra denních služeb apod.) využívá 24 % ze všech dotázaných, většinou se jedná o denní stacionáře. Stejně jako v případě klientů terénních služeb celkově **jde spíše o mladé dospělé**, kteří se častěji nacházejí ve vyšším stupni závislosti a potřebují nepřetržitou péči. Nějakou formu ambulantních služeb celkově využívá 43 % lidí od 18 do 30 let a třetina (31 %) z této věkové kategorie dokonce spoléhá pouze na ambulantní péči (bez kombinace s terénní službou). Naproti tomu v nejstarší věkové kategorii 40 až 64 let je čistě ambulantní péče vzácná (3 %). **Pro neformální pečující o mladší osoby je tak ambulantní péče důležitou podporou.**

Pokud už jsou ambulantní služby využívány, **běžná docházka je pět dní v týdnu** (40 %). Pětina klientů (21 %) využívá tyto služby typicky tři až čtyři dny v týdnu, třetina (32 %) pak 1 až 2 dny v týdnu. Pouze 6 % uživatelů ambulantních služeb do nich dochází méně než jednou týdně. V běžném dni, kdy pobývají v ambulantních službách, v nich třetina (34 %) tráví maximálně čtyři hodiny, třetina (36 %) využívá ambulantní službu pět až sedm hodin a necelá třetina (30 %) okolo osmi hodin a více.

Na využívání ambulantních služeb oceňovali dotazovaní příjemci péče i jejich pečující především možnost střídání prostředí, zajištění kolektivu a denního režimu a také prostor pro pečující, aby se mohli věnovat zaměstnání nebo dalším povinnostem či si odpočinout.

Slovy respondentů

O využívání ambulantních služeb

- Má pravidelně organizovaný život, chodí 5x týdně do stacionáře na 8 hodin a volné dny tráví se svou rodinou. (matka, 51 let, pečující o syna ve věku 24 let)
- (Nejvíce pomáhá...) Možnost navštěvování denního stacionáře pro lidi se získaným poškozením mozku, kde můžu cvičit a trénovat kognitivní funkce a jsem v kolektivu podobně postižených lidí. (příjemce péče, 39 let)
- Syn dochází do denního centra každý den na 8 hodin, což mi umožňuje pracovat (...) Považuji to zároveň za přechodový krok na postupné zvykání si na jeho samostatný život mimo naši domácnost. (matka, 57 let, pečující o syna ve věku 31 let)
- Velmi přínosnou vidím péči v denním stacionáři. Syn je tam spokojený, snaží se ho dále rozvíjet, ale není nucen k činnostem, které dělat nechce a nic mu nepřináší. (matka, 47 let, pečující o syna ve věku 21 let)

Kombinaci formální a neformální péče mají více lidé s těžkými omezeními. Bez sociálních služeb jsou častěji lidé z menších sídel

Necelá polovina dotázaného souboru (42 %) má kombinaci formální péče a neformální péče od pečujícího ze stejné domácnosti. Souběh obou těchto forem péče se objevuje více u lidí ve IV. stupni závislosti a s vyšší potřebou nepřetržité péče či dohledu. Obvyklá je u nich kombinace více zdravotních omezení (například výrazně častěji mají mentální či hlasový/řečový handicap než ostatní příjemci péče). Běžnější je toto řešení u nejmladších

příjemců péče do 30 let (58 % vs. 29 % u lidí od 40 do 64 let). To souvisí se skutečností, že nejvyšší stupeň závislosti je nejčastější právě mezi 20. a 30. rokem života.

Pouze s neformální péčí (bez sociálních služeb) funguje 40 % dotázaných. Tento způsob zajištění péče je častější na vesnicích či v menších městech do 5 tisíc obyvatel, zatímco ve velkých městech nad 100 tisíc obyvatel se vyskytuje výrazně méně. Neplatí přitom, že by lidé v menších sídlech měli menší potřebu péče nebo dohledu, ve skutečnosti je tomu naopak. **Ukazuje to spíše na nižší dostupnost sociálních služeb v menších lokalitách.** Bariérám v dostupnosti sociální péče se budeme podrobněji věnovat v kapitole *Bariéry využívání terénních služeb*.

Slovy respondentů

O dostupnosti služeb péče v menších sídlech

- Využíváme mimo jiné v omezeném množství společnost dobrovolníka, v místě bydliště vůbec nejsou možnosti poskytování osobní asistence jako ve větších městech. Nevíme, co udeme dělat, až nebudou moci péči poskytovat rodiče, nemáme informace o poskytovatelích služby pro takto kombinovaně těžce postižené osoby. (matka, 70 let, pečující o syna ve věku 42 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Kdyby byla možnost asistence i u nás na vesnici, aby se rodiče a teta nemuseli u mě střídat a mohli chodit do svého zaměstnání. (příjemkyně péče, 25 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Asi život ve městě, kde jsou dostupné sociální služby. V současnosti žiji ve vesnici, kde nic není a nikdo není ochoten dojíždět. (příjemkyně péče, 28 let)

Přibližně osmina (12 %) dotázaných využívá formální péči, ale nemá neformálního pečujícího ve stejné domácnosti. Kvůli nízkému počtu těchto osob ve výzkumném souboru je však nutné považovat výsledky ohledně této skupiny pouze za orientační (61 osob v neváženém souboru, 46 osob ve váženém souboru). Všichni tyto respondenti mají zároveň neformálního pečujícího žijícího mimo jejich domácnost.

Běžnější je toto řešení mezi lidmi, kteří potřebují pomoc jen občas během dne, v určitých situacích. Naopak zcela výjimečné je mezi těmi, kteří potřebují nepřetržitou péči. Více se toto řešení pak logicky objevuje u příjemců příspěvku ve III. stupni. Častěji se jedná o osoby ve věku 40 a více let a obyvatele velkých měst (100 tisíc a více obyvatel). Zbývajících 6 % respondentů ve výzkumném souboru uvedlo, že mají pouze neformálního pečujícího, avšak mimo domácnost.

Příspěvek na péči tvoří klíčový, ale zdaleka ne jediný zdroj financování péče. Většina domácností musí mobilizovat i zdroje, které nejsou přímo určené na péči

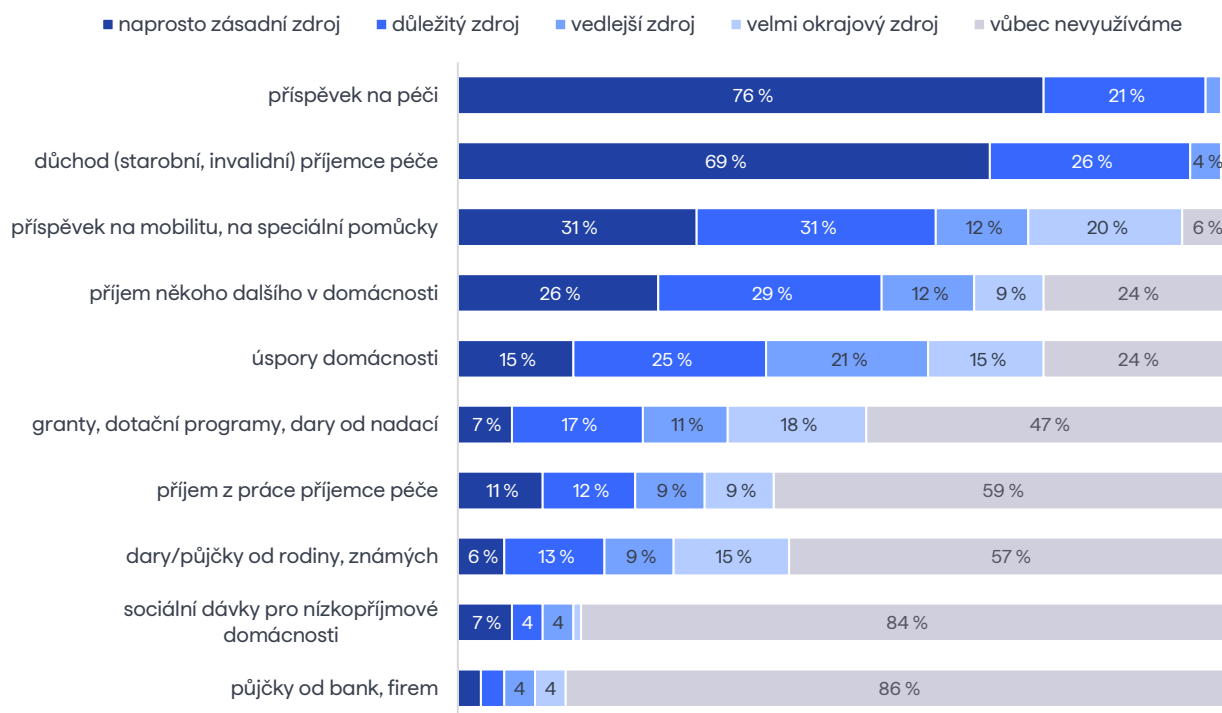
Náklady spojené s péčí (sociální služby, kompenzační a zdravotnické pomůcky, kompenzace neformální péče, veškeré další výdaje, například na rehabilitaci a podobně) jsou v domácnostech lidí s vysokou potřebou pomoci hrazeny **ze dvou primárních zdrojů: příspěvek na péči** (pro celkem 97 % domácností je to zdroj naprosto zásadní či důležitý) **a invalidní, resp. starobní důchod příjemce péče** (pro 95 % je to naprosto zásadní či důležitý)

zdroj). Téměř všechny domácnosti využívají také příspěvek na mobilitu a/nebo příspěvek na speciální pomůcky, avšak pro třetinu (32 %) z nich je to jen vedlejší či okrajový zdroj (graf 3). Čtyři z deseti příjemců péče využívají také svůj výdělek z práce.

Velká část domácností musí na úhradu péče mobilizovat také další zdroje kromě sociálních příjmů na péči a individuálních příjmů samotného příjemce péče. Tři čtvrtiny domácností (76 %) hradí péči také z příjmů dalších lidí v domácnosti (mzdy, důchody, rodičovský příspěvek apod.) a pro více než polovinu je to dokonce naprosto zásadní či důležitý zdroj (55 %). Stejný podíl domácností (76 %) k tomu využívá úspory domácnosti, pro 40 % je to zásadní či důležitý zdroj. Polovina domácností ve výzkumném souboru (53 %) využívá granty, dotační programy či dary od nadací, ale jedná se spíše o zdroj s nižší důležitostí (zásadní či důležitý je pro 24 % domácností). Přibližně 40 % spoléhá také na dary či půjčky od rodiny nebo známých (zásadní či důležitý zdroj je to pro 19 %). Šestina (16 %) směřuje na péči také příjmy ze sociálních dávek pro nízkopříjmové domácnosti (jako příspěvek na bydlení či pomoc v hmotné nouzi). **Více než každá desátá (14 %) domácnost se dokonce uchyluje k půjčkám od bank nebo firem, aby uhradily péči.**

Graf 3 Tři domácnosti ze čtyř platí za péči také příjmy jiného člena domácnosti nebo sahají do úspor

Význam zdrojů pro financování nákladů na péči (podíl respondentů)



Poznámka Znění vybraných položek bylo pro přehlednost v grafu zkráceno.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 370 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let)

Znění otázky Jak důležité jsou tyto zdroje pro financování péče o Vaši osobu (hrazení sociálních služeb péče, kompenzačních a zdravotních pomůcek a dalších výdajů spojených s péčí)?

Téměř všechny domácnosti používají na úhradu péče alespoň jeden zdroj mimo dávek na péči (příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a speciální pomůcky) a mimo individuální příjmy příjemců péče (výdělek z práce, důchod), jako právě příjmy jiného člena domácnosti či úspory. **Alespoň jeden z těchto externích příjmů je zásadním zdrojem pro 40 % domácností a zásadním či důležitým zdrojem pro 77 % domácností.**

Respondenti v otevřených otázkách popisovali aktuální dilemata vyplývající z toho, že příspěvek na péči nedostačuje k pokrytí celého rozsahu potřebné péče. **Příspěvek na péči nestačí k tomu, aby bylo možné zcela udržet neformálního pečujícího v domácnosti. Zároveň však nestačí ani k tomu, aby neformální pečující nemusel vůbec pečovat nebo pečoval výrazně méně a mohl se dostatečně věnovat zaměstnání.**

Slovy respondentů

O problémech financování péče

- (Nejvíce by pomohlo...) Vyšší příspěvek, rodina se o mě stará, je to vlastně jediný příjem matky. (příjemce péče, 23 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Kdybych nemusela do práce a uživil by mě příspěvek na péči. (matka, 55 let, pečující o syna ve věku 34 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Abych nemusela chodit do práce a vyžili bychom z příspěvku na péči. (matka, 51 let, pečující o dceru ve věku 23 let)
- Moji pečující nezbyývají žádné peníze, potřebujeme, aby měli pečující svoji samostatnou odměnu. (příjemce péče, 47 let)
- Potřebovala bych více peněz na asistenci, aby mohl můj přítel do práce nebo aby jeho péče byla náležitě zaplacená. Abychom mohli normálně žít. (příjemkyně péče, 26 let)
- Pracuji z důvodu, abychom si udrželi určitý životní standard a nespadli na sociální dno. Je to ale velice náročné a vyčerpávající, odpočinek žádný. (matka, 50 let, pečující o dceru ve věku 29 let)
- Minulý rok mi pomohl sponzorský dar, ze kterého jsme dofinancovali osobní asistenci. Ale těžko se shání. Letos už sponzory nemáme. Pouze příspěvek na péči a z toho úhrada osobní asistence a zbytek mně za péči. (matka, 46 let, pečující o syna ve věku 20 let)
- Nejvíce mi vždy pomáhala rodina a neumím si představit, jak bych to zvládala za současné situace jen s pomocí osobní asistence. Kdy na osobní asistenci nemám dostatek financí a ani by mi nebyli schopni pokrýt tolik hodin asistence, kolik skutečně potřebuji. (příjemkyně péče, 32 let)
- Když jsem nemocná, nemá mě kdo vystřídat na několik dnů nebo týdnů, než se uzdravím. Nemám nárok na nemocenskou, dovolenou ani plat. Za „plat“ považuji zbytek příspěvku na péči, který mi zbude po úhradě za stacionář a osobní asistenci. Podotýkám, že osobní asistenci čerpám pouze za účelem mé návštěvy lékaře nebo zařizování na úřadech, NIKDY na odpočinek nebo výlety. (matka, 53 let, pečující o syna ve věku 26 let)
- (Největší obtíže dělá...) Velké výdaje za masti, náplasti, sterilní čtverečky při častých dekubitech nebo jejich předcházení. (...) Pak také nekvalitní kompenzační pomůcky s nutností stále opravovat a kupovat nové na vlastní náklady. Tudiž doplatím jednu půjčku a beru si další. (partnerka, 55 let, pečující o partnera ve věku 63 let)

Domácnosti si mohou dovolit utratit pouze část příspěvku na péči za sociální služby

V současnosti dovoluje celá částka příspěvku na péči ve IV. stupni zaplatit si přibližně 180 hodin terénní péče měsíčně, tedy zhruba 40 hodin týdně (necelých šest hodin denně). Počítáme zde s průměrnou cenou 150 Kč za hodinu. **Značná část osob s vysokou potřebou pomoci ale vyžaduje nepřetržitou péči nebo časově náročnější péči.**

Pro většinu domácností tak ani není reálné, aby na služby sociální péče vydaly celý příspěvek nebo jeho většinu, protože potřebují v první řadě pokrýt klíčovou neformální péči a také další náklady s péčí spojené. Jak bude popsáno dále, přibližně třetina pečujících v produktivním věku kvůli poskytování péče nepracuje, další lidé mohou pracovat jen v omezeném režimu a příspěvek na péči má zároveň sloužit jako jejich finanční kompenzace. Kvůli nedostupnosti či malým kapacitám služeb si navíc někteří respondenti platí služby soukromých asistentů za vyšší komerční ceny. Dále mají domácnosti náklady na léky a lékařskou péči a často také na jednorázové zdravotnické pomůcky (jako pleny, rukavice, roušky).

Mezi těmi domácnostmi, které formální péči (terénní či ambulantní) používají, dává přibližně polovina na tyto služby částku nižší než 50 % příspěvku na péči v daném stupni (u osob ve III. stupni je to částka pod 7 400 Kč a u lidí ve IV. stupni pak částka pod 13 500 Kč). Naopak přibližně každá pátá domácnost vydá za sociální služby měsíčně částku v hodnotě celého příspěvku na péči či vyšší (u osob ve III. stupni je to částka 14 800 Kč a vyšší a u lidí ve IV. stupni pak částka 27 000 Kč a vyšší).

3. Časový rozsah a náplň péče

Péče o osoby s vysokou potřebou podpory je velmi časově náročná. Náročnost neformální péče přitom několikanásobně přesahuje časovou dotaci formální péče. Neformální pečující se průměrně starají 10 až 11 hodin denně a většina (94 %) poskytuje péči každý nebo téměř každý den. Naproti tomu formální péče je v průměru využívána čtyři dny v týdnu, při přepočtu na jeden den v týdnu vychází na necelé tři hodiny denně.

Neformální péče má často podobu nepřetržitého dohledu či podpory 24 hodin denně, sedm dní v týdnu. Formální péče je naproti tomu časově výrazně omezenější. Neformální pečující většinou poskytují pomoc se základními úkony několikrát denně, zatímco u terénní péče je frekvence nižší nebo daná činnost vůbec neprobíhá. Je pravděpodobné, že u terénní péče jsou upřednostňovány nutné aktivity jako osobní hygiena, stravování či základní pohyb v rámci domova, a na aktivizační činnosti nebo doprovod mimo domov už nezbývá prostor.

Neformální péče od pečujícího v domácnosti je časově velmi intenzivní. Průměrný pečující se stará 10 až 11 hodin denně

Neformální pečující žijící ve stejné domácnosti v drtivé většině poskytují péči každý nebo téměř každý den (94 %), zatímco zbylí pečující se starají několik dní v týdnu. Ve dnech, kdy pečují, **často poskytují dohled či péči nepřetržitě během dne (56 % pečujících).** Necelá třetina (30 %) poskytuje pomoc či dohled většinu dne, zatímco přibližně desetina (14 %) jen občas během dne, v určitých situacích.

V průměru je neformální péče poskytována 68 hodin týdně, to v přepočtu na sedm dní v týdnu znamená **téměř deset hodin denně.** Časová náročnost péče se zásadně liší podle stupně závislosti příjemce péče. Ve IV. stupni se jedná o 88 hodin týdně (12 a půl hodiny denně), ve III. stupni je to 48 hodin týdně (7 hodin denně). **Odhad získaný od dotázaných neformálních pečujících je ještě o něco vyšší – necelých 11 hodin denně.**

Tabulka 1 **Objem poskytované neformální péče několikanásobně přesahuje současnou časovou dotaci formální péče**

	podíl využívajících daný typ péče ve výzkumném souboru		průměrný počet dní v týdnu celkem		průměrný počet hodin v týdnu celkem	
	III. stupeň	IV. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň
neformální péče *	76 %	90 %	6,2 d	6,3 d	48,3 h	88,3 h
terénní péče	36 %	41 %	4,2 d	3,8 d	16,4 h	23,5 h
ambulantní péče	13 %	39 %	3,6 d	3,2 d	22,1 h	22,4 h

* s pečujícími ve stejné domácnosti

Poznámka Do počtů dnů a hodin v týdnu jsou zahrnuty VŽDY POUZE osoby, které daný typ péče VYUŽÍVAJÍ.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 370 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let)

Znění otázky: Uveďte prosím, kolik DNÍ v obvyklém TÝDNU využíváte pomoci/péče rodiny, známých, dobrovolníků (ne placených sociálních služeb). A nyní prosím zkuste odhadnout, kolik HODIN celkem v obvyklém TÝDNU využíváte pomoci/péče rodiny, známých, dobrovolníků (ne placených sociálních služeb). / Uveďte prosím, kolik DNÍ v obvyklém TÝDNU využíváte pomoci/péče od placených sociálních služeb (terénní služby, péče mimo domov jako stacionáře). A nyní prosím zkuste odhadnout, kolik HODIN celkem v obvyklém TÝDNU využíváte pomoci/péče od placených sociálních služeb (terénní služby, péče mimo domov jako stacionáře).

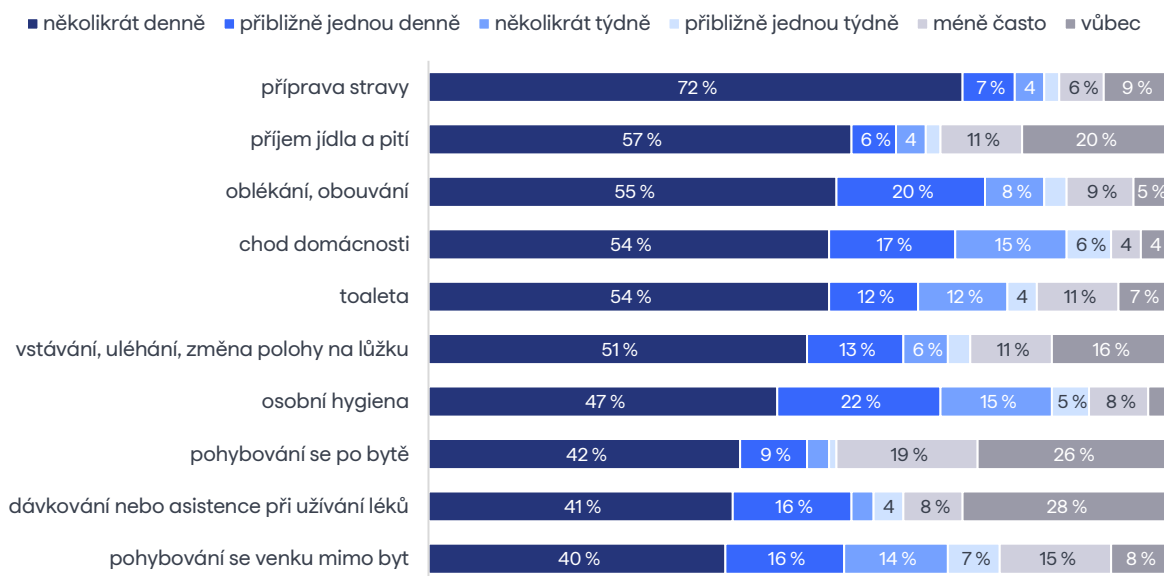
Neformální pečující typicky pomáhá se základními úkony několikrát denně

Neformální péče typicky obnáší pomoc se základními úkony několikrát denně a obvykle pokrývá širokou škálu aktivit. S přípravou stravy má pomoc pečujícího několikrát denně 72 % příjemců, 57 % dostává několikrát denně pomoc s příjmem jídla a pití, u 55 % pomáhají neformální pečující několikrát denně s oblékáním či obouváním a u 54 % s toaletou (graf 4). Běžné je také, že pečující několikrát denně pomáhají se vstáváním či uléháním, chodem domácnosti, osobní hygienou, dávkováním či užíváním léků a pohybem po bytě (u 40 až 54 % příjemců).

Téměř se nestává, že by neformální pečující se základními úkony vůbec nepomáhali. Jen menší část příjemců péče nedostává pomoc s pohybem po bytě (26 %), dávkováním léků (28 %), příjmem jídla a pití (20 %) nebo se vstáváním či uléháním (16 %). Může jít o příjemce, kteří tuto pomoc nepotřebují, nebo případně kvůli nepohyblivosti některé tyto úkony neprobíhají.

Graf 4 Neformální pečující pomáhají několikrát denně se základní péčí i pohybem

Frekvence základních úkonů péče od neformálních pečujících (podíl respondentů)



Poznámka Znění položek bylo pro přehlednost v grafu zkráceno.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 302 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let využívajících neformální péči)

Znění otázky Jak často Vám jiní lidé mimo služby sociální péče (např. Vaši příbuzní a blízcí, známí, sousedi atd.) pomáhají s následujícími věcmi?

Neformální pečující popisovali péči jako časově, fyzicky a psychicky velmi náročnou. Péče je často nepřetržitá, protože musí být neustále k dispozici, ať už osobně, nebo alespoň na telefonu. Někteří pečující líčili, že i když má příjemce péče na starosti jiná osoba či sociální služba, musejí být připraveni v případě potřeby zasáhnout. Nejde pouze o výkon všech potřebných činností k zabezpečení potřeb, ale také o nutnost neustále dohlížet na pečovanou osobu a plánovat péči, což nedovoluje se od ní psychicky odpoutat. **U řady pečujících nekončí péče ani v noci,** protože zajišťují polohování nebo i další potřeby v nočních hodinách. Pečující zmiňovali také **nutnost se zcela přizpůsobit** rytmu opečovávané osoby, což značně zasahuje do jejich pracovního i osobního života. Velkým problémem je také najít za sebe zastoupení a někteří pečující jsou tak nuceni pečovat i tehdy, když jsou sami nemocní nebo vyčerpaní. **Tyto skutečnosti mají značný dopad na život a psychiku neformálních pečujících.** Samostatně se těmto tématům budeme věnovat v kapitole *Neformální pečující: životní podmínky „druhé strany“*.

Slovy respondentů:

O poskytování neformální péče

- Já ho mám na starost po škole, což je denně od půl druhé prakticky stále. Včetně noci, kdy ho musíme otáčet. Domácí péči poskytují automaticky bez přemýšlení, ale s postupem stárnutí a s tím, jak progreduje synovo onemocnění, ubývá sil. (...) Je to fyzicky velmi náročné. Musíte obstarat vše, od hygieny, toalety, oblékání, jídla a pití, až po pomoc s domácími úkoly nebo kulturním vyžitím. Navíc musíte pomáhat i v noci, a tak jste chronicky nevyspalí. Do toho docházíte do zaměstnání, abyste měli alespoň část dne pocit „normálního“ života. (matka, 50 let, pečující o syna ve věku 18 let)
- (Největší obtíže dělá...) Málo odpočinku. I když zrovna přímo nepečuji (syn ve škole nebo s asistencí), tak já jsem stále na telefonu pro případ potřeby. Když není škola, já zastupuji na úkor pracovního začlenění. Nebo mu zajišťuji nákupy, vařím, zajišťuji záležitosti ohledně soudu, úřadů... Pečuji každý den, tedy ani žádný partnerský život, žádná dovolená, minimální plnění svých snů, částečná izolace. (matka, 46 let, pečující o syna ve věku 20 let)
- Totální nutnost přizpůsobit se režimu a potřebám osoby o kterou pečuji. Vzhledem k těžké mentální retardaci je to stejné jako pečovat o malé dítě – stále předvídat, plánovat, pomáhat, dohlížet, být neustále ve střehu, opakovat jednoduché věty. To všechno děláte roky, protože fyzicky roste, ale mentálně se vyvíjí minimálně. K tomu žádné volno a minimální odpočinek. (matka, 51 let, pečující o dceru ve věku 21 let)
- (Největší obtíže dělá...) Potřeba neustálého dohledu, omezení vlastních aktivit a zájmů. (muž, 39 let pečující o partnerku ve věku 32 let)
- (Největší obtíže dělá...) Být stále ve střehu ve dne i v noci. (žena, 84 let, pečující o příbuzného ve věku 32 let)
- Je to nepřetržitá, stále stejná, nikdy nekončící péče. (matka, 48 let, pečující o syna ve věku 21 let)
- Nikdy to nekončí. (matka, 53 let, pečující o syna ve věku 31 let)

Terénní péče je časově výrazně ohraničenější, vyplývá z toho nižší četnost pečovatelských úkonů i jejich menší pestrost

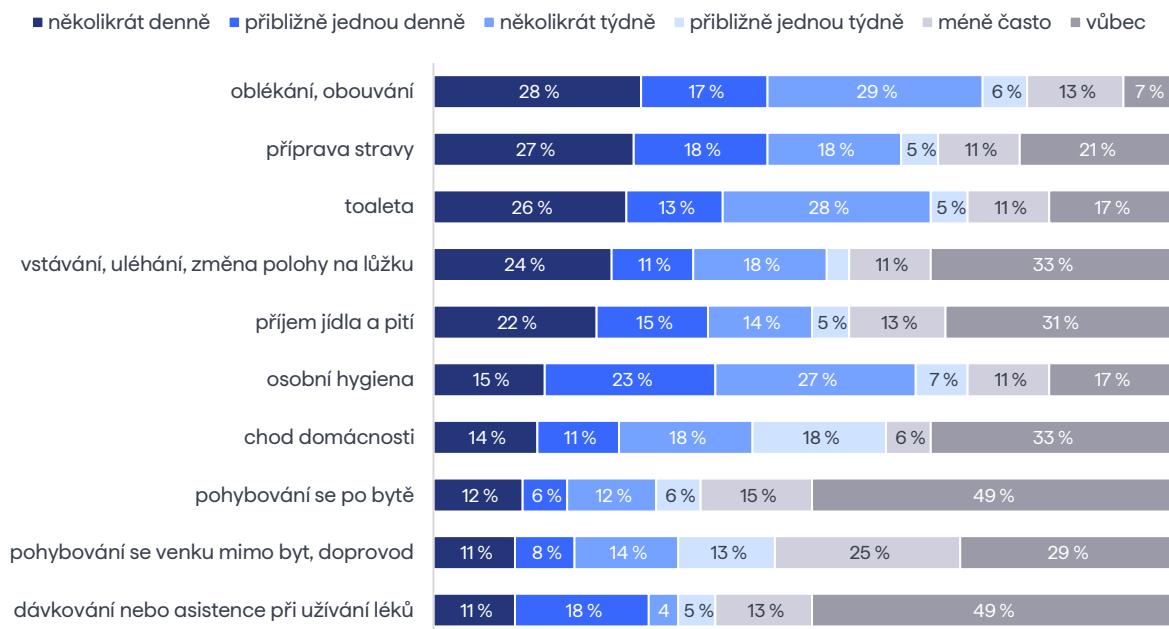
Terénní péče je časově výrazně omezenější ve srovnání s neformální péčí. Průměrný klient ji využívá čtyři dny v týdnu. **V průměru je terénní péče využívána 20 hodin týdně, tedy v přepočtu na sedm dní v týdnu to znamená necelé tři hodiny denně. To je značný rozdíl oproti neformální péči, která se pohybuje v průměru kolem 10 až 11 hodin denně.** U příjemců příspěvku na péči ve IV. stupni je to 23 a půl hodiny terénní péče týdně, u lidí ve III. stupni 16 a půl hodiny. To je v přepočtu na den přes dvě hodiny ve III. stupni a přes tři hodiny ve IV. stupni. Více dní v týdnu (i více hodin) využívají lidé od 40 do 64 let ve srovnání s mladými dospělými od 18 do 30 let. Zde hraje roli i skutečnost, že u mladých dospělých jsou místo terénních služeb častěji využívány stacionáře (případně další ambulantní služby).

Nižší časová dotace formální péče ve srovnání s neformální se odráží také v nižší frekvenci, s jakou je poskytována základní péče terénními službami (graf 5). **Pomoc s jednotlivými úkony poskytují terénní služby obvykle méně často nebo s danou činností vůbec nepomáhají.** To je logické vzhledem k tomu, že klienti si platí několik hodin denně a musí

tak více plánovat a vybírat, s čím má terénní péče pomoci. Je pak v menší míře možné zabezpečit pomoc s úkonem vícekrát během dne, jako je to běžné u neformální péče.

Graf 5 Denní frekvence úkonů je u terénních služeb výrazně nižší než u neformální péče

Frekvence základních úkonů péče od terénních služeb (podíl respondentů)



Poznámka Znění položek bylo pro přehlednost v grafu zkráceno.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 140 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let využívajících terénní služby)

Znění otázky Jak často Vám pomáhají terénní služby péče (osobní asistence, pečovatelská služba) s těmito věcmi?

Částečně je rozdíl dán tím, že v případě souběhu formální a neformální péče zajišťuje část péče neformální pečující. **Nižší frekvence úkonů ale platí i v případě, že osoba má k dispozici jen a pouze formální péči (nemá neformálního pečujícího v domácnosti).** Např. u 47 % osob s neformální péčí pomáhá neformální pečující s osobní hygienou několikrát denně. Zatímco u těch, kteří mají výhradně formální péči, pomáhá terénní služba s osobní hygienou několikrát denně necelé třetině lidí (30 %). U 53 % lidí s neformální péčí pomáhá neformální pečující s toaletou několikrát denně. Mezi těmi, kteří závisí pouze na formální péči, má pomoc s toaletou několikrát denně 39 % osob. U některých aktivit jsou rozdíly menší, avšak objevují se napříč všemi dotazovanými typy základní péče.

Jak ukáže kapitola *Uspokojení lidských potřeb*, lidé pouze s formální péčí mají základní fyzické potřeby naplněny méně často. Neplatí tak, že by lidé s tímto uspořádáním péče dokázali ve větší míře své potřeby zajišťovat sami a vystačili si proto s menší frekvencí poskytovaných úkonů. Naopak nižší uspokojení potřeb je pravděpodobně důsledek nízké časové dotace služeb, která nestačí na pokrytí základních potřeb.

Aktivizační činnosti nejsou u klientů terénních služeb pravidlem, stejně tak zprostředkování kontaktu s okolím

Četnost doprovodu mimo domov, aktivizačních činností, vzdělávacích a podobných aktivit prováděných s terénními službami je nižší než poskytování základních úkonů péče. Terénní služby používá k pohybu mimo domov a/nebo jako doprovod alespoň jednou týdně necelá polovina (46 %) jejich klientů ve výzkumném souboru. **Více než čtvrtina klientů (28 %) ale terénní služby vůbec nevyužívá k pohybu mimo domov.**

Z aktivizačních činností probíhají nejčastěji tělesné aktivity (protahování, cvičení pro zachování pohyblivosti a motorických dovedností). Alespoň jednou týdně se do nich zapojuje třetina (36 %) klientů terénních služeb (graf 6). Ostatní dotazované formy aktivizačních činností se objevují méně často (čtení, hraní; cvičení a hry na paměť a koncentraci, tělesná rehabilitace; kreativní a volnočasové aktivity jako hraní na hudební nástroje či malování). Podle typu aktivity je s terénní službou provádí alespoň jednou týdně 16 až 26 % respondentů, kteří mají terénní péči. Asistenci související se studiem nebo pracovní činností dostává alespoň jednou týdně 28 % klientů, pomoc s telefonováním, psaním či vyřizováním pošty 14 %. Nácvik soběstačnosti, zprostředkování kontaktu s okolím či pomoc při uplatňování práv a zájmů se alespoň jednou týdně objevuje u 24 % klientů terénních služeb.

Poměrně často se však respondenti z řad klientů terénních služeb do aktivizačních činností vůbec nezapojují: u jednotlivých aktivit to platí u poloviny až tří čtvrtin respondentů. Například tělesná cvičení vůbec s terénní službou neprovádí 53 % respondentů využívajících terénní sociální péči. Cvičení a hry podporující paměť a koncentraci vůbec s terénní službou nepraktikuje 76 % jejich klientů, čtení či hraní her nepraktikuje 66 %.

Technický box 6

Aktivizační činnosti a další aktivity

Kromě pomoci s péčí o vlastní osobu a domácnost nabízejí terénní služby také další aktivity. Patří mezi ně především **výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti** (zejména pomoc s nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností; pomoc při činnostech podporujících sociální začleňování osob), **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** (doprovod do školy, zaměstnání, na volnočasové aktivity) a **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí** (např. pomoc při vyřizování běžných záležitostí) (dle § 31 vyhlášky č. 505/2006 Sb.). (Česká republika, 2006a)

Jedná se přitom o aktivity, způsoby vyžití a trávení času, s jejichž zajištěním pro příjemce péče by neformální pečující často chtěli větší pomoc (podrobněji v kapitole *Neformální pečující: životní podmínky „druhé strany“*) **nebo je chtějí více provozovat sami příjemci péče.** Jedním z přínosů těchto aktivit s terénními službami je možnost samostatného vyžití příjemce péče, nezávisle na podpoře neformálních pečujících. Jsou tak oceňovanou možností získat větší samostatnost. Přání získat díky větší časové dotaci terénní péče více možností účastnit se volnočasových aktivit a činností nezávislých na neformálních pečujících zaznívalo i ve spontánních odpovědích respondentů.

Slovy respondentů

O aktivitách mimo základní péči o osobu a domácnost

- (Nejvíce by pomohlo ...) Zajistit vhodného asistenta nebo dobrovolníka na doprovodu na volnočasové ježdění po okolí domova na vozítku či speciální tříkolce / rozvíjet vlastní život opečovávaného a snižovat jeho závislost na rodině. (matka, 57 let, pečující o syna ve věku 34 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Víc osobní asistence pro volnočasové aktivity. (příjemkyně péče, 37 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Asistence na občasné samostatné aktivity bez rodičů. (příjemce péče, 27 let)
- (Nejvíce pomáhá...) Osobní asistence při samostatných zájmových aktivitách (vycházka, výlet, kino, restaurace apod.) (matka, 53 let, pečující o syna ve věku 31 let)

Doprovod ven a aktivizační činnosti jsou méně časté u těch, kteří závisí pouze na formální péči

Méně často využívají terénní službu jako doprovod k pohybu venku mimo domov lidé závislé pouze na formální péči ve srovnání s těmi, kteří mají k dispozici oba typy péče. Rovněž aktivizační činnosti a pomoc s běžnými záležitostmi a zapojováním se do společnosti jsou **méně časté u těch, kteří spoléhají pouze na formální péči.** Například čtení a hraní her alespoň jednou týdně s terénní službou praktikuje 24 % těch, kteří mají formální i neformální péči. Mezi osobami výhradně s formální péčí je to jen 13 %. Další hlavní rozdíly se objevují u tělesné aktivity, jako je protahování, cvičení pro zachování pohyblivosti (alespoň jednou týdně praktikuje s terénní službou 43 % lidí s formální i neformální péčí, ale jen 17 % pouze s formální péčí) a také u nácviku soběstačnosti či zprostředkování kontaktu s okolím (alespoň jednou týdně 28 % lidí s oběma typy péče a 16 % u těch, kteří mají pouze formální péči).

Roli zde může hrát odlišná skladba lidí, kteří závisí pouze na formální péči a u kterých se jedná o doplněk k neformální péči (lidé s oběma typy jsou častěji mladší, se závažnějšími omezeními a s vyšší potřebou pomoci). Zároveň **je pravděpodobné, že při poměrně značných časových omezeních u terénní péče jsou upřednostňovány nutné aktivity** jako osobní hygiena, stravování či základní pohyb v rámci domova – o to více, pokud je formální

péče tou jedinou, kterou má osoba k dispozici. Doprovod mimo domov, aktivizační a další činnosti pak dostávají logicky méně prostoru.

Graf 6 Polovina až tři čtvrtiny klientů terénních služeb je vůbec nevyužívá k aktivizačním činnostem

Frekvence aktivizačních činností prováděných s terénní péčí (podíl respondentů)



Poznámka Znění položek bylo pro přehlednost v grafu zkráceno.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 139 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let využívajících terénní služby)

Znění otázky Jak často s Vámi terénní služby (osobní asistence, pečovatelská služba) provádí tyto činnosti?

4. Uspokojení lidských potřeb

Lidé s vysokou potřebou péče často nemohou uspokojovat své základní lidské potřeby. Přibližně 40 až 50 % se musí omezovat v příjmu jídla a pití a užívání toalety, tedy i v těch nejelementárnějších fyzických potřebách. Velkým omezením v zabezpečení těchto potřeb čelí téměř pětina lidí (16 až 19 %). V polohování naráží na omezení přibližně 45 % a kolem 60 % má problém zajistit si dostatečný pohyb přiměřený svým možnostem. U sociálních a osobních potřeb čelí omezením dokonce kolem 60 až 80 % respondentů, tyto potřeby jsou tedy obecně méně uspokojeny než potřeby fyzické. Nejobtížnější ze sledovaných potřeb je realizace partnerských vztahů.

Technický box 7

Jak bylo zjišťováno uspokojení potřeb?

Od respondentů jsme zjišťovali, do jaké míry se jim daří uspokojovat nejrůznější lidské potřeby: od základních fyzických potřeb (jídlo, hygiena, pravidelný pohyb) po společenské a osobní potřeby (jako možnost pěstovat partnerské vztahy či se dostatečně stýkat s rodinou, přáteli a známými).

Uspokojení potřeb bylo dotazováno otázkou „Jak často u Vás platí následující věci? Odpovídejte prosím podle toho, jak se Vám daří celkově tyto potřeby zajišťovat – ať už s pomocí, nebo bez,“ s možnostmi odpovědí Platí vždy nebo téměř vždy, Platí často, Platí jen občas a Neplatí nikdy nebo skoro nikdy. Tato pozitivní formulace (jak často jsou potřeby zajištěny, nikoli jak často se stává, že zajištěny nejsou) byla zvolena, protože se jedná o citlivé téma, zvláště pokud je dotazování přítomen pečující.

O **omezení** v uspokojování zkoumaných potřeb v obecném smyslu hovoříme, pokud respondent vybral jinou možnost než „*Platí vždy nebo téměř vždy*“. Jako **částečná** omezení popisujeme případy, kdy uspokojení potřeb „Platí často“, a za **velká** omezení označujeme případy, ve kterých naplnění potřeb „Platí jen občas“ (v grafech jako **závažná** omezení) nebo „*Neplatí nikdy nebo skoro nikdy*“ (v grafech jako **kritická** omezení).

V běžných potřebách péče o tělo čelí omezením čtvrtina až polovina. Pohyb, sociální a osobní potřeby zaostávají ještě více

Významné množství osob s vysokou potřebou péče se musí do větší či menší míry omezovat ve svých potřebách. **U fyzických potřeb péče o tělo, jako je osobní hygiena, převlékání, příjem jídla a pití a užívání toalety, se omezení dotýkají jedné čtvrtiny (24 %) až poloviny (49 %) lidí. Velká omezení se u těchto potřeb objevují u necelé pětiny (16 až 19 %) respondentů** (s výjimkou osobní hygieny, kde se velká omezení týkají necelé desetiny, a převlékání, kde velká omezení postihují zhruba 3 %).

Ještě méně se daří zajišťovat pravidelný pohyb přiměřený možnostem příjemce péče. Omezením čelí více než polovina (59 %) příjemců péče, velká omezení se dotýkají pětiny (23 %). **A ještě méně uspokojivá je situace v případě sociálních a osobních potřeb.** Nejobtížnější je pro příjemce péče aktuálně pěstování partnerských (intimních) vztahů.

Nejvíce se daří zajišťovat osobní hygienu, i přesto musí dělat kompromisy kolem 20 až 30 % dotazovaných

Nejvyšší míra uspokojení panuje u osobní hygieny (mytí těla, obličeje, vlasů) a oblékání a převlékání podle denní doby (graf 7). Vždy nebo téměř vždy má dostatečnou osobní hygienu a oblékání či převlékání zajištěno 71 až 76 % dotazovaných (tedy u nich lze hovořit o tom, že žijí bez omezení v těchto potřebách). Dostatečnou osobní hygienou byla přitom myšlena ta, která je provedena v takovém rozsahu a kvalitě, aby se sám příjemce péče cítil dobře. Přibližně 20 % se už musí částečně omezovat (tyto potřeby má zajištěné často, nikoli vždy či téměř vždy). Velkým omezením čelí u zajištění osobní hygieny téměř desetina lidí (9 %) – dostatečná osobní hygiena je u nich provedena maximálně občas. U oblékání a převlékání podle denní doby mají tato značná omezení 3 % dotazovaných. Celkově se tak omezení v těchto potřebách vztahují na přibližně čtvrtinu osob (24 až 29 %).

Slovy respondentů

O omezeních v zajištění osobní hygieny a převlékání

- Uvítala bych více koupání, bohužel nemám k dispozici dostatek dobře vyškolených asistentů, kteří by koupání zvládali. (příjemkyně péče, 29 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Pravidelná hygiena bez kompromisů. Nyní je problém nemožnost domluvit hygienu tak, jak potřebuji. (příjemce péče, 35 let)
- Sprchu by si dopřával častěji, ale nemám na něj tolik sil. (matka, 39 let, pečující o syna ve věku 18 let)
- Sprchuji se co druhý den, abych často nezatěžovala rodinu. (příjemkyně péče, 32 let)
- (Největší obtíže dělá...) Hygiena – člověk by se někdy rád osprchoval vícekrát než jednou denně, ale krkolomný přesun se rozhodně nevyplatí riskovat o samotě. (příjemkyně péče, 33 let)
- Během zimního období mě například během dne nemá kdo oblékat a svlékat z bundy/kabátu, takže se venku pohybuji nalehko jen v teplém svetru, ve kterém zůstávám i uvnitř. (příjemkyně péče, 38 let)

Poměrně vysokou míru uspokojení u těchto dvou potřeb péče o tělo je možné přičíst tomu, že se dají dobře plánovat a přizpůsobit dostupnosti pečujících. Tyto úkony se zpravidla provádějí jen jednou až dvakrát denně, případně ještě méně často (jako méně častá hygiena typu stříhání vlasů nebo nehtů).

Ač jsou tyto potřeby méně časté a dobře plánovatelné, **bariérou jejich naplnění může být i nedostatečná fyzická či jiná zdatnost pečujícího** potřebná k provedení hygieny ve vaně či sprše. Někteří dotazovaní i zmínili, že se raději omezují, aby méně zatěžovali své pečující.

V přijímání jídla a pití naráží na omezení čtyři z deseti

O něco hůře je na tom příjem jídla a pití. Pít a jíst tak často a v takovém množství, jak jim to vyhovuje, může vždy či téměř vždy 60 % dotazovaných. U 23 až 24 % se už objevují částečná omezení, i když mají adekvátní příjem jídla/pití dle svých slov stále často. Šestina (16 až 17 %) už ale musí z těchto potřeb výrazně slevovat (týkají se jich velká omezení). Celkově tak omezením v těchto potřebách čelí 40 % příjemců péče. Maximálně občasně se stane, že si mohou dovolit pít a jíst dle svých reálných potřeb.

Omezení těchto potřeb je dáno částečně tím, že aktuálně nemusí být k dispozici pečující, který by jídlo/pití připravil a podal. Podstatnějším důvodem podle výpovědí respondentů je však to, že častější přijímání potravy by vyvolalo také častější potřebu jít na toaletu. **Tomu se však snaží příjemci péče zabránit, protože nemohou toaletu volně využívat.**

Slovy respondentů

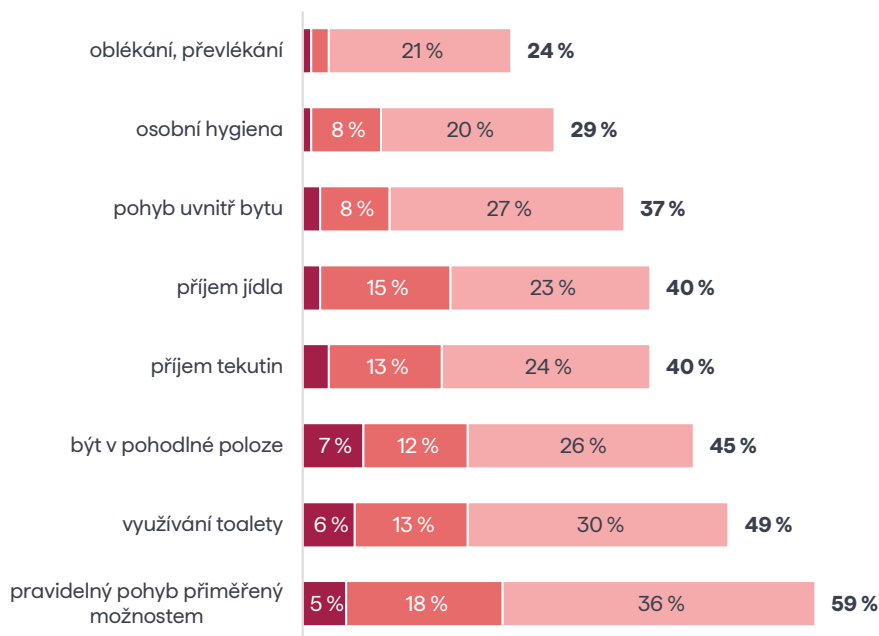
O omezeních v příjmu potravy a pití

- Najíst se a napít, kdy chci, není samozřejmost. (příjemkyně péče, 41 let)
- Když jsem doma sama a čekám, než přijde někdo z rodiny nebo osobní asistence, tak nepiji moc, abych to vydržela. (příjemkyně péče, 32 let)
- Nemůžu pít, jak bych měla, musím plánovat, kdy se mohu napít a kdy ne. Nedostanu se vždy na WC, pouze v předem domluvených časech a pak, když je doma partner. (příjemkyně péče, 44 let)
- Když mi není dobře, nemohu si jít lehnout do postele, když to potřebuji, protože musím čekat na osobní asistenci, která mi pomůže s určitými úkony spojenými s péčí o vlastní osobu. Totéž platí pro použití toalety, jídlo a pití. Všechny tyto situace pramení z toho, že nemám dostatečné množství osobní asistence a finančních prostředků na ni. (příjemkyně péče, 38 let)
- Pití omezují, když vím, že někam půjdu. Není úplně snadné si odskočit v cizím prostředí. (příjemkyně péče, 50 let)

Graf 7 Čtyři z deseti se musí omezovat v příjmu tekutin, polovina nemůže na toaletu, když potřebuje

Omezení v uspokojování potřeb péče o tělo a základního pohybu (podíl respondentů)

- kritická omezení (uspokojeno nikdy nebo skoro nikdy) ■ závažná omezení (uspokojeno občas)
- částečná omezení (uspokojeno často)



Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 370 respondentů (příjemců péče 18 až 64 let)

Znění otázky Jak často u Vás platí následující věci? Odpovídejte prosím podle toho, jak se Vám daří celkově tyto potřeby zajišťovat – ať už s pomocí, nebo bez. Položky: Máte zajištěné oblékání a převlékání podle denní doby. / Máte zajištěnou dostatečnou osobní hygienu (mytí těla, obličej, vlasů), abyste se cítil(a) dobře. / Máte zajištěný dostatečný pohyb uvnitř po bytě (dostanete se do části bytu, kam potřebujete). / Můžete jíst tak často a v takovém množství, jak Vám vyhovuje. / Můžete pít tekutiny tak často a v takovém množství, jak Vám vyhovuje. / Můžete se dostat do pohodlné polohy v posteli, pohodlně sedět apod. / Můžete na toaletu, když potřebujete, bez nutnosti se omezovat v jídle a pití. / Máte zajištěnou možnost pravidelného pohybu přiměřeně Vaším možnostem (např. protažení, změna pozice těla).

Na toaletu nemůže podle svých reálných potřeb polovina lidí

Ještě menší míra uspokojení se týká možnosti využívat toaletu podle potřeby, aniž by to zároveň bylo vykoupeno tím, že osoba méně pije či jí. Vždy nebo téměř vždy může na toaletu podle potřeby a bez kompromisů v jídle a pití pouze přibližně polovina lidí (51 %). Částečně se musí omezovat třetina (30 %) a velkým omezením v této potřebě čelí pětina (19 %). **Tedy každý druhý nemůže užívat toaletu plně podle svých reálných potřeb a každý pátý se musí výrazně omezovat.** Problém není jen zajištění toalety v rámci domova, ale také při pohybu mimo domov (nedostatek bezbariérových toalet, není k dispozici asistent, který je schopen příjemce péče vysadit na WC apod.).

Slovy respondentů

O omezeních v užívání toalety

- Piji a jím jen 2x denně, abych eliminovala svou potřebu používání toalety. (příjemkyně péče, 40 let)
- Např. piji denně cca 200 ml, abych mohla chodit na záchod pouze doma (venku nemám dostatečnou pomoc si odskočit jinde). Každé dva dny jdu na WC jen jednou během dne. (příjemkyně péče, 30 let)
- Když jsem s dobrovolníkem, tak musím omezit příjem tekutin, protože mě nedoprovodí na WC, kam potřebuji vysadit. (příjemce péče, 31 let)
- Vyprazdňování a sprchování musím vždy přizpůsobit podle toho, kdo a kdy bude mít čas. (příjemce péče, 52 let)
- Nemohu svobodně chodit na WC, jen v dopředu naplánovaných časech, tj. pití a jídlo přizpůsobuji tak, abych vydržela. (příjemkyně péče, 30 let)
- Přijde mi nedůstojné nosit plenkové kalhotky, které se musí stejně co nejdříve vyměnit. Podle mě to je řešení v případě, když je člověk sám. Jinak bych ráda, aby byl asistent schopen mi pomoci na WC. (příjemkyně péče, 24 let)
- Musím vše řešit kvůli WC – aby někdo byl v době potřeby k dispozici, nerada močím do plen. (příjemkyně péče, 44 let)

Čtyři z deseti jsou omezeni v pohybu uvnitř domácnosti, ještě hůře je na tom polohování a celkové zajištění přiměřeného pohybu

Podobná situace jako u příjmu jídla a pití se vztahuje na **pohyb uvnitř bytu (tj. možnost se dostat v bytě tam, kam potřebuji)**. Podle svých potřeb se uvnitř domácnosti může vždy či téměř vždy pohybovat 63 % dotazovaných. Částečným omezením čelí 27 % lidí a velkým omezením 10 %. Dohromady tedy čelí omezením téměř 40 %.

Hůře je na tom možnost pohodlně ležet v posteli či sedět – to může být dáno skutečností, že zařídit si pohodlnou polohu při ležení či sezení je univerzálnější potřebou než pohybovat se po bytě (tj. tuto potřebu mohou mít někteří příjemci péče potlačenou tím, že jsou upoutáni na lůžko). Pohodlně ležet či sedět může vždy či téměř vždy jen přibližně polovina respondentů (55 %). Čtvrtině (26 %) se to daří často, tedy už čelí určitým omezením. A téměř pětina (19 %) má tuto potřebu uspokojenou nanejvýš občas nebo dokonce nikdy, tedy čelí velkým omezením. Na omezení tak naráží více než čtyři z deseti (45 %).

Nakonec ještě větší omezení se vztahují na **přiměřený pohyb odpovídající možnostem příjemců péče**. Ten má necelá polovina (41 %) lidí. U třetiny (36 %) platí částečná omezení, u pětiny (23 %) pak velká omezení. Přiměřený pohyb se tak nedaří celkově realizovat u šesti lidí z deseti.

Slovy respondentů

O omezeních při dosahování pohodlné polohy

- (Nejvíce by pomohlo...) Kdyby alespoň dvakrát týdně tu se mnou někdo byl přes noc a polohoval mě. (příjemkyně péče, 51 let)
- Nemohu si natáhnout nohy, když mě bolí a jsem sama. V noci se nemohu napolohovat, když mě něco bolí. Trochu pomůže polohovací postel, ale ne zcela. Naštěstí nemám bolesti často zatím. (příjemkyně péče, 30 let)
- Velmi těžké je pro mě se správně napolohovat do postele, abych se během spánku neotlačela. (příjemkyně péče, 34 let)

Sociální a osobní potřeby má v dostatečné míře zajištěna jen pětina až třetina

Sociální a osobní potřeby se obecně daří uspokojovat méně než potřeby tělesné. U části těchto potřeb se na výsledku podepisuje skutečnost, že vyžadují větší míru kognitivních, emocionálních či fyzických schopností ve srovnání s čistě fyziologickými potřebami. Zvlášť pro osoby se závažnějšími či kombinovanými zdravotními omezeními jsou tak možnosti uspokojování těchto potřeb nižší už kvůli povaze jejich stavu. Tyto potřeby však mají obecně nižší míru uspokojení, i pokud se zaměříme pouze na osoby s menšími omezeními.

Nejlépe je na tom kontakt s rodinou, přáteli a známými, ale i zde se menší či větší omezení objevují u více než poloviny lidí (graf 8). Dost času s rodinou může vždy či téměř vždy trávit necelá polovina (44 %). U třetiny (33 %) se této možnosti daří dosahovat často, tedy se již objevují částečná omezení. Pětina (23 %) ale může dost času s rodinou, přáteli či známými trávit jen občasně či méně, tedy již čelí velkým omezením.

Dostatečný pohyb venku (resp. možnost dostat se ven, kdy chtějí) má vždy či téměř vždy zajištěna jen větší třetina (36 %) příjemců péče. U třetiny (35 %) to platí často (tedy s částečným omezením). Zbývající necelá třetina (29 %) má možnost se dostat ven jen občas či méně často a jejich možnost pohybu venku je tak poznamenána velkými omezeními. Tématu sociálních kontaktů, jejich bariér a souvisejících pocitů osamělosti se budeme podrobněji věnovat v kapitole *Kvalita života*.

Slovy respondentů

O omezeních při pohybu mimo domov

- Venku můžeme s dcerou dělat jen to, co zvládnou, sama nesmím tahat těžké věci. Asistentka na procházky přijde jen asi 3x měsíčně. Jediný, kdo ji unese, je otec, a ten bývá často v práci. (matka, 48 let, pečující o dceru ve věku 22 let)
- Nemám dostatek kamarádů – dobrovolníků – pomocníků, kteří by mi pomohli dostat se ven, mezi lidi, na výlety apod. (příjemkyně péče, 44 let)
- Největší problém mám s pohybem venku, nedostanu se sama z domu. (příjemkyně péče, 58 let)
- S pohybem venku musím počkat, kdy budou mít rodiče nebo jeden z nich čas. (příjemce péče, 39 let)
- Když nevidím, potřebuji doprovod na nákupy, procházky, výlety atd., taktéž doprovod k lékaři, na úřady atd. Nemůžu moc sama cestovat – nemám doprovod. (příjemkyně péče, 53 let)
- Venku jsem závislá na asistenci a jejím plánování, nemůžu jít vždy tam, kam bych chtěla, protože na to nemám domluvený čas. (příjemkyně péče, 32 let)

Možnost **získávat dost informací o dění ve společnosti** má vždy či téměř vždy už jen 41 % lidí. U třetiny (31 %) to platí často, tedy s částečnými omezeními, a u přibližně 28 % jen občas či méně (tedy naráží na větší omezení). Svým **koníčkům, zájmům a zálibám** se v rámci základních mantinelů daných jejich zdravotním omezením může vždy či téměř vždy věnovat přibližně čtvrtina (27 %). Ale už 35 % má tuto možnost s určitými omezeními (často) a dalších 38 % jen občas či méně často, tedy s velkými omezeními.

Slovy respondentů

O omezeních v sociálních kontaktech a v provozování volnočasových aktivit

- Téměř vždy potřebuji asistenci, kterou mi poskytuje stárnoucí maminka. Z důvodu i jejího stáří a zdravotního stavu už mě nemá sílu doprovázet při volnočasových aktivitách a setkáních s přáteli. Kvůli asistenci nemám žádnou možnost rozvíjet bližší vztahy (v soukromí). (příjemce péče, 40 let)
- Koníčky se často konají v bariérových prostorech a není odvoz. (příjemkyně péče, 33 let)
- Mám dobrého pečujícího, který však má i jiné aktivity. Bez pomoci druhé spolehlivé osoby je nutné redukovat mé zájmy, abych nezatěžoval svého pečujícího. (příjemce péče, 61 let)
- Syn miluje koupání, ale není nikdo, kdo by se s námi zašel v létě vykoupat – potřebujeme dvě osoby a šla bych jen já. (matka, 46 let, pečující o syna ve věku 20 let)
- Chtěl bych mít víc aktivit, zapojovat se do společenského života, jezdit víc na pobyty, tábory a být víc mezi lidmi. (příjemce péče, 31 let)

Nejméně je uspokojená potřeba partnerských vztahů

Nejméně je uspokojena potřeba **partnerských (intimních) vztahů**. Pěstovat je může vždy či téměř vždy pouhá pětina (22 %), zhruba desetina (13 %) často a šestina (17 %) občas. U poloviny (48 %) naopak není tato potřeba naplněná nikdy nebo téměř nikdy. **Částečná omezení v naplňování partnerských vztahů má tedy více než každý desátý a velká omezení dokonce dvě třetiny (65 %).**

Respondenti či jejich pečující jako důvod zmiňovali samotná omezení vyplývající z jejich zdravotního handicapu, ale také komplikovaný styk s okolním světem. Dotazovaní často uváděli, že jsou sociálně izolovaní, pohyb mimo domov je pro ně obtížný a mnozí mohou vyrazit ven jen s doprovodem. Ten však kvůli nedostatku terénní péče (a/nebo omezením na straně neformálního pečujícího) řada z nich v uspokojivé míře nemá, případně doprovod sám omezuje možnosti, jak se s někým seznámit. Komplikací pro partnerské vztahy může být také častá závislost na poskytování péče rodinnými příslušníky a tím dané soužití s rodiči.

Slovy respondentů

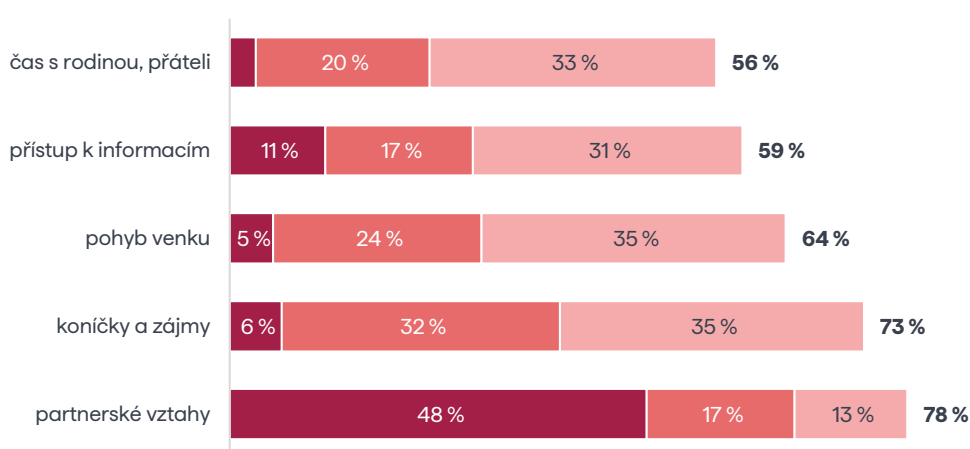
O omezeních v realizaci partnerských vztahů

- Abych se mohl s někým potkat a navázat intimní (partnerský) vztah, potřebuji k tomu asistenta, kterého často nemám. (příjemce péče, 51 let)
- Často se nemohu seznamovat s novými lidmi a zakládat partnerské vztahy tak, jak bych si přála. To je způsobeno nedostatkem osobní asistence, na kterou nemám dostatek času ani finančních prostředků. Navíc seznamovací agentury jsou pro vozíčkáře často nepřístupné, což je jen jeden z mnoha příkladů toho, jak náš stát s námi vůbec nepočítá. (příjemkyně péče, 38 let)
- Partnerské (intimní) vztahy se kvůli mému handicapu pěstují hůře. Není to nemožné, jen to vyžaduje velké pochopení od druhé strany. (příjemce péče, 43 let)
- Ochrnula jsem před 3 lety po covidu. Od té doby nejsou stále dokončeny všechny bezbariérové úpravy a nemám elektrický vozík. Dostanu se ven pouze s doprovodem, který mechanický vozík tlačí. Na tom ostatně vážnou partnerské vztahy. (příjemkyně péče, 51 let)

Graf 8 Osobní a sociální potřeby nejsou uspokojené u více než poloviny

Omezení v uspokojování sociálních a osobních potřeb (podíl respondentů)

- kritická omezení (uspokojeno nikdy nebo skoro nikdy) ■ závažná omezení (uspokojeno občas)
- částečná omezení (uspokojeno často)



Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 370 respondentů (příjemců péče 18 až 64 let)

Znění otázky Jak často u Vás platí následující věci? Odpovídejte prosím podle toho, jak se Vám daří celkově tyto potřeby zajišťovat – ať už s pomocí, nebo bez. Položky: Můžete trávit dost času s rodinou, přáteli a známými. / Máte možnost získávat dost informací o tom, co se děje u vás v obci, ve společnosti apod. / Máte zajištěný dostatečný pohyb venku mimo byt/dům (máte možnost se dostat ven, když chcete). / Můžete se (v rámci základních omezení) věnovat svým koníčkům, zájmům, zálibám. / Můžete pěstovat partnerské (intimní) vztahy.

Lidé závislí pouze na formální péči mají méně zajištěné tělesné potřeby. Omezovat se musí zejména v pití a užívání toalety

Lidé, kteří mají k dispozici pouze formální péči (tedy využívají sociální služby a zároveň nemají v domácnosti neformálního pečujícího), mají většinu tělesných potřeb uspokojenou méně často než ostatní. Stejně jako u jiných výsledků na skupině osob pouze s formální péčí je nutné tyto hodnoty interpretovat jako orientační, protože těchto osob je ve výzkumném souboru poměrně málo (61 příjemců péče v nevážených datech).

Největší rozdíly se projevují u dvou úzce propojených fyziologických potřeb: toalety a příjmu tekutin (příjem tekutin je často omezován právě z důvodu, aby nevznikala tak častá potřeba toalety, kterou by nebylo možné uspokojit). Je to důsledkem toho, že časový rozsah formální péče u běžného klienta je poměrně nízký. V průměru je terénní péče čerpána čtyři dny v týdnu, a to průměrně necelé tři hodiny denně, pokud se týdenní čas rozpočítá do všech dnů (a přibližně pět hodin denně, pokud se týdenní čas rozpočítá pouze do dnů s péčí).

Často až vždy (bez omezení či s částečnými omezeními) může na toaletu bez kompromisů v jídle a pití 86, resp. 84 % lidí, kteří mají pouze neformální péči či souběh formální a neformální péče. A jen u naprosté menšiny (jednotky procent) platí, že by nikdy nebo skoro nikdy nemohli chodit na toaletu, když potřebují. Naopak mezi příjemci pouze formální péče může na toaletu často až vždy jen 60 % lidí. **A téměř třetina (31 %) nikdy nebo skoro nikdy nemůže na toaletu dle svých reálných potřeb a místo toho se musí omezovat v jídle a pití.** Přijímat tekutiny tak často a v takovém množství, jaké jim vyhovuje, může často až vždy 85, resp. 87 % lidí, kteří mají pouze neformální péči nebo souběh neformální a formální. Mezi lidmi pouze s formální péčí je to 62 %.

Výrazně nižší míra uspokojení nastává u lidí pouze s formální péčí také v případě oblékání/převlékání dle denní doby, zajištění pravidelného pohybu přiměřeného jejich možnostem a získání pohodlné polohy při ležení či sezení. Naopak potřeby příjmu jídla, dostatečného pohybu po bytě a pohybu venku mimo byt jsou zajištěny napříč skupinami v podobné míře.

S výjimkou trávení dostatečného času s rodinou mají však lidé pouze s formální péčí zajištěné sociální a osobní potřeby (např. věnování se koníčkům, pěstování partnerských vztahů) lépe než jiné skupiny. To lze zřejmě přičítat tomu, že lidé pouze s formální péčí mají méně závažná zdravotní omezení, která méně limitují možnost rozvíjet partnerské vztahy.

Potřeby mají výrazně hůře zajištěné lidé od 40 do 64 let

Uspokojení většiny potřeb je **výrazně nižší v nejstarší věkové kategorii od 40 do 64 let**, zvláště ve srovnání se skupinou od 18 do 30 let. Týká se to jak fyzických potřeb, tak většiny osobních a sociálních (s výjimkou pěstování partnerských vztahů a získávání informací o dění v okolním světě, které jsou naopak ve větší míře uspokojeny v nejstarší věkové skupině).

Částečné, ale nikoli úplné vysvětlení se skrývá v odlišné skladbě věkových skupin. V nejstarší věkové skupině je ve srovnání s nejmladší méně zastoupen IV. stupeň závislosti s potřebou nepřetržité péče a nejrozsáhlejšími zdravotními problémy. U osob ve IV. stupni jsou srovnatelně až lehce lépe uspokojeny potřeby péče o tělo (zejména pití a toaleta, ale také převlékání), naopak zřejmě už z povahy jejich omezení více strádají partnerské vztahy a orientace v okolním dění. Přidává se skutečnost, že pouze na formální péči spoléhají častěji starší dospělí (při tomto uspořádání péče obecně nastává nižší uspokojení potřeb ve srovnání s ostatními skupinami, jak bylo popsáno výše). **Celkově však vliv věku přerůstá odlišností dané jinou skladbou zdravotních omezení.**

U mužů lze pozorovat o něco vyšší uspokojení potřeb příjmu jídla, pití a používání toalety a také dodržování pravidelného pohybu, naopak více strádají partnerské vztahy. Rozdíly lze opět vztáhnout k odlišné povaze zdravotních omezení – mezi muži je více lidí s potřebou nepřetržité péče a třemi a více omezeními.

5. Dostatečnost péče a optimální hodiny terénních služeb

Polovina lidí vysoce závislých na péči okolí by potřebovala větší rozsah péče od jiných osob, než aktuálně má. Nedostatečnost je obzvlášť akutní u osob s vyšší závislostí na pomoci. Průměrně by lidé ve III. či IV. stupni potřebovali 7 hodin a 20 minut terénní péče denně. **Aktuálně poskytované časy terénní péče ale pokrývají jen přibližně 14 % této celkové poptávky. To znamená, že současné hodinové dotace terénních služeb by k pokrytí potřeb bylo potřeba navýšit více než sedmkrát** (a to za předpokladu, že přibližně 40 % cílové skupiny již nyní přístup k formální péči má).

Tento odhad navíc předpokládá alespoň částečné zachování neformální péče – podstatná část péče je v současnosti zajištěna neformální sférou a pro plnohodnotný život pouze s formální péčí by dle dalších zdrojů bylo potřeba minimálně 12 hodin služeb denně. **Spoléhání na neformální péči bez adekvátní opory ve formálním systému není dlouhodobě udržitelné.** Lidé s vysokou potřebou pomoci nemají dostatek péče pro běžné situace, a ještě větší problém je zajištění péče v případě nenadálých situací, jako je onemocnění neformálních pečujících.

Větší objem péče by potřebovala přibližně polovina lidí s vysokou potřebou pomoci. Šest z deseti klientů terénní péče by ji chtěli využívat více

Předchozí kapitola ukázala, že současný rozsah a podmínky péče v řadě případů neumožňují uspokojovat základní lidské potřeby lidí, kteří jsou závislí na pomoci jiných osob. **Více hodin péče od jiných osob celkově (tj. formální i neformální péče) by dle svých slov potřebovala přibližně polovina dotázaných (52 %).** Současný stav vyhovuje 45 % respondentů. Objevuje se také situace, že dotazovaný by si přál dostávat naopak méně péče, ale je to výjimečné (3 %).

Současní uživatelé terénní péče by většinou tyto služby chtěli využívat více (60 %). Zhruba třetina (37 %) vyhovuje současný rozsah, v jakém mají zajištěnou terénní péči. A pouze zbývající 3 % respondentů uvedli, že by si přáli tyto služby využívat méně než nyní. **Většímu využívání terénních služeb ale aktuálně brání řada bariér, které dále popíšeme.**

Větší rozsah péče by potřebovali především lidé ve vyšší závislosti na péči

Větší objem péče ve srovnání se současným stavem (jak celkově, tak od terénních služeb) by potřebovali častěji lidé ve IV. stupni závislosti. Více hodin péče by dle svých slov potřebovaly dvě třetiny (66 %) lidí ve IV. stupni a 40 % lidí ve III. stupni. Čtvrtina lidí ve IV. stupni (25 %) by dokonce potřebovala hodin výrazně více, než má nyní.

Mezi lidmi bez sociálních služeb by více hodin péče od jiných lidí potřebovalo přibližně 32 %. Tento výsledek je pravděpodobně dán tím, že v této skupině je menší zastoupení osob

s vyšší závislostí na péči. Více by péči potřebovali posílit ti, kteří už formální služby využívají, ať už jsou závislí pouze na formální péči, nebo mají k dispozici kombinaci formální a neformální péče. Mezi lidmi, kteří jsou odkázáni pouze na formální péči, by více hodin potřebovali téměř dva ze tří (63 %). Tyto osoby se musí vyrovnat s výrazně nižším časovým objemem péče, než je typické u neformální péče. **Potřeba navýšení hodin je ale největší u těch, kteří mají kombinaci formální a neformální péče (72 %).** Příjemci obou typů jsou totiž častěji lidé ve IV. stupni závislosti a se závažnějšími zdravotními omezeními, která vyžadují významně více péče.

U některých osob může být poptávka po více hodinách péče daná i tím, že v současných hodinách nejsou zajištěny jejich potřeby nikoli z časových důvodů, ale kvůli omezením ve způsobilosti či schopnostech pečujících. Respondenti ve výzkumu spontánně zmiňovali například, že současný pečující (ať už formální, či neformální) nemůže provádět zdravotnické úkony či zvedat těžká břemena.

Slovy respondentů

O potřebě mít více péče či pomoci

- Pomohlo by mi, kdyby si člověk mohl objednat tolik služeb péče, kolik potřebuje. (příjemce péče, 33 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Mít více hodin osobní asistence. (příjemkyně péče, 30 let)
- Potřebovala bych více asistenci, abych mohla chodit na WC, kdy se mi chce, a ne kdy mám asistenci. Pak nemohu ani dle chuti napít, jít ven apod. (příjemkyně péče, 64 let)
- Větší svoboda v osobní asistenci, mít ji dostatek a nemuset se bát, že ji nebudu mít z čeho zaplatit. Nemuset si ji plánovat měsíce dopředu, ale moci ji využívat i v nenadálých situacích. (příjemkyně péče, 32 let)
- Potřebuji víc asistence, abych mohl víc chodit ven na kulturu, na různé akce a na zábavy. (příjemce péče, 51 let)
- Pomohly by další hodiny navíc a větší časová flexibilita ze strany poskytovatele, lepší komunikace s poskytovatelem. (příjemkyně péče, 52 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Dostupná pečovatelská aspoň 12 hodin jednou až dvakrát týdně. (žena, 40 let, pečující o příbuznou ve věku 54 let)
- Většinu času tráví doma sama v prázdném bytě. Více hodin terénní služby pro to, aby si mohla více povídat, jsme nesehnali. (žena, 36 let, pečující o příbuznou ve věku 49 let)
- Nejvíce by mi pomohlo, kdybych měla flexibilnější osobní asistenci/pečovatelskou službu, kterou bych si mohla plánovat podle aktuálních potřeb. (příjemkyně péče, 38 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Kdyby bylo víc služeb a nemuselo se čekat v poradně. (příjemkyně péče, 29 let)
- Pomohlo by mi vědomí, že se mohu s asistencí obrátit nejen na svoji rodinu, ale i na instituce. Vzhledem k mému věku, a tudíž i k věku rodičů, kteří o mě výhradně pečují, by život usnadnilo, kdybych mohla čerpat i tyto služby a rodiče si mohli např. odpočinout. (příjemkyně péče, 43 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Terénní služba, která by přijela k nám domů a poskytovala péči zde. Ráno odvoz do stacionáře. (matka, 52 let, pečující o syna ve věku 35 let)

Reálně by v průměru potřebovali 52 hodin terénní péče týdně. Tato poptávka je nyní pokryta jen ze sedminy

Respondenti byli ve výzkumu požádáni o odhad, kolik hodin péče od terénních služeb by reálně potřebovali, aby byly uspokojivým způsobem zajištěny jejich životní potřeby (podrobnosti k metodice zjišťování v boxu níže). Stejným způsobem byli dotazováni ti, kteří terénní služby aktuálně užívají, i ti, kteří nikoli.

Průměrná reálná potřeba představuje 52 hodin týdně napříč všemi respondenty. To znamená, že každý by v průměru potřeboval 7 hodin a 20 minut terénní péče denně. Aktuálně však dotázaní lidé využívající terénní služby čerpají v průměru necelých 20 hodin týdně (16,5 hodin ve III. stupni a 23,5 hodiny ve IV. stupni). U nich pokrývají poskytované hodiny přibližně 40 % toho, kolik by dle jejich názoru potřebovali, aby byly zajištěny jejich potřeby.

Část respondentů ale k terénním službám nemá přístup vůbec, a to více než polovina výzkumného souboru. Jejich optimální potřeba terénní péče týdně je přitom ještě o něco vyšší než u současných klientů. Zahrneme-li do odhadu i tuto neuspokojenou poptávku, **pokrývají současné objemy přijímané terénní péče jen přibližně 14 % celkové poptávky – k jejímu uspokojení by musely vzrůst více než sedmkrát.** Tento odhad současného uspokojení poptávky po terénní péči však předpokládá, že přibližně 40 % cílové skupiny již terénní péči využívá. Reálně se pravděpodobně jedná o nižší proporci, proto i odhad současného naplnění poptávky je spíše optimistický.

Je nutné upozornit, že tento odhad potřebné péče od terénních služeb nepředpokládá, že veškerou péči by zastaly pouze terénní služby (tedy že toto navýšení by znamenalo, že nebude vůbec potřeba neformální péče). Respondenti byli požádáni o odhad potřebné péče od terénních služeb bez nutnosti (zcela) nahradit současnou neformální péči a/nebo využívanou ambulantní péči. Otevřené odpovědi příjemců péče i pečujících nasvědčují, že někteří by rádi sňali pomocí terénních služeb částečně či kompletně péči z blízkých osob. Někteří se ovšem domnívají, že neformální péči zcela nahradit službami nelze, aby zůstala zachována kvalita života příjemce péče.

V kontextu celého výzkumu se jedná **spíše o konzervativní odhad potřebného počtu hodin terénní péče**, protože otázka zdůrazňovala především základní fyzické potřeby, ačkoli klíčové osobní a sociální potřeby byly rovněž uvedeny. Spontánní odpovědi respondentů nasvědčovaly tomu, že někteří považují využití terénních služeb k volnočasovým aktivitám a dalším činnostem nad rámec nutné péče za „nadstandard“, na který při aktuálních omezeních ani nepomýšlejí. Jejich odhad potřebného množství péče může tento mentální vzorec nucené skromnosti reflektovat.

Převážná většina příjemců péče ve výzkumném souboru nežije sama (86 %). Jejich nároky na terénní péči jsou pravděpodobně dány tím, že mají k dispozici někoho v domácnosti, často rodiče. Studie Pátý stupeň (Paleček, 2023) ukazuje, že **pro plnohodnotný samostatný život s formální péčí je třeba počítat s výrazně vyššími hodinami služeb** (v této studii se jednalo v průměru o přibližně 12 až 13 hodin denně u osob s tělesným postižením, které nevyžadují nepřetržitou celodenní podporu). Uspokojení současné poptávky po terénní péči

(7 hodin 20 minut denně) by tak pravděpodobně znamenalo částečné omezení neformální péče, ale zdaleka ne její úplné nahrazení.

Tabulka 2 **Současné kapacity terénních služeb uspokojují nejvýše jen sedminu poptávky**

	aktuální hodiny týdně, průměr		potřebný (optimální) počet hodin týdně, průměr		podíl pokryté reálné poptávky po terénní péči	
	současní uživatelé terénní péče	všichni	současní uživatelé terénní péče	všichni	současní uživatelé terénní péče	všichni
III. stupeň	16,4 h	5,5 h	36,0 h	39,6 h	45,6 %	13,9 %
IV. stupeň	23,5 h	9,2 h	62,8 h	67,6 h	37,4 %	13,6 %
celkem	20,0 h	7,2 h	48,8 h	52,1 h	41,0 %	13,8 %

Poznámka Do sloupců „Současní uživatelé terénní péče“ jsou zahrnuti pouze respondenti, kteří jsou klienty terénní péče. Do sloupců „Všichni“ jsou započítáni všichni respondenti, tedy do výpočtu průměrných hodin terénní péče vstupují jejich neuživatelé nulami.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 370 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let)

Znění otázky Uvedte prosím, kolik DNÍ v obvyklém TÝDNU využíváte pomoci/péče rodiny, známých, dobrovolníků (ne placených sociálních služeb). A nyní prosím zkuste odhadnout, kolik HODIN celkem v obvyklém TÝDNU využíváte pomoci/péče rodiny, známých, dobrovolníků (ne placených sociálních služeb). / Uvedte prosím, kolik DNÍ v obvyklém TÝDNU využíváte pomoci/péče od placených sociálních služeb (terénní služby, péče mimo domov jako stacionáře). A nyní prosím zkuste odhadnout, kolik HODIN celkem v obvyklém TÝDNU využíváte pomoci/péče od placených sociálních služeb (terénní služby, péče mimo domov jako stacionáře).

Technický box 8

Metodika zjišťování optimálních hodin terénní péče

Potřeba hodin péče od terénních služeb byla zjišťována otázkou:

Představte si prosím, že nemusíte řešit cenu ani kapacitní možnosti poskytovatelů terénních služeb (tj. osobní asistence, pečovatelská služba). Kolik HODIN péče TÝDNĚ od terénních služeb byste potřeboval(a), aby byly naplněny všechny Vaše potřeby? Zvažte zejména prosím, kolik péče týdně je reálně potřeba, abyste měl(a) zajištěno:

- uspokojivá osobní hygiena,
- možnost toalety, kdy potřebujete, bez omezování se,
- možnost jídla a pití, kdy potřebujete, bez omezování se,
- možnost cítit se ve svém prostředí bezpečně a pohodlně,
- uspokojivá možnost pohybu po bytě,
- možnost mít dostatečné sociální kontakty,
- možnost věnovat se svým zájmům.

Obtížné je především zajistit péči v nečekaných situacích. Život s vysokou potřebou pomoci ovládají přesné a dlouhodobé časové plány

Přibližně polovina lidí, kteří jsou závislí na péči jiných osob, má aktuálně nedostatečné množství pomoci pro své běžné fungování. **Problémy zvláště palčivě vyniknou v krizových nebo nečekaných situacích, jako je nemoc pečujícího či příjemce péče.** Ti, kteří běžně nevyužívají sociální péči, mají potíže službu narychlo zajistit (případně služba nemusí být v jejich lokalitě k dispozici, jak ukazuje další kapitola ohledně bariér využívání terénní péče). Ale i stávající klienti sociální péče mohou narazit na potíže objednat službu mimo již domluvený časový plán či bez dlouhé čekací lhůty.

Slovy respondentů

O zajištění péče v nečekaných situacích

- Ve chvíli, kdy dosud pečující osoba kvůli hospitalizaci již péči nezvládala, nebyl nikdo, kdo by byl schopen ji, byť dočasně, zastoupit. Chybí nějaké „krizové“ řešení pro osoby, které se dostanou do situace, že jsou odkázány na péči ostatních, a zároveň není aktuálně nikdo, kdo by byl schopen se starat. Takto se to muselo řešit volně v práci, snižováním úvazku a velmi náročným hledáním terénní služby s alespoň nějakou kapacitou. (žena, 36 let, pečující o příbuznou ve věku 49 let)
- Pokud pečující osoba onemocní (ať už krátkodobě, nebo dlouhodobě, ale nečekaně) a příbuzní nemohou, tak není, kdo by pomohl. Pokud vznikne akutní problém, ideální by bylo mít v místě bydliště „na telefonu“ – případně v nějaké aplikaci – asistenty, kteří akutně pomůžou s péčí, než dorazí někdo z příbuzných. Případně by mohly existovat akutní odlehčovací pobytové služby – na nezbytně nutnou dobu (...) Důležitá je pomoc v místě bydliště, protože s věkem pečujícího se snižují jeho možnosti. (matka, 48 let, pečující o syna ve věku 22 let)
- Odlehčovací služba je stěžejní! Moje nejbližší je 40 km od bydliště. Na termín čekám 6–7 měsíců! Tudíž, když vznikne problém s nemocí v rodině, není žádná šance dceru někde jen přechodně umístit. (matka, bez uvedení věku, pečující o dceru ve věku 22 let)
- Je v 90 % nemožné sehnat asistenci „nahned“ vždy jen plánovaně a dle možností provozovatele služby. (příjemce péče, 38 let)

Ve spontánních popisech svých životních situací respondenti často zmiňovali, že **sociální péči je nutné plánovat minimálně týden až čtrnáct dní dopředu**, což výrazně zasahuje do jejich osobního života. **Takto nastavený systém neumožňuje reagovat na nečekané situace**, například změnu zdravotního stavu nebo hospitalizaci pečující osoby. Příjemci péče se zároveň obávají, zda dokážou své potřeby odhadnout na tak dlouhou dobu dopředu. U některých to může vést až k tomu, že se maximálně pokoušejí obejít bez sociální služby, ačkoli by její pomoc potřebovali. U lidí s proměnlivým zdravotním stavem je tato situace ještě složitější, protože někdy potřebují celodenní podporu a jindy stačí jen omezenější pomoc.

Slovy respondentů

O problémech s plánováním terénních služeb

- (Nejvíce pomáhá...) Že mám dva soukromé osobní asistenty a nejsem odkázán na agentury asistence, které nemají kapacitu a zároveň chtějí vědět vše měsíc dopředu, ale moje aktivity vím v zásadě pouze týden dopředu a stejně nemám jistotu, jestli to schválí. (příjemce péče, 42 let)
- (Největší obtíže dělá...) Je asi to skloubení 14denní objednávky asistence s tím, jak se reálně odvíjí život. Buď si asistenci raději neobjednám, nebo se pak cítím pod tlakem nerušit a využít asistenci, kterou třeba nakonec reálně nepotřebuji, protože se plány změnil. Nemůžu asistenci využít na věci, které se vyskytnou třeba 4 dny dopředu, což je reálně většina příležitostí. Pomohly by proto pružnější možnosti objednávání. (příjemce péče, 38 let)
- Vždy musím mít asistenci naplánovanou minimálně týden dopředu. Mě by se líbilo, kdybych se mohl rozhodnout třeba den dopředu nebo ten den ráno. (příjemce péče, 40 let)
- Můj zdravotní stav se mění a někdy potřebuji péči třeba celý den, jindy ne a dopředu si asistenční službu nemohu naplánovat, protože nikdy nevím, jak mi bude za měsíc. (příjemkyně péče, 48 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Moci si službu více plánovat dle aktuální potřeby... nyní to máme dáno napevno např. pondělí od 8:00 do 18:30, ale syn by rád vstával třeba až v devět hodin. A kdybychom potřebovali místo pondělí takto čtvrtek, tak není možnost. Když je asistentka na dovolené, nemocná, nemáme náhradu a musím se synem zůstat doma já a nemohu do práce. (matka, 46 let, pečující o syna ve věku 20 let)
- (Největší obtíže dělá...) Plánovat si čas.... domlouvat se na všem konkrétně a dopředu. A pak také dokola vysvětlovat pořád to samé, být neustále v kontaktu s cizími lidmi, být pořád na příjmu ohledně změn, ve stresu ze zpoždění asistentů anebo neodhadnutí svých potřeb a následné trpění... (příjemkyně péče, 30 let)

Kvalitativní studie Pátý stupeň poskytuje náhled do organizace služeb terénní péče a pomáhá porozumět, proč je nutné služby plánovat s velkým předstihem a proč je obtížné reagovat na nečekané situace (Paleček, 2023). Zároveň objasňuje, proč v terénní péči často dochází ke změnám asistenta či není možné udržet příjemci péče jednoho stabilního asistenta/asistentku (což příjemci péče typicky vnímají negativně, jak bude popsáno v další kapitole *Bariéry využívání terénních služeb*). Rozpis služeb osobní asistence se v praxi neustále mění, například kvůli výpadku asistenta nebo zrušení objednané služby klientem. Dalším problémem je, že příjemci péče z finančních důvodů často volí jen kratší časové úseky asistence. Pro asistenty to znamená roztržitou práci a nejistotu, kolik hodin za daný den odpracují. Situaci navíc komplikuje fakt, že většina asistentů vykonává asistenci pouze jako přivýdělek, nejčastěji na dohodu o provedení práce.

6. Bariéry využívání terénních služeb

Lidé závislí na pomoci druhých mají **omezenou možnost využívat terénní péči**. Jen přibližně třetina (37 %) domácností, které terénní služby aktuálně nevyužívají, se tak sama rozhodla – terénní péči si nepřeje buď sám příjemce péče, nebo někdo jiný z domácnosti.

Jak současným klientům terénních služeb, tak těm, kteří služby dosud nevyužívají, brání ve (větším) využívání nejčastěji **nedostatečné kapacity** (služba není v lokalitě vůbec dostupná nebo nemá dost kapacit), **poté organizační důvody spojené s nízkou flexibilitou služeb** (například jsou dostupné jen v určitých časech) **a dále vysoká finanční náročnost služeb**.

Část (potenciálních) klientů terénních služeb naráží na nemožnost provádění zdravotních úkonů terénními službami a jejich neschopnost zastoupit v případě nenadálých událostí. Většina lidí (88 %) by ocenila zlepšení dostupnosti terénních služeb, ale významnou pomocí by byla také možnost využívat stabilně stejné asistenty.

Téměř dva ze tří lidí, kteří nevyužívají terénní služby, k nim nemají přístup kvůli kapacitním, finančním a dalším bariérám

Pouze přibližně třetina (37 %) dotázaných domácností, které vůbec nevyužívají terénní služby, tak činí z důvodu svých vlastních preferencí – většinově o to nemá zájem sám příjemce péče, protože péči má zajištěnou jinak (33 %), v menšině případů si to nepřeje někdo jiný z rodiny (4 %). Zbývající téměř dvě třetiny (63 %) domácností by tak o terénní péči měly zájem, ale brání jim různé bariéry (graf 9). Jedná se především o **malou dostupnost, nízké kapacity a nedostatečnou flexibilitu služeb, ale také o jejich finanční náročnost**. Problémy s dostupností služeb a financemi přitom charakterizují také širší skupinu osob se zdravotními omezeními, nejen vysoce závislé osoby (Chodounská, 2025). V případě lidí s vysokou potřebou pomoci jsou však důsledky bariér obzvláště závažné.

Nejčastějším důvodem, proč respondenti vůbec nevyužívají terénní služby, je **nedostatečná dostupnost a kapacita služeb**. Pětina (23 %) dotázaných naráží na kapacity služeb (jsou obsazené, pro respondenta není místo). Přibližně čtvrtina (24 %) nemá službu ve svém okolí dle svých slov vůbec k dispozici. Menší část uvedla jako důvod předchozí negativní zkušenost s kvalitou terénních služeb (8 %). **Bariéru v kapacitách či v dostupnosti kvalitních terénních služeb vnímá celkem téměř polovina (48 %) dotazovaných, kteří terénní služby nevyužívají**. Nedostupnost služeb v lokalitě je menšinovým problémem u lidí z velkých měst (100 tisíc a více obyvatel), avšak v menších obcích do pěti tisíc obyvatel trápí třetinu (33 %). Naopak nedostatek kapacit služeb je plošný problém, který se objevuje nezávisle na velikosti sídla.

Pro desetinu (11 %) jsou důvodem nevyhovující časy poskytování služeb (například večerní hygiena je příliš brzy), případně fakt, že je potřeba se přizpůsobit předem daným časům (10 %). Pro přibližně jednoho z osmi (15 %) je příliš složité využití terénních služeb naplánovat a zkoordinovat. Alespoň jednu z těchto organizačních bariér vnímá čtvrtina (24 %) respondentů nevyužívajících aktuálně terénní služby. **Pětina (21 %) si služby nemůže finančně dovolit.** Pro pětinu (19 %) je bariérou, že služby neposkytují takový typ pomoci, který by potřebovali.

Důvody nevyužívání terénní péče jsou podobné mezi těmi, kdo vůbec nemají žádnou formální péči, a těmi, kteří využívají alespoň ambulantní služby (stacionáře atd.). Výrazněji se liší pouze odmítnutí služeb z důvodu osobní preference (45 % u těch, kteří mají pouze neformální péči, a 18 % u těch, kteří využívají ambulantní služby). Pokud lidé nechtějí formální péči využívat, většinou uvedli, že to nepotřebují, protože péči zvládá neformální pečující, případně mají obavu ze zásahu do soukromí či z fluktuace pečujících.

Pro současné klienty terénních služeb jsou nejzásadnější bariérou nedostatečné kapacity a nízká flexibilita služeb, poté finance

Většina současných klientů terénních služeb si je přeje využívat ve větší míře, než se děje v současnosti (60 %). Pro tyto osoby, kterým současný objem čerpání služeb nestačuje, jsou **nejčastější bariérou vyššího čerpání nedostatečné kapacity nebo nedostupnost požadovaného typu služby v lokalitě** (91 % současných klientů terénních služeb, kteří by si přáli je využívat více). Následují organizační důvody (celkem 56 %), pod kterými se skrývá několik problémů: péče je k dispozici jen v předem daných časech (33 %), péči je obtížné plánovat a koordinovat (31 %) nebo jsou služby poskytovány v nevyhovujícím čase (15 %). **Následují finanční důvody** (47 %). Ač finanční bariéry nejsou v žádném případě zanedbatelné, dle hodnocení respondentů je převyšují bariéry v podobě dostupnosti či kapacit. Reflektovaly to i jejich spontánní odpovědi. Bariérou většího užívání je také to, že služby neposkytují potřebný typ pomoci (24 %).

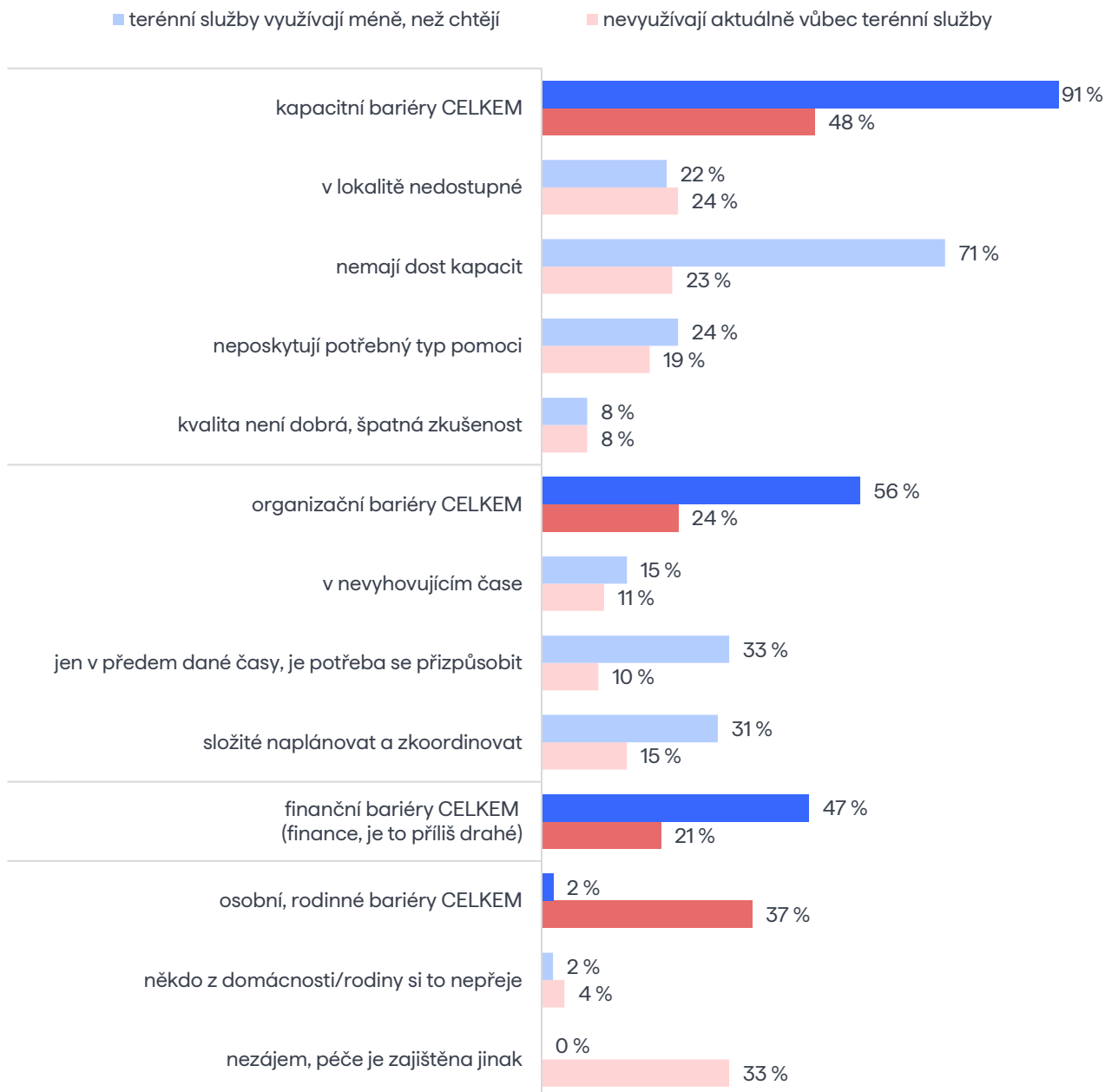
Slovy respondentů

O bariérách využívání terénních služeb

- Odlehčovací dostupné služby nám chybí, terénní služby v okolí nejsou dostupné vůbec. Rádi bychom jako stárnoucí pečující víc využívali různé služby. V ideálním světě bychom se přes odlehčovací služby dopravovali k pobytové komunitní službě. (matka, 57 let, pečující o syna ve věku 26 let)
- V současnosti žiji ve vesnici, kde nic není a nikdo není ochoten dojíždět. (příjemkyně péče, 28 let)
- V současné době si nemůžu dovolit asistenci v takovém rozsahu, protože stále jsou naplněny kapacity v sociálních službách, a proto si ze svých příjmů musím platit studentky a externí pracovnice, které si hradím ze své vlastní kapsy. (příjemce péče, 31 let)
- Spoléháme se na sebe. Když dcera požádala o návštěvu stacionáře, nevyhověli z kapacitních důvodů. (matka, 57 let, pečující o dceru ve věku 24 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Více terénních služeb, které by měly volné kapacity. A které by opravdu fungovaly v čase, kdy já potřebuji (...). (příjemce péče, 47 let)
- Více osobní asistence by rodině pomohlo také, ale musela by mít kapacity a fungovat i v neznámém prostředí, nejen doma, jak dnes často vyžadují. (příjemkyně péče, 23 let)
- Po tom, co jsme našli terénní péči s volnou kapacitou se naše situace trochu zjednodušila, ale terénní služba zajišťuje pouze základní péči v rozsahu dvou hodin dopoledne v pracovních dnech. (žena, 36 let, pečující o příbuznou ve věku 49 let)
- (...) Zároveň by mi pomohla větší finanční dostupnost. Například, nejlepší rehabilitací je pro mě plavání, které teď, kvůli nedostatku finančních prostředků a také kapacitě mých pečovatelek praktikuji spíše nárazově. Zároveň bych třeba někdy ráda vyrazila někde na víkend nebo delší dovolenou, ale opět, kvůli nedostatku financí i kapacit si to nemohu dovolit. Na dovolenou cestuji maximálně s mou maminkou, která o mě během dovolené pečuje. Přála bych si ale, aby s námi někdy mohla jet pečovatelka/asistentka a maminka si na dovolené také mohla skutečně odpočinout. (příjemkyně péče, 38 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Schopný a stálý asistent, který by mě alespoň částečně nahradil a byl finančně únosný. Není možné zaplatit za měsíc asistenci na 24/7. I když bychom to s vnukem oba přivítali, tak lidé nejsou ochotni takovou výpomoc realizovat. (babička, 84 let, pečující o vnuka ve věku 32 let)
- Příspěvek na péči opravdu zdaleka nepokryje potřebu na zaplacení několika asistentů, aby mohli pokrýt 24hodinovou péči, a do ústavu je zcela nemyslitelné, aby šel. (matka, 59 let, pečující o syna ve věku 33 let)

Graf 9 Klienti terénních služeb, kteří je využívají méně, než chtějí, to většinově (91 %) zdůvodňují kapacitami. Mezi lidmi, kteří služby terénní péče aktuálně vůbec nevyužívají, to nedostatečným kapacitám přičítá polovina (48 %)

Bariéry (většího) užívání terénních služeb (podíl respondentů)



Poznámka Znění vybraných položek bylo pro přehlednost v grafu zkráceno.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 223 a 84 respondentů (příjemci péče od 18 do 64 let, kteří aktuálně vůbec nevyužívají terénní služby, resp. je využívají méně, než chtějí)

Znění otázky Z jakých důvodů nevyužíváte péči od placených terénních služeb? (nevyužívají terénní služby) / Z jakých důvodů nevyužíváte péči od placených terénních služeb více? (užívají terénní služby, ale v menším množství, než by chtěli)

Chybí možnost provádět zdravotnické úkony, poskytnout péči v nenadálých případech i asistenti/asistentky s větší mobilitou

Respondenti, pro které je bariérou (většího) využívání terénních služeb to, že jim nezajistí potřebný typ pomoci, zmiňovali tři základní témata. Prvním je skutečnost, že terénní služby neprovádějí zdravotnické úkony (manipulace s PEG či odsávačkou, připojení na plicní ventilaci apod.). Dále respondenti uváděli, že terénní služby nejsou dostatečně flexibilní, aby je bylo možné využít pro nenadálé situace či pro péči v nemoci. Třetím hlavním omezením byla menší mobilita či časová dostupnost asistentů/asistentek (řidičský průkaz kvůli dopravě, doprovod na dovolenou, doprovod na večerní akce). Opakovaně respondenti také zmínili absenci asistence během noci.

Slovy respondentů

O chybějících typech pomoci

- Nejvíce by mi pomohla jistota, že asistent bude moci provádět jednoduché úkony s PEGem dle mých pokynů. Nikdy jsem neměl problém zvládnout to s lidmi bez jakýchkoliv zkušeností, ale to, že to asistenti formálně dělat nesmí, je pro mě problém. Nemůžu riskovat, že mi odmítne pomoc. (příjemce péče, 38 let)
- Terénní služby by pro mě byly využitelné pouze v případě, že by byly schopné obstarat úkony spojené s napojením na domácí plicní ventilaci. Jinak mohu využívat jen služeb zdravotní péče, která je cenově úplně jinde. (příjemce péče, 42 let)
- Pomohlo by mi, kdyby mi např. pracovník domácí péče mohl pomoci např. i s vykoupáním a naopak asistent/ka mohl/a pomoci s úkony, které v tuto chvíli může vykonávat zase pouze pracovník domácí péče. Úkony se někdy překrývají, např. pomoc s toaletou a s následným vykoupáním. Já si ale musím vybrat – buď využiji pomoc pouze s toaletou (zavedení čípku například), nebo s koupáním. Není možné v současném systému, aby ke mně přišel jeden člověk a udělal obojí. (příjemce péče, 41 let)

Zpřístupnění sociálních služeb by pro většinu bylo významnou pomocí

Pro většinu dotazovaných by znamenalo v jejich životě významnou pomoc, pokud by se snížily současné bariéry využívání terénní péče (graf 10) Jen přibližně 10 až 20 % dotazovaných tvrdí, že by jim různé formy zpřístupnění služeb terénní péče nepomohlo. Příjemci péče by obecně více ocenili zvýšení místní, časové a finanční dostupnosti **terénních služeb ve srovnání s ambulantními**, ale značnou pomoc by pro ně znamenalo i rozšíření dostupnosti ambulantních služeb.

Nejvíce by příjemci péče ocenili zvýšení dostupnosti a rozšíření kapacit terénních služeb péče. Zlepšení dostupnosti (zajištění služeb v jejich lokalitě, zvýšení kapacit) by pomohlo 88 % dotazovaných (62 % by rozhodně pomohlo a 26 % spíše pomohlo).

Slovy respondentů O zpřístupnění služeb péče

- Pomohlo by mi, kdyby si člověk mohl objednat tolik služeb péče, kolik potřebuje. (příjemce péče, 33 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Mít více hodin osobní asistence. (příjemkyně péče, 30 let)

Možnost zajištění stejného asistenta je vnímána jako podobně důležitá jako zvýšení dostupnosti

Významnou pomocí by byla možnost mít u terénních služeb stabilně stejného asistenta či stejné asistentky. Pomohlo by to 89 % respondentů (60 % rozhodně ano, 29 % spíše ano). Možnost přidělování stabilního asistenta či menšího počtu asistentů je přitom dána celkovou logistikou a koordinací služeb péče. Ta je aktuálně ovlivněna tím, že klienti si mohou typicky dovolit objednávat spíše kratší bloky péče a zajištění stability asistentů je proto obtížné (Paleček, 2023).

Slovy respondentů O důležitosti, kterou hraje stabilita asistentů

- Velmi by nám pomohlo, kdyby se u nás nestříдалo tolik osobních asistentek (v současné době jsou to čtyři asistentky), je to velký zásah do soukromí a důstojnosti. (partner, 42 let, pečující o partnerku ve věku 45 let)
- Syn si zvyká na pečovatelku třeba i 2 až 3 měsíce. (matka, 46 let, pečující o syna ve věku 20 let)
- Mohla bych asi využívat víc asistence, kdybych chtěla. Ale snažím se co nejvíc věci zvládnout sama a nechci mít doma pořád nějaké cizí lidi. Na asistenci mám nejraději již známe asistentky, když chodí pořád ten samý člověk a nemusí se pořád dokolečka všechno vysvětlovat. (příjemkyně péče, 40 let)

Převážná většina respondentů by uvítala také **snížení finanční náročnosti terénních služeb** (levnější služby a/nebo větší příspěvky na ně). Pomoc by to představovalo pro 87 % respondentů (59 % rozhodně ano, 28 % spíše ano).

Větší nabídka různých služeb a aktivit od terénní péče a rozšíření časů péče (například na večer) **by pomohlo 83, respektive 79 % dotazovaných** (57 až 53 % rozhodně ano, 26 % spíše ano). Naopak moci využívat terénní služby na kratší časy je méně poptávanou, i když stále často oceňovanou změnou (pomoc by znamenalo pro 57 %). Zvýšení dostupnosti ambulantních služeb, ať už finanční, kapacitní či časové, by pomohlo 63 až 69 % respondentů.

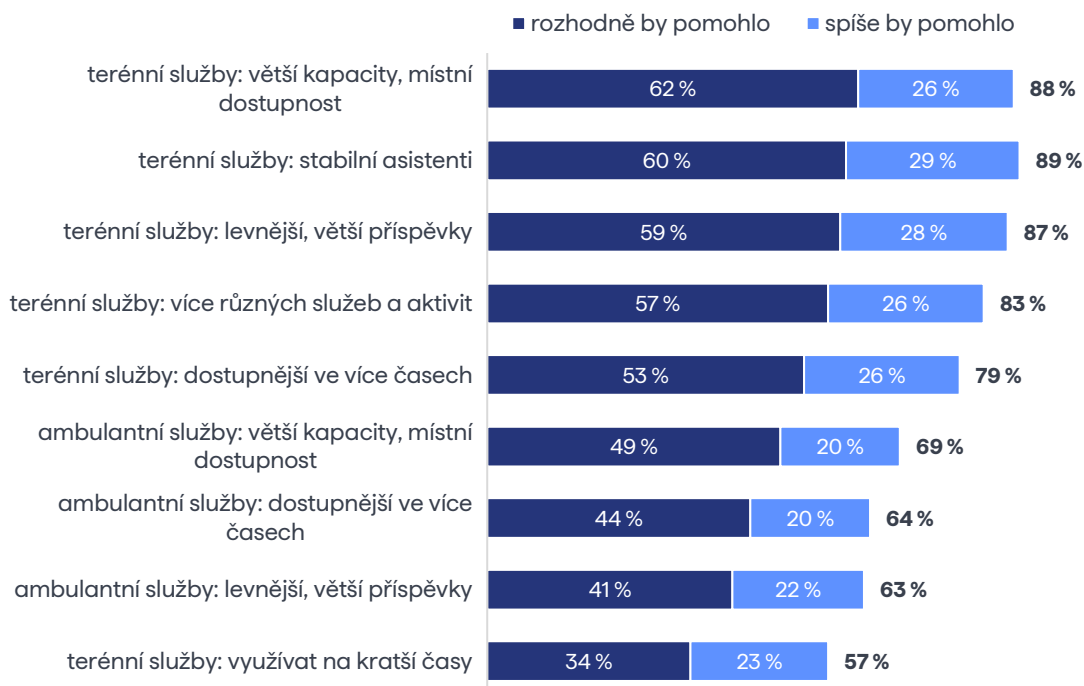
Slovy respondentů

O zvýšení finanční dostupnosti péče

- (Nejvíce by pomohlo...) Zvýšení příspěvku ve IV. stupni. Momentálně je příspěvek pro mou osobu, která vyžaduje 24hodinovou péči, naprosto nedostačující. Otec je senior, 78 let, a sám by měl odpočívat. Péče o mě je fyzicky a duševně vysilující. Já ani rodina nechceme, abych musel odejít do ústavu. Chci zůstat doma s rodinou a přál bych si dostávat adekvátní počet hodin vzhledem k uspokojení mých potřeb. Jsem celkově závislý na druhých lidech. (příjemce péče, 47 let)
- Dříve v dotazníku jsem uvedl, že bych více hodin od osobní asistence nevyužíval, což není úplně pravda, protože ano, momentálně jsem spokojený a vyhovuje mi to, to je ale ovšem z důvodu toho, že bydlím s rodiči, studuji ve svém rodném městě. Ovšem chtěl jsem studovat na ČVUT v Praze, ale kvůli drahým asistencím to nešlo, cca 43 000 Kč za měsíc by prostě bylo moc. Takže ano, teď už jsem spokojený, ovšem bych býval studoval v Praze, kdyby ta cena nebyla tak velká. (příjemce péče, 20 let)

Graf 10 **Větší kapacity a místní dostupnost terénních služeb by pomohlo devíti lidem z deseti**

Jaké změny v dostupnosti sociálních služeb by pomohly (podíl respondentů)



Poznámka Znění položek bylo pro přehlednost v grafu zkráceno.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 368 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let)

Znění otázky: Pomohly by Vám tyto konkrétní věci ve Vaší situaci, usnadnily by Vám život?

7. Kvalita života: sociální kontakty, začlenění do společnosti, duševní zdraví

Častěji než v obecné populaci dospělých trápí příjemce péče pocity osamělosti, izolace a vyloučení či opomenutí. Možnosti udržovat styky mimo domácnost jsou omezené nedostatkem asistence i prostorovými bariérami a problémy s dopravou. K pocitům osamělosti ale může přispívat i to, že vnímají vyčlenění z většinové společnosti. Téměř polovina cítí, že je ostatní lidé neberou jako sobě rovné. Třetina vnímá své aktuální životní podmínky jako nedůstojné.

Více než v obecné populaci dospělých jsou mezi nimi rozšířené příznaky alespoň středně těžké deprese či úzkosti (28 % vs. 18 %) a jsou také méně spokojeni se životem (nízká životní spokojenost u 39 % příjemců péče vs. 23 % v obecné populaci dospělých). Pokud však nestrádají v uspokojení potřeb, je jejich psychická kondice srovnatelná až lepší než v obecné populaci.

Dospělí lidé s vysokou potřebou péče mají obavy ze zhoršování svého zdravotního stavu a zajištění své situace v budoucnu. Velkým tématem jsou obavy, že se o ně s postupem času již nebudou schopni postarat rodiče a zůstanou sami či se budou muset přesunout do ústavní péče.

Více se cítí osamocení, opomenutí a izolovaní než lidé z obecné populace

Dospělé příjemce péče trápí častěji pocity osamělosti než dospělí z běžné populace. Pětina (19 %) příjemců péče často pociťuje nedostatek společnosti jiných lidí, 46 % ho vnímá občas. **Tedy dvě třetiny (65 %) příjemců péče pociťují alespoň občas nedostatek společnosti jiných lidí. V běžné populaci dospělých je to výrazně méně**, a to kolem 40 % (PAQ Research, 2025). Alespoň občas se cítí být opomenutý/a 60 % příjemců péče (v běžné populaci 40 %) a opět 60 % se alespoň občas cítí být izolován/a od druhých (v běžné populaci 32 %). Celkově příznaky osamělosti vykazuje 47 % příjemců péče (vypočteno dle metodiky v Příloze 2), v obecné dospělé populaci je to 29 %.

Slovy respondentů

O nedostatku kontaktů s jinými lidmi

- Nejvíc mi chybí nějaký kamarád a možnost kulturního vyžití. Je opravdu málo možností v mém okolí, kam se dostanu bez pomoci rodičů. (příjemce péče, 18 let)
- Nemám dostatek kamarádů – dobrovolníků – pomocníků, kteří by mi pomohli dostat se ven, mezi lidi, na výlety apod. (příjemkyně péče, 44 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Větší kontakt s jinými lidmi v jeho věku. (matka, 58 let, pečující o syna ve věku 20 let)
- (Největší obtíže působí...) Minimální pobyt mimo dům, izolace. (příjemce péče, 49 let)
- Chybí mi kontakt s vrstevníky. (příjemkyně péče, 30 let)
- Pečuje o ni terénní služba v dopoledních hodinách – hygiena, přesun z postele, podání snídaně, příprava svačiny – která pak odchází. Většinu dne je pak doma sama a až večer přichází někdo z příbuzných, aby jí podal večeři, umyl a pomohl s přesunem na postel. (...) Více hodin terénní služby pro to, aby si mohla více povídat, jsme nesehnali. (...) My chodíme do práce a nemůžeme se jí věnovat. (žena, 36 let, pečující o příbuznou ve věku 49 let)
- Myslím, že by osobě, o kterou je pečováno, pomohlo, pokud by mohla mít více sociálních kontaktů a aktivit mimo svoji rodinu. Vzhledem k jejímu autismu a chování náročnému na péči je náročné, popř. zcela nemožné se mnoha aktivit účastnit a je velmi obtížné najít vhodné profesionální a zkušené asistenty. (pečující nepřibuzná, 47 let, o příjemkyni péče ve věku 34 let)

Nejméně často zažívají pocity izolace příjemci péče, u kterých se kombinuje formální a neformální péče. Často se cítí být izolovaní od druhých 10 % z nich, zatímco u lidí pouze s neformální péčí je to 25 %. Kombinace obou typů péče zajišťuje větší pestrost kontaktů, při využívání obou typů je sociální služba více využívána k vycházkám mimo domov a je také častější zapojení do aktivizačních a vzdělávacích činností. Dále pobyt v ambulantních službách, které využívá část klientů formální péče, umožňuje střídání prostředí a poskytuje širší škálu kontaktů.

Slovy respondentů

O boji s izolací

- Dceři pomáhá střídání prostředí – rodina, stacionář, respitní péče, kamarádi, společenské akce. Nejvíce jí vadí izolace. (otec, 58 let, pečující o dceru ve věku 32 let)
- (Nejvíce pomáhá...) Komunita stejných lidí s postižením. (příjemkyně péče, 36 let)
- (Nejvíce pomáhá...) Udržovat si široké pole dobrovolníků, byť placených. Dobré vztahy obecně (s rodinou, přáteli, známými). Zapojit se do místního komunitního plánování. Nebát se požádat o pomoc. Nebýt negativní. (příjemkyně péče, 52 let)

Sociální vazby mimo domácnost má převážná většina. Čtyři z deseti se ale s přáteli a známými vidí maximálně několikrát do roka

Dostatek času stráveného s jinými lidmi patří k potřebám, u kterých se u příjemců péče objevuje nižší míra uspokojení – na omezení trávit dostatek času s jinými lidmi naráží aktuálně více než polovina (56 %) příjemců péče.

Jen malá část respondentů žije o samotě (14 %). **Problémem je především zajištění kontaktu s lidmi mimo domácnost.** Alespoň nějaké přátele, kamarády či známé (tedy osoby, které většinou žijí mimo vlastní domácnost) má drtivá většina příjemců péče (96 %). Čtyři z deseti (38 %) z těch, **co mají přátele mimo domácnost, se ale s nimi vidí maximálně několikrát ročně. Desetina (11 %) se s nimi dokonce vidí jen jednou ročně či méně často.** Podobná je situace s příbuznými z širší rodiny.

Osoby ve III. a IV. stupni mají poměrně intenzivní kontakt s rodiči, kteří jsou často jejich primárními opatrovníky. Alespoň jednoho rodiče má dosud převážná většina (90 %) respondentů, s otcem či matkou společně žije více než polovina (52 %) všech respondentů. Pokud spolu nežijí ve stejné domácnosti, vidí se s rodiči alespoň několikrát týdně více než třetina (38 %), pětina pak několikrát do měsíce (24 %). Zbývajících přibližně 40 % se však s rodiči vidí maximálně několikrát do roka.

Partnera či partnerku má 41 % dotazovaných (tři čtvrtiny z tohoto počtu se svým partnerem žijí ve stejné domácnosti). Děti má menší část dotazovaných (27 %, polovina z toho s dětmi žije ve společné domácnosti). Pokud spolu nežijí ve stejné domácnosti, stýká se s dětmi přibližně 40 % několikrát do týdne, alespoň několikrát do měsíce pak 36 % a čtvrtina jen několikrát ročně nebo méně.

Styk s okolím komplikuje nedostatek asistence, prostorové bariéry a omezené možnosti dopravy

Zdravotní omezení komplikují možnost setkávání se s vnějším světem. Možnosti pohybu venku jsou ztíženy a jen přibližně třetina (37 %) dotazovaných vnímá, že se může dostat ven z domova více méně bez omezení dle svých přání. Dotazovaní často zmiňovali, že **pro zajištění venkovního pohybu nemají k dispozici dostatek terénních služeb** (případně dostupný asistent by fyzicky nezvládal potřebnou manipulaci). U některých pomáhají s pohybem venku neformální pečující, ale možnosti jsou také omezeny jejich fyzickými silami.

Respondenti spontánně uváděli i problémy s prostorovými bariérami, nedostatkem bezbariérových zařízení i s chybějícími, neúplnými či mylnými informacemi, které jsou o bezbariérovosti poskytovány. Problémem je mimo jiné i nedostatek bezbariérových toalet, které někteří příjemci péče řeší omezováním v příjmu tekutin, pokud se mají vydat ven, případně kvůli tomuto omezení vůbec nevyrazí ven. I to přispívá k omezování příležitostí se potkávat s lidmi mimo domácnost a udržovat dostatečnou míru sociálních kontaktů.

Další významnou bariérou pro udržování kontaktů s okolím je doprava. Někteří respondenti uvedli, že ve svém okolí nemají nikoho s autem nebo řidičským průkazem,

a proto nemají možnost se dostat do většího města na volnočasové aktivity, rehabilitaci nebo jiné potřebné cesty. Další překážkou může být, že auto sice mají, ale není dostatečně přizpůsobené jejich zdravotnímu postižení, například pro převoz elektrického invalidního vozíku. Pro řadu z nich je přitom doprava autem jedinou reálně dostupnou možností – ať už kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu, nebo proto, že bezbariérová veřejná doprava není v jejich lokalitě dostupná, případně jezdí jen velmi omezeně.

Tyto faktory dohromady výrazně omezují možnosti pohybu mimo domov a přispívají k nižší míře sociálních kontaktů, **zejména u lidí žijících v menších obcích s horší dostupností služeb a infrastruktury.**

Slovy respondentů **O prostorových bariérách**

- Schody, patníky, úzké dveře – to vše ještě pořád je i ve veřejných budovách. (příjemce péče, 52 let)
- (Největší obtíže dělá...) Časté bariéry, hlavně schody, obrubníky, rozbité chodníky... (příjemce péče, 18 let)
- Chybějící bezbariérovost kdekoli v terénu (chodníky, vchody do obchodů, některé stanice metra apod.). (příjemce péče, 45 let)
- (Nejvíce by pomohlo...) Více bezbariérových možností, přístupnost některých objektů. Např. teď jsem vyřizovala nový průkaz ZTP a s tím související parkovací kartu, kterou jsem šla vyřídit na úřad. A místo, kde to vyřizují, je nad schody, od oka aspoň 7–8 schodů. (příjemkyně péče, 50 let)
- (Nejvíce by pomohla...) Bezbariérovost veřejného prostoru nebo alespoň fér / skutečná informace o stavu (např. informace o bezbariérovosti zastávek hromadné dopravy, institucí apod.). (příjemkyně péče, 32 let)
- Díky elektrickému vozíku se dopravím kamkoli, kde nejsou schody a mají bezbariérový přístup. To stále ale není samozřejmost. (příjemce péče, 18 let)
- Ven se dostanu pouze s manželem. Bydlíme v 1. patře a jen on mě dokáže snést dolů. (příjemkyně péče, 40 let)

Téměř polovina cítí, že je ostatní neberou jako sobě rovného/rovnou

Podstatná část příjemců péče vnímá, že jejich začlenění do společnosti, interakce s ostatními lidmi či možnost mít kontrolu nad svým životem trpí omezeními (graf 11). Významnou roli mohou hrát i již zmíněné problémy s bezbariérovostí. Uzpůsobení veřejného prostoru, které nepočítá s určitými omezeními, samo o sobě vysílá signály o tom, kdo do něj patří a nepatří.

Téměř polovina příjemců péče (47 %) vnímá, že ostatní je často neberou jako sobě rovného (19 % rozhodně souhlasí, 28 % spíše souhlasí). Častým tématem, které se objevovalo ve spontánních vyjádřeních respondentů, bylo přehlížení, opomíjení a nižší váha, kterou má jejich přítomnost a slovo v mezilidských interakcích. Respondenti dále popisovali obtíže, kterým čelí ve vzdělávání, snahách se pracovně uplatnit a obecně se prosadit v životě.

Možnost pracovat se přitom ukazuje jako důležitá součást integrace do společnosti. Respondenti, kteří vlastní práci mají (ve výzkumném souboru se jedná o zhruba 40 %), vysvětlovali, že **motivací pracovat je nejen vlastní příjem, ale také pocit, že jsou plnohodnotnými a přínosnými členy společnosti.**

Slovy respondentů

O problémech v zapojování se do společnosti

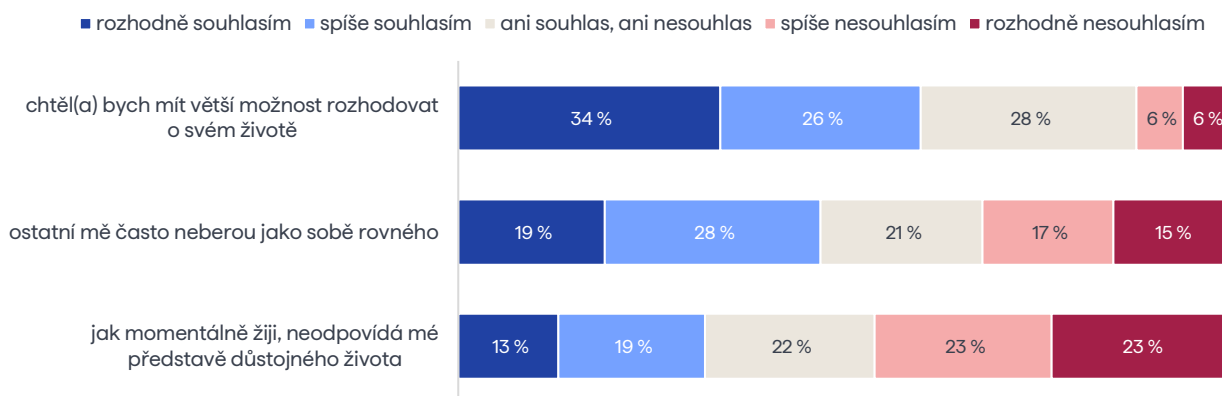
- Když je člověk na vozíku, tak se předpokládá, že má snížený intelekt, a lidé mluví na asistenta. Všude jsou vidět příběhy dětí s postižením, i zdravotní a lázeňská péče je dostupná. Jakmile je člověk dospělý, jako by zmizel. Najít si práci a být aktivní ve společnosti je obtížné. Neúspěch může být demotivující. (příjemkyně péče, 24 let)
- Často mám pocit, že nás lidé neberou vážně. Okamžitě nás odsoudí s tím, že něco nezvládneme, místo aby hledali řešení, jak to udělat jinak. Nedají nám šanci ani prostor se prosadit. Chybí jim motivace přizpůsobit prostředí a raději situaci hned odsoudí, než aby ji řešili. (příjemkyně péče, 38 let)
- Je smutné, že si lidé často myslí, že člověk s hendikepem, s tělesným, řečovým apod., není schopen sám za sebe komunikovat a rozhodovat, a ještě smutnější je, že se to týká osob, které by s tímto mít problém neměly, jako jsou zdravotníci a sociální pracovníci. (příjemce péče, 61 let)
- Omezené možnosti ve vzdělávání. Můžeme navštěvovat jen omezené množství škol, protože většina z nich není bezbariérová. Nemůžu si tak svobodně vybrat jakoukoli školu, která by se mi líbila. Ještě horší je to se zaměstnáním. Lidé nás nechtějí ve firmách zaměstnat. Tvrdí, že bychom to nezvládli, a nechtějí nám dát šanci to alespoň zkusit, nebo nám přizpůsobit pracovní prostředí například pomocí pracovního asistenta či různých pomůcek a vychytávek. Současná populace si často myslí, že je spíše zdržujeme, a nemá motivaci nás zaměstnat. (příjemkyně péče, 38 let)
- Lidé mě berou jako nerovnocenného. Mluví na mě, jako kdybych byl dítě, a litují mě. Že jsem fyzicky postižený neznamená, že jsem mentálně zaostalý. (příjemce péče, 47 let)
- (Lidé si myslí, že...) Když jsem na vozíku, tak mám i mentální postižení, když nemluví, tak ničemu nerozumím a nic nechápu. Často mě přehlíží a komunikují jen s doprovodem, neumí rozlišovat mezi poškozením mozku a míchy. (příjemce péče, 33 let)
- Lidé si myslí, že když sedím na vozíku, jsem mentálně retardovaná, a musí tak komunikovat s mým doprovodem. (příjemkyně péče, 29 let)
- Když sedíte na elektrickém vozíku a potkáte se s někým novým, tak ve většině případů si o vás myslí, že jste mentálně postižení... (příjemce péče, 20 let)
- Na úřadech mají jednat se mnou, a ne s asistentem. (příjemce péče, 50 let)
- Ten, kdo je na vozíku, nemusí být mentálně postižený. Nemluvte na nás jako na děti. Máme stejná práva jako vy. (příjemkyně péče, 42 let)
- Člověk na vozíku opravdu není i mentálně postižený. Jsme úplně stejní jak ostatní, jen zkrátka nemůžeme chodit a někdy máme problém s rukama. (...) Nechovejte se k nám jak k malým dětem a nepřehlížejte nás, nekomunikujte s doprovodem, ale přímo s námi. V obchodě vyčkejte, než si vybereme, a ne že nás i s vozíkem odsunete (už se mi to stalo a překloupili mě). Je nepříjemné, když se na nás lepíte, berete si z regálů věci nám nad hlavou. Dodržujte taky osobní vzdálenost. Nemluvte s námi, jak kdybychom byli mentálně postižení. (příjemkyně péče, 42 let)

Problémem pro začlenění do společnosti je podle výpovědí respondentů také to, že lidem s vysokou potřebou pomoci bývá velmi často automaticky připisován mentální handicap

a podle toho s nimi okolí nakládá. I tyto vnímané problémy mohou vést k tomu, že se příjemci péče cítí častěji sami, opomenutí a izolovaní, než je tomu u většinové společnosti. Pocit samoty a odříznutí od společnosti se kvůli těmto postojům okolí může vytvářet, ačkoli je osoba obklopena jinými lidmi.

Graf 11 **Dva ze tří by o sobě chtěli více rozhodovat, jeden ze tří nevidí svůj život jako důstojný**

Vnímané postavení ve společnosti u příjemců péče (podíl respondentů)



Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 370 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let)
Znění otázky Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s těmito výroky?

Chtěli by více rozhodovat o svém životě, osamostatnění je však problematické

Téměř dva ze tří by si přáli mít větší možnost rozhodovat o svém životě (60 %) – třetina s tím rozhodně souhlasí (34 %) a čtvrtina spíše souhlasí (26 %). Někteří respondenti spontánně zmínili pnutí, která vyvstávají ve vztahu s pečujícími rodiči. Ti stojí před náročným úkolem vyvážit fakt, že osoba je na nich těžce závislá a péče se výrazně promítá do jejich života, se skutečností, že příjemce péče je dospělý a má své vlastní potřeby a přání. Pro obě strany je situace náročná, protože tradiční znak vystoupení z role dítěte, a to odchod z rodičovské domácnosti, není u příjemců péče žijících společně s rodiči naplněn. **I proto někteří respondenti zmiňovali, že by se rádi osamostatnili, avšak dostupnost sociální péče a/nebo finance jim to nedovolují.**

Slovy respondentů

O problémech ve vztazích s pečujícími rodiči a touze se osamostatnit

- Je mýtus, že rodinný pečující dává svobodu a pečuje dle přání – co znám kamarády, všichni mají problém s pečujícím rodičem. Jsme pro ně děti, co nic nesmí rozhodnout... pokud vyjádří názor a potřebu, často je to od pečujícího bráno jako rozmařilost... (příjemkyně péče, 33 let)
- Synovi je 33 let a cítí se být dospělý, který si může o všem rozhodovat, ale jeho intelektuální schopnosti nejsou bohužel na takové úrovni. (matka, 60 let, pečující o syna ve věku 33 let)
- Čím starší je syn, tím náročnější na péči, jelikož roste a mění se jeho potřeby. Zároveň vidím, že on by potřeboval být, a i chtěl by být víc samostatný, bez mámy. (matka, 48 let, pečující o syna ve věku 19 let)
- My s mužem stárneme a syn roste – je stejně těžký jako já a na péči je to náročné. Ne vždy také můžeme vyjít vstříc jeho konkrétnímu požadavku, např. když chce někam jít nebo jet a my zrovna nemáme čas mu to zařídit nebo ho někam dovézt. Je to náročné na logistiku a také těžké mu to vysvětlit, že to zrovna teď prostě nejde – pak se zlobí, a to nás mrzí i štve. (matka, 57 let, pečující o syna ve věku 31 let)
- Chtěla bych žít samostatný život bez pomoci mámy. (příjemkyně péče, 29 let)
- (Největší obtíže dělá...) Že za mě máma všechno dělá, chtěla bych to dělat daleko více sama. (příjemkyně péče, 26 let)
- Rodiče se o mě dobře starají, ale raději bych žila samostatně s partnerkou. (příjemce péče, 39 let)
- Chtěla bych se osamostatnit, ale kvůli nedostupnosti a finanční náročnosti osobní asistence je to velmi složité. Také nechci být sama a čekat, až asistent přijde udělat jen péči, a žádné nadstavbové aktivity. Jsou nedostupné služby pro osoby se zachovaným intelektem a nutností velké míry podpory. (příjemkyně péče, 24 let)
- Kdyby se měl osamostatnit, to znamená bydlet nezávisle na rodičích, a přitom nebydlet v pobytové službě, potřeboval by mnohem větší rozsah osobní asistence (viz oněch 116 hodin terénních služeb týdně, oproti současným 25). (otec, 54 let, pečující o syna ve věku 23 let)

Každý třetí vnímá, že nemá důstojné životní podmínky

Třetina respondentů (32 %) hodnotí, že jejich momentální životní situace a podmínky neodpovídají jejich představě o tom, jak vypadá důstojný život. Jako důvod zmiňovali to, že jsou závislí na péči jiných lidí, nemohou svobodně realizovat své potřeby, musí čekat na pomoc jiných lidí a být neustále v pozici, kdy musí o něco žádat. V odpovědích některých respondentů zaznívalo, že svoji potřebu pomoci vnímají jako zatěžující pro okolí, případně nevidí kvůli svým omezením možnost plnohodnotného života. Tyto odpovědi ukazují, že při zajišťování důstojných životních podmínek a dobré psychické kondice pro dospělé osoby s vysokou potřebou péče je nutné se vyrovnat i s tím, že na ně psychicky doléhají jejich omezení i pocit, že jsou pro okolí přítěží.

Častěji ale dotazovaní vztahovali vnímanou nedůstojnost životních podmínek k **malému objemu péče, nedostatku financí na péči a/nebo neuspokojeným potřebám.** Tedy

k problémům, které nyní závažně zasahují do života osob s vysokou potřebou pomoci, ale nejsou v principu nepřekonatelné.

Například respondent, který si z kapacitních a finančních důvodů nemůže dovolit osobní asistenci, a proto je péče pouze na jeho rodičích, popsal, že toto uspořádání nevidí jako vhodné. Raději by si díky terénní péči udržoval s rodiči běžné vztahy. Do vnímání nedůstojných životních podmínek se promítají i **obavy z budoucnosti**, kterým se bude věnovat následující kapitola.

Slova respondentů

O problémech s důstojnými životními podmínkami

- Jsem závislý na dopomoci a musím čekat, než mi ji poskytnou s vědomím, že jsou mými otroky. (příjemce péče, 46 let)
- Bez pomoci druhého nemůžu jít do společnosti, navštívit kulturní akce, jsem jakoby uvězněný ve svém bytě a musím čekat na pomoc druhých. (příjemce péče, 61 let)
- Stoprocentní závislost na pomoci druhé osoby. Bez pomoci druhé osoby neudělám nic. To není život, je to přežívání. (příjemce péče, 46 let)
- Přejde mi nedůstojné, že musím neustále někoho žádat o pomoc. Např. o psychiatrickou péči. (příjemkyně péče, 31 let)
- Musím si o vše říkat.... (příjemkyně péče, 50 let)
- Nemám aktuálně pomoc, kdy potřebuji, cítím se osamocena (příjemkyně péče, 48 let)
- Nejsou dostatečně naplněny biologické potřeby ani sociální role... (příjemkyně péče, 41 let).
- Nemám dostatek hodin a finančních prostředků na osobní asistenci. (příjemkyně péče, 38 let)
- Nevidím jako vhodné, aby se o mě v mém věku (40 let) intenzivně staral rodinný příslušník, matka. Externí osobní asistent/ka produktivního věku by mohl/a mít více síly a energie pro další, jiné aktivity. S rodiči bych rád dál udržoval běžné rodinné vztahy bez zatížení asistencí. (příjemce péče, 40 let)
- (Chtěl bych...) Aby dcera neměla strach, že jednou skončí v nějakém domově sama uprostřed cizích lidí, protože nám, rodičům, je už hodně roků. (otec pečující o dceru ve věku 40 let)

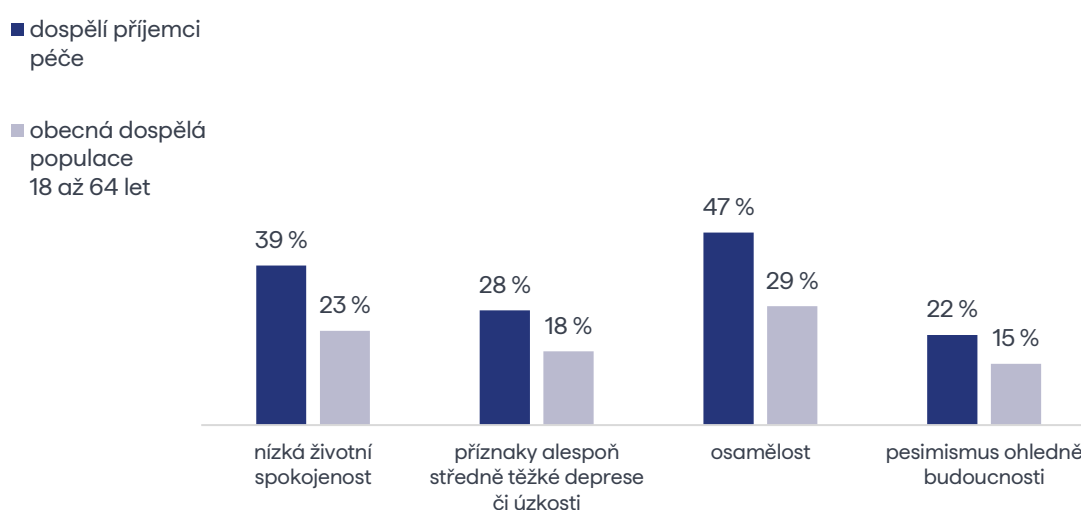
Životní spokojenost mají nižší, častěji trpí příznaky depresí či úzkostí

Dospělí příjemci péče jsou se svým životem méně spokojeni, než platí u běžné populace ve stejném věku (graf 12). Velice spokojených je se svým životem 11 % příjemců péče (tito ohodnotili svoji životní spokojenost dvěma nejvyššími body na stupnici 0 až 10 od naprosto nespokojený do naprosto spokojený). V celé populaci osob od 18 do 64 let sdílí tuto nejvyšší životní spokojenost 27 % (Sociologický ústav AV ČR, 2025). Naopak nízká spokojenost (maximálně známka 5 z 10) vystihuje 39 % příjemců péče, ale 23 % běžné populace dospělých od 18 do 64 let.

Mezi příjemci péče je také častější výskyt zhoršeného duševního zdraví. U přibližně čtvrtiny (28 %) dotazovaných se objevují příznaky alespoň středně těžké deprese či úzkosti (podrobnosti k tomuto ukazateli poskytuje *Příloha 2*). V běžné populaci dospělých od 18 do 64 let tyto příznaky v současnosti vykazuje přibližně 18 % lidí (PAQ Research, 2025). Zhoršené duševní zdraví je častější u žen než u mužů (36 % vs. 22 %), to je běžné i v obecné populaci dospělých. Na rozdíl od běžné populace se duševní zdraví u příjemců péče mírně zhoršuje s věkem.

Graf 12 Příjemce péče výrazně častěji oproti obecné populaci trápí osamělost i symptomy deprese či úzkosti

Duševní zdraví příjemců péče ve srovnání s obecnou populací (podíl výskytu)



Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 370 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let); pro srovnání je využito České panelové šetření domácností (6. vlna 2023 až 2024), Život k nezaplacení (58. vlna 2025), European Social Survey (Round 6 2012)
Znění otázky Metodika srovnávacích ukazatelů je popsána v Příloze 2

Slovy respondentů O stavu duševního zdraví

- Mám dlouhodobé deprese, bez síly něco řešit. (příjemce péče, 38 let)
- Nemám vztah a práci, často mi je špatně od nervů. (příjemkyně péče, 27 let)
- Nemám ve svém životě cíl, za kterým bych směřovala, nemám konkrétní vizi a perspektivu do budoucna. (příjemkyně péče, 24 let)
- Životní nejistota, to že jsem 24/7 odkázaný na pomoc druhých a nemám dostupné služby osobní asistence a nedostatek finančních prostředků na osobní asistenci; nikdy nechci skončit v ústavu, tam bych zemřel. (příjemce péče, 40 let)
- Co bude, jak dopadnu, jestli vše zvládnu. Budoucnost je nejistá a bojím se bolestného umírání. (příjemkyně péče, 46 let)
- Já i syn potřebujeme mít jistotu, že o něj bude v budoucnosti postaráno, že bude mít zajištěnou potřebnou péči. Pak oba budeme moci klidně spát. (matka, 70 let, pečující o syna ve věku 40 let)

Čtyři z deseti očekávají zhoršení zdravotního stavu v blízké budoucnosti

Svůj zdravotní stav vidí často skepticky. **Podstatná část si myslí, že se jejich zdravotní stav během následujících pěti let spíše zhorší** (44 %). Přibližně polovina odhaduje, že zůstane zhruba stejný (46 %). Pouze desetina (10 %) si myslí, že se jejich zdravotní stav v příštích pěti letech zlepší. Zhoršení očekávají výrazně častěji lidé od 40 do 64 let (52 %) ve srovnání s mladšími (36 %). Naopak zlepšení předpokládají mírně častěji lidé ve III. stupni ve srovnání se IV. stupněm (13 vs. 5 %).

Příjemci péče jsou také **o něco méně optimističtí ohledně vlastní budoucnosti než běžná populace dospělých**. S výrokem „Co se týče mé budoucnosti, jsem vždy optimistický(á),“ souhlasí 37 % respondentů. V obecné populaci dospělých ve věku od 18 do 64 let je to 45 % (European Social Survey, 2012). Optimističtější jsou lidé ve III. stupni (43 %) ve srovnání se IV. stupněm (29 %). Naopak s výrokem nesouhlasí 22 % respondentů, v obecné populaci je to 15 %. Mezi příjemci péče tak panuje o něco větší pesimismus ohledně vlastní budoucnosti než v obecné populaci, ale rozdíl je poměrně malý.

Budoucnost vnímají se směsí nejistoty a obav

Jejich úvahy o budoucnosti často provází strach a nejistota. Někteří si budoucnost nedokážou ani představit a mají obavy z toho, co je čeká. Nejčastěji zmiňují strach ze ztráty rodičů, kteří pro ně představují hlavní oporu. V takové situaci si nejsou jistí, zda budou moci nadále zůstat v domácím prostředí nebo budou muset přejít do pobytové služby. Tu si často spojují se ztrátou svobody, pocitem osamění a pochybnostmi, zda tam bude stejná individuální péče, jakou jim poskytují jejich blízcí, kteří jim rozumí a znají jejich potřeby.

Další rozšířenou obavou ohledně budoucnosti je zhoršení zdravotního stavu, které by znamenalo menší soběstačnost, a ještě větší závislost na okolí. S tím souvisí i nejistota, zda jejich rodina bude mít dostatek sil, aby náročnější péči dlouhodobě zvládla. Častým tématem obav je také dostatek financí a nejistota, zda si budou moci dovolit zaplatit veškeré potřebné služby.

Slovy respondentů

O obavách z budoucna

- Bojím se zhoršení zdravotního stavu, že se o mě nikdo nepostará. (příjemkyně péče, 48 let)
- Z důvodu nedostatku asistence a nedostatku finančních prostředků se obávám ústavní péče, která je pro mě naprosto nepřijatelná. Obávám se, že nebudu moci žít důstojný a svobodný život, svobodně se rozhodovat. (příjemce péče, 40 let)
- Občas pociťuji obavu, co bude, až budu sám bez rodičů. Obava z toho, že se mi nedaří navázat partnerský vztah a zůstanu sám. (příjemce péče, 40 let)
- Až tady nebude mamka, kdo se o mě postará, kdo mi bude pomáhat vlastně se vším. (příjemkyně péče, 34 let)
- (Nejvíce se obávám...) Kdo mi pomůže, podpoří, když rodina nebude moct... (příjemkyně péče, 35 let)
- (Nejvíce se obávám...) Že až mi nebudou moct pomáhat rodiče, tak nebudu mít dostatek finančních prostředků na zajištění potřebné osobní asistence nebo že nebude v mém městě asistence dostupná. (příjemkyně péče, 44 let)
- Nejvíce se bojím toho, že až mi už nebudou moci pomoci rodiče nebo nebudu mít přítele, tak kdo mi pomůže? Většinu péče mám od nich a od osobní asistence jen minimum. Nemám finance na to, abych si 100 % péče o svou osobu mohla dovolit zaplatit přes osobní asistenci. (příjemkyně péče, 32 let)
- Budu se v nejbližších měsících stěhovat od rodičů, tak se obávám, jak se mi podaří sehnat asistenci, kterou mi dosud poskytují. (příjemkyně péče, 45 let)
- Až nebude mamka moct nebo onemocní a nebude se podílet na péči, tak nevím, jak nahradím její pomoc. Můžu maximálně doufat, že se zlepší terénní služby nebo uvolní kapacity. Jinak bych musel do nějakého sociálního zařízení. (příjemce péče, 47 let)
- Vzhledem k tomu, že z 90 % se o mě stará má matka, které je 75 let, tak by mi nejvíce pomohla existence další osoby, která by ji mohla rovnocenně zastoupit a časem i nahradit. Nikdo tu není navždy a já i matka žijeme s každodenním stresem, co si počnu až ona nebude schopná o mě pečovat. Bohužel v okolí není žádná služba, která by pokryla moje požadavky v plném rozsahu. (příjemkyně péče, 34 let)
- Obávám se toho, abych měl na všechno dostatek prostředků a abych mohl žít aspoň tak, jak žiji doposud a abych nebyl finančně závislý na rodině. (příjemce péče, 33 let)

Duševní zdraví, spokojenost se životem i obavy z budoucnosti se výrazně zhoršují při neuspokojení potřeb

Zásadním poznatkem je, že duševní zdraví příjemců péče silně souvisí s uspokojením potřeb (graf 13). Ačkoli otevřené odpovědi některých respondentů nasvědčovaly tomu, že snížená životní spokojenost a zhoršená psychická kondice mohou pramenit ze samotné povahy jejich zdravotních omezení, celkově se jeví, že dostatečná míra uspokojení potřeb by mohla před negativními dopady na psychiku ochránit (je však nutné brát v úvahu, že na dostupných datech není možné doložit kauzalitu a směr tohoto vztahu).

Duševní zdraví se výrazně zhoršuje s počtem lidských potřeb, které u příjemce péče zůstávají běžně neuspokojeny (musí se v nich omezovat). Pokud běžně zůstává neuspokojena maximálně jedna potřeba, je výskyt příznaků středně těžké deprese či úzkosti

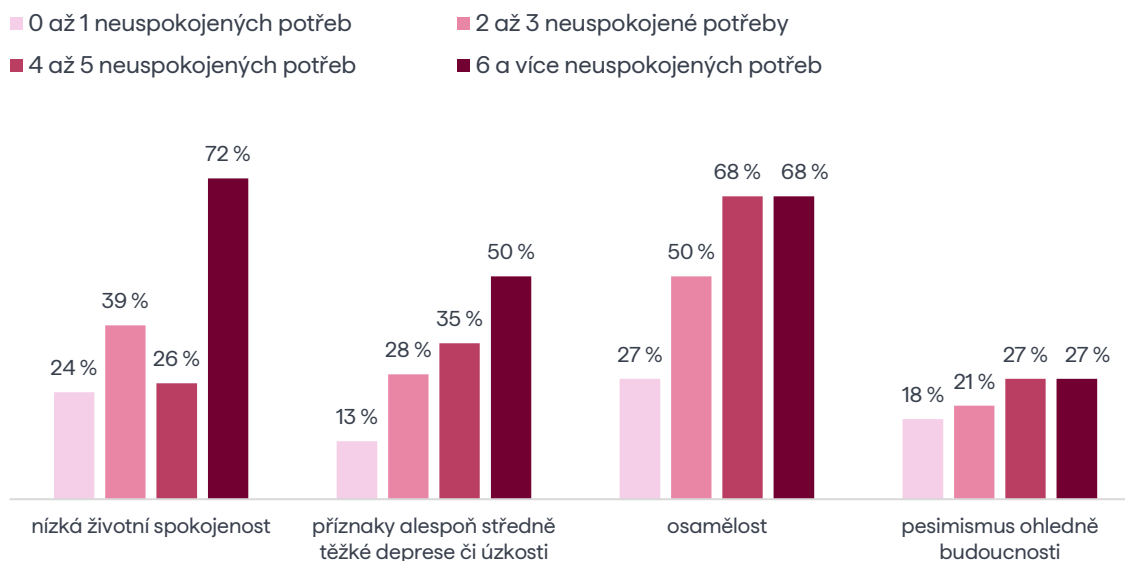
dokonce nižší než v běžné populaci (13 %), naopak je vykazuje polovina lidí, kteří se musí běžně omezovat alespoň v šesti a více ze zkoumaných potřeb. **To je přibližně třikrát více než v obecné dospělé populaci.**

Pokud mají příjemci péče běžně uspokojeny všechny či téměř všechny dotazované lidské potřeby, jsou výrazně optimističtější ohledně budoucnosti než lidé, kteří se musejí ve více potřebách omezovat (52 % je optimistických ohledně své budoucnosti ve srovnání s 25 % mezi těmi, kteří mají běžně neuspokojených šest a více potřeb). Příjemci péče, kterým se běžně daří uspokojovat (téměř) všechny zjišťované potřeby, jsou tak dokonce **mírně optimističtější ohledně budoucnosti než běžná populace dospělých.**

Životní spokojenost je také výrazně nižší u lidí, kteří narážejí na omezení v šesti a více potřebách (u 72 % nízká spokojenost) ve srovnání s příjemci péče, kteří mají uspokojeny všechny či téměř všechny potřeby (24 %).

Graf 13 Duševní zdraví i životní spokojenost prudce klesá, pokud jsou zanedbávány základní lidské potřeby

Duševní zdraví příjemců péče podle uspokojení potřeb (podíl respondentů)



Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 370 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let)

Znění otázky Metodika měření duševního zdraví (příznaky deprese a úzkosti) je popsána v Příloze 2. Počet neuspokojených potřeb je stanoven jako počet tělesných, sociálních a osobních potřeb, ve kterých respondent čelí velkým omezením (odpovědi „občas“ nebo „nikdy nebo skoro nikdy“ na otázku „Jak často u Vás platí následující věci? Odpovídejte prosím podle toho, jak se Vám daří celkově tyto potřeby zajišťovat – ať už s pomocí, nebo bez.“). Využity byly odpovědi ohledně 13 potřeb popsanych v kapitole 4. Uspokojení lidských potřeb. Konkrétní znění položek je uvedeno pod grafy 7 a 8.

8. Životní strategie: jak zvládat život s vysokou potřebou pomoci

Lidé s vysokou potřebou pomoci si vytvářejí různé strategie, které jim umožňují zvládat každodenní život. Příjemci péče a jejich pečující popsali celou řadu pozitivních strategií, ale zároveň platí, že **v pozadí se u řady osob odehrává aktivní potlačování či redukce vlastních potřeb**, na které upozornily předchozí kapitoly.

Základem jsou pro řadu příjemců péče **kvalitní rodinné vazby, protože rodina aktuálně tvoří páteř systému péče o osoby ve vysoké závislosti na pomoci**. Někteří se aktivně snaží své sociální vazby **rozšiřovat mimo rodinu**, aby mohli zajistit potřeby, které aktuálně nedostatečná a málo flexibilní terénní péče není schopna pokrýt. Pro některé je to také způsob, jak sejmout část břemene ze své rodiny a nenarušovat vzájemné vztahy péčí. Značnou pomocí pro ně jsou kvalitní terénní služby, ač si někdy asistenci musí pořizovat v komerčním sektoru.

Podstatnou pomocí jsou **zdravotnické a kompenzační pomůcky**, které rozšiřují možnosti samostatného pohybu a posilují nezávislost příjemců péče, a také celková úprava domácího prostředí. Někteří respondenti zmiňovali, že jim **pomáhá aktivní pohyb mimo domov** (plavání, cvičení, procházky, výlety nebo pobyt v přírodě), **volnočasové aktivity, možnost věnovat se svým zálibám, dostat se do společnosti a také střídat prostředí**. Tyto strategie však vyžadují dostatek finančních prostředků, nejsou tedy pro část lidí ve vysoké závislosti na pomoci aktuálně přístupné. Možnost realizovat tyto strategie naráží také na omezené kapacity terénních služeb.

Technický box 9

Metodologická poznámka ke kapitole Životní strategie

Tato kapitola vychází především ze spontánních odpovědí dotazovaných příjemců péče a jejich pečujících na otevřené otázky ohledně skutečností, které jim v životě nejvíce pomáhají, ale také činí obtíže. Výskyt těchto strategií tak není možné kvantifikovat a jejich přesná podoba i vzájemné kombinace jsou velmi individuální. Také zdaleka ne každý příjemce péče tyto strategie užívá (nemusí v jeho situaci a s jeho omezeními ani dostupné).

Někteří aktivně regulují a omezují své potřeby

U značné části lidí ve vysoké závislosti na péči se aktuálně **nedaří dostatečně uspokojovat ani základní životní potřeby** (fyzické, sociální a osobní). Kvůli značným zdravotním omezením typicky nemohou příjemci péče samostatně zabezpečit své potřeby. Jsou tak závislí na časové dostupnosti pečujících osob, která je zvláště nízká u těch, kteří musí spoléhat pouze na formální péči. Pečující osoba také nemusí být schopná či oprávněná poskytnout dostatečnou podporu, ať už z fyzických, či jiných důvodů (např. zvládnout s příjemcem péče pohyb venku, umístit ho v neznámém prostředí na WC, provést zdravotnický úkon). Problémy činí také prostorové bariéry ve veřejném prostoru i omezené možnosti dopravy.

Řada příjemců péče s těmito limity vědomě pracuje a organizuje své aktivity a potřeby během dne tak, aby je přizpůsobili dostupnosti péče. Některé potřeby dokonce aktivně regulují a omezují – zejména méně jedí a pijí, aby snížili frekvenci, s jakou potřebují na toaletu. Či nevyžadují tak časté koupání, aby nezatěžovali své pečující. Podrobněji se těmito strategiím věnuje kapitola *Uspokojení lidských potřeb*.

Nepostradatelnou pomůckou je pro většinu vozík. Důležitou roli hrají moderní elektronická zařízení

Zásadní pomůckou v životě lidí s vysokou potřebou péče je vozík (mechanický, elektrický). Velmi důležitou či důležitou pomoc představuje pro 85 % dotazovaných (graf 14). Vůbec ho nepoužívá 13 % respondentů – představuje tak nejrozšířenější pomůcku. V otevřených otázkách respondenti upřesnili, že kvůli omezené hybnosti rukou a pro větší flexibilitu je potřebný zvláště elektrický vozík (případně přídatný pohon k mechanickému vozíku). **Finanční problémy s pořízením elektrického vozíku tak mohou zásadně ovlivnit kvalitu života příjemce péče.** Naopak jen menšina (18 %) dotazovaných využívá pomůcky na chůzi jako chodítko, hole nebo berle.

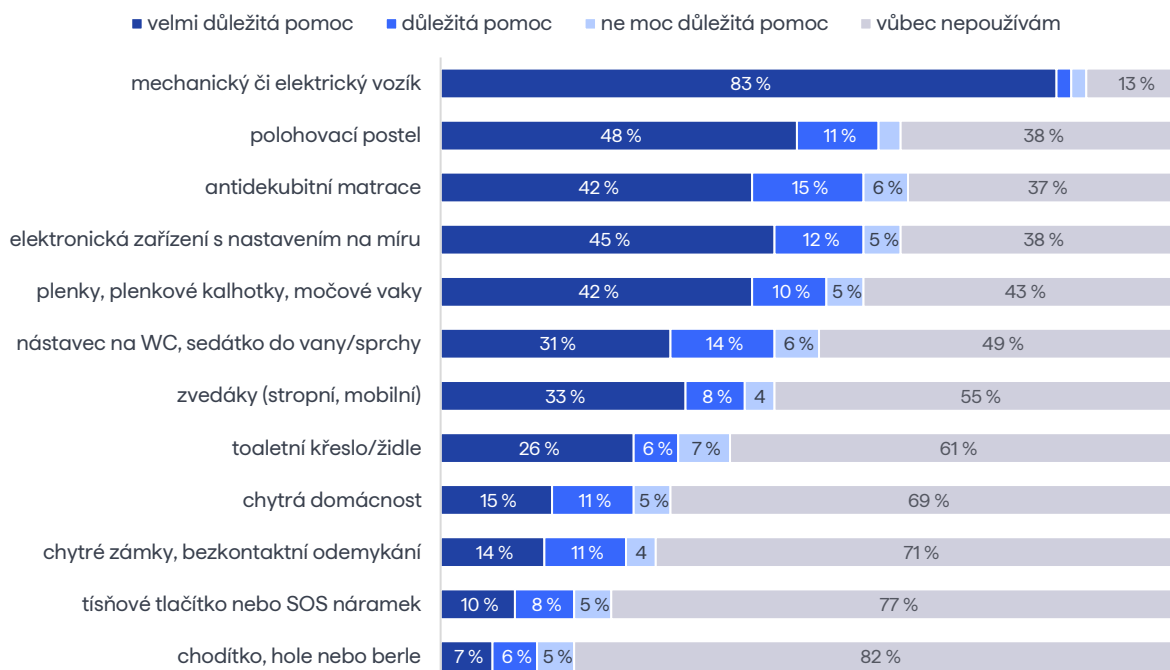
S odstupem v žebříčku významných pomůcek následuje polohovací postel, která představuje důležitou či velmi důležitou pomoc pro 59 % dotazovaných. Podobně jsou na tom plenky, plenkové kalhotky apod. (52 %). Bez těchto pomůcek funguje 38 %, resp. 43 % dotazovaných. Zvedáky jsou důležitou pomocí pro 41 % dotazovaných, více než polovina (55 %) je ale vůbec nepoužívá.

Vysoko v žebříčku důležitých pomůcek a zařízení jsou **elektronická zařízení** (například mobil, počítač) s nastavením či programy na míru (například ovládání hlasem). Důležitou či velmi důležitou pomocí jsou pro více než polovinu respondentů (57 %). Vůbec tato elektronická zařízení nepoužívá 38 % dotazovaných. Menší část dotazovaných používá chytré zámky (29 %), aplikace pro chytré ovládání domácnosti (31 %), tísňové tlačítko/SOS náramek (23 %).

V otevřených odpovědích na otázky ohledně toho, jaké pomůcky jim nejvíce pomáhají, zmiňovali respondenti také celkové přizpůsobení bydlení, aby v něm byly omezeny prostorové bariéry, a také další úpravy, které posilují samostatnost příjemce péče.

Graf 14 Vozík je pro osoby s vysokou potřebou péče naprosto klíčová pomůcka

Využívání a důležitost kompenzačních a zdravotnických pomůcek (podíl respondentů)



Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 368 respondentů (příjemců péče od 18 do 64 let)

Znění otázky Jak moc Vám ve Vašem životě pomáhají tyto pomůcky? **Poznámka** Znění položek pro přehlednost v grafu zkráceno.

Slovy respondentů

Nejvíce pomáhá... Kompenzační pomůcky, přizpůsobení domácnosti

- Je dost podstatné mít opravdu funkční vozík se vším polohováním včetně zdvihu sedačky, aby člověk dosáhl výše (kupodivu funkce pojišťovnou nehrazená). (příjemkyně péče, 23 let)
- Nenechat si dát nekvalitní invalidní vozík (malý, nevyvážený, těžký). Pokusit si dokoupit i úpravu vozíku dle svých potřeb, co nehradí pojišťovna, a zde opravdu nešetřit. (příjemce péče, 63 let)
- Pořídila jsem vozík s pohonem, takže můžeme víc chodit ven a nedřu se tolik. Ven můžeme i díky autu. (matka, 47 let, pečující o syna ve věku 19 let)
- Bezbariérově upravený byt a na míru vyrobený invalidní vozík. (příjemkyně péče, 50 let)
- Hlasové ovládání spotřebičů v domácnosti, hlasové ovládání telefonů, stropní zvedák, upravený vůz, nájezdová rampa do domu. Polohovací madla na vozíku, brzdy na madlech vozíku pro asistenty. (příjemce péče, 47 let)
- S dospělostí syna se pro nás stala nedostupná lázeňská rehabilitační péče hrazená ze zdravotního pojištění, která je přitom pro udržení zdravotního stavu syna nezbytná. Z finančních důvodů jsou pro nás nedostupné některé kompenzační pomůcky, které by nám usnadnily život (např. elektrický vozík). (matka, 56 let, pečující o syna ve věku 19 let)
- Všechny technické vymoženosti – stropní zvedací systém, toaletní židle, polohovací postel, elektrický vozík... (matka, 50 let, pečující o syna ve věku 18 let)

Velkou pomocí jsou služby sociální péče

Pro řadu respondentů jsou značnou pomocí služby sociální péče, ať už terénní, či ambulantní. Zvláště oceňují, když je možné **získat asistenta/asistentku k dlouhodobé spolupráci** a podaří se s nimi navázat dobrý vztah. Někteří ale musí sahat ke komerčním službám, protože dostupnou sociální službu nesehnali.

Slovy respondentů

Nejvíce pomáhá... Sociální služby

- Asistenti, odlehčovací služba, stacionáře. (matka, 52 let, pečující o syna ve věku 26 let)
- Zodpovědná, pracovitá, nápaditá a starostlivá asistence. (příjemce péče, 54 let)
- Mít fajn asistenta, se kterým jsme na stejné vlně. (příjemce péče, 59 let)
- Můj skvělý poskytovatel osobní asistence, milé asistentky, seberozvoj. (příjemkyně péče, 39 let)
- Skvělá asistentka, se kterou si rozumím. (příjemkyně péče, 24 let)
- Nejvíce pomáhá osobní asistence. Díky nim si můžu dovolit být doma. Byla jsem několik let v ústavech a je to pro mě velký rozdíl. Mít domácí péči, nebo ústavní. (příjemkyně péče, 47 let)
- Asi kvalitní asistence. Pracovat, vzdělávat se. Nezaměřovat se na sebe, ale na pomoc druhým. Šetřit rodinu, co to jde. (příjemkyně péče, 50 let)
- Také jsem moc ráda, že mohu využívat nejrůznějších sociálních služeb. Tím myslím osobní asistenci, sociální rehabilitaci a terapie podporující duševní stabilitu. (příjemkyně péče, 24 let)
- Pro mě je nejdůležitější pomoc asistenta při pohybu mimo domov, jejich doprovod na např. různé kulturní akce. (příjemce péče, 45 let)
- Využívám pečovatelku denně od 8:00 do 14:30, to mi hodně usnadňuje život. (příjemkyně péče, 50 let)
- Pomoc paní, která mi pomáhá jako komerční placená služba. (příjemce péče, 47 let)
- Využívání soukromých osobních asistentek, které jsou velmi nákladné (250 Kč/h), ale žádnou jinou asistenci jsem během posledních 5 let nesehnala. (matka, 47 let, pečující o dceru ve věku 18 let)

Zásadní podporou jsou sociální vazby a rodina. Na udržení a rozšiřování vztahů někteří aktivně pracují

Aktuální systém péče o osoby s vysokou potřebou pomoci je vysoce závislý na neformálních pečujících. Jedná se většinou o nejbližší rodinné příslušníky (typicky matky), ale zapojují se také přátelé, známí a dobrovolníci. Mnoho respondentů zmínilo, že klíčovou životní a psychickou oporou jsou v jejich situaci dobré vztahy s rodinou, protože jim dodávají jistotu, že na své obtíže nejsou sami a mají se na koho obrátit.

Důležitost rodiny je posílena tím, že terénní služby jsou aktuálně málo dostupné a pružné, aby vyhověly potřebám příjemců péče. Ačkoli je pomoc od terénních služeb vysoce ceněná,

příjemci péče a jejich pečující vnímají kapacitní i finanční bariéry jejího využívání. **Rodina a další sociální vazby pak stále fungují jako záruka, že o osobu s vysokou potřebou péče bude postaráno.** Příjemci péče si také často uvědomují, že péče je pro rodinu náročná a klíčové je, aby měli neformální pečující podporu v podobě formální péče.

Slovy respondentů

Nejvíce pomáhá... Rodinná péče a podpora

- To, že mám práci, plnohodnotný vztah, dobrý vztah s osobními asistenty a dobré rodinné vztahy. (příjemce péče, 43 let)
- Péče rodiny. (příjemkyně péče, 62 let)
- Pomoc rodiny a asistentů. (příjemce péče, 36 let)
- Nejvíce mi pomáhá manželka, děti, bratr. (příjemce péče, 57 let)
- Nejvíce pomáhá rodina. (příjemkyně péče, 30 let)
- Nejvíce mi vždy pomáhala rodina a neumím si představit, jak bych to zvládala za současné situace jen s pomocí osobní asistence. Kdy na osobní asistenci nemám dostatek financí a ani by mi nebyli schopni pokrýt tolik hodin asistence, kolik skutečně potřebuji. (příjemkyně péče, 32 let)
- Jsme malá rodina, já, táta a ségra, ale držíme při sobě. Potřebujeme pomoc ostatních lidí, asistentů, co by převzali péči o mou osobu a ulevili rodině, aby si mohla také odpočinout. (příjemkyně péče, 47 let)

Respondenti popisovali také **strategie aktivního budování a rozšiřování sítě sociálních vazeb mimo rodinu**, protože při nedostatku formální péče hraje zásadní roli. Například se snaží zůstat v kontaktu s lidmi, kteří jim v minulosti pomáhali v rámci terénních služeb, a využívají je jako neplacené dobrovolníky, ale také jako soukromě placené asistenty. Reagují tak často na nízkou flexibilitu terénních služeb, které obvykle není možné domluvit bez většího časového předstihu, případně jsou k dispozici jen ve specifické časy. Síť pomáhajících osob mimo rodinu pomáhá také tlumit dopad, který má péče na rodinné příslušníky, včetně negativního vlivu péče na vzájemné vztahy.

Slovy respondentů

Nejvíce pomáhá... Sociální vazby mimo rodinu

- Mít vlastní komunitu lidí, která je schopna pomoci. Mám partnerku, nicméně péče nám bere partnerský vztah. (příjemce péče, 29 let)
- Udržovat si široké pole dobrovolníků, byť placených. (příjemkyně péče, 52 let)
- Dobří kamarádi, kterým však nemohu jejich laskavost vrátit. (příjemce péče, 61 let)
- Hodně mi pomáhá, že mám vlastní kontakty mezi lidmi, kteří dříve asistovali a jsou mi ochotní nárazově asistovat. Mám tak jistotu, že nebudou mít problémy s žádnými úkony, které nutně potřebuji. (příjemce péče, 38 let)
- Našel jsem si asistenta, který je i můj kamarád. Rodiče mohou chodit do práce. (příjemce péče, 31 let)
- Využívám pomoc přátel k volnočasovým aktivitám. (příjemkyně péče, 47 let)

Pomáhá pohyb mimo domov, volnočasové aktivity, sociální kontakt i střídání prostředí

Příjemcům péče také dle jejich slov pomáhá pravidelný denní program a aktivní pohyb – ať už jde o plavání, cvičení, procházky, výlety, nebo pobyt v přírodě. Patří sem také věnování se koníčkům a kreativním činnostem. Pomáhá rovněž měnit prostředí a udržovat dostatek sociálních kontaktů mimo domov. Změna prostředí a možnost nebýt stále jen doma podporují jejich fyzickou kondici i psychickou pohodu.

Slovy respondentů

Nejvíce pomáhá... Volnočasové aktivity, sociální kontakty

- Odpočinek, procházky, čas s přáteli a blízkými... kreativní činnost, cvičení. (příjemkyně péče, 30 let)
- Zdravotně synovi pomáhají procházky, pohyb, člověk, který mu věnuje svou pozornost. (matka, 55 let, pečující o syna ve věku 34 let)
- Pokud je to trochu možné, tak sportovat nebo aspoň se nějak hýbat, nejlépe v kolektivu. (příjemce péče, 52 let)
- Mám ráda tvorbu a tanec na vozíku. (příjemkyně péče, 18 let)
- Dcera navštěvuje praktickou školu v místě bydliště, o prázdninách pak denní stacionář. Je společenská, takže toto jí rozšiřuje obzory a je se svými vrstevníky. O víkendech s rodiči pak rodinné návštěvy, aquaparky, kavárny apod. (matka, 50 let, pečující o dceru ve věku 29 let)
- Tábory a různé akce pro lidi s hendikepem. (matka, 53 let, pečující o syna ve věku 33 let)
- Když má dcera k sobě někoho, kdo se snaží s ní smysluplně trávit čas tak, aby to bavilo oba. Potřebuje mít přiměřený čas na činnost, zábavu, zároveň i na odpočinek. (matka, 51 let, pečující o dceru ve věku 20 let)
- Dceři pomáhá střídání prostředí – rodina, stacionář, respitní péče, kamarádi, společenské akce. Nejvíce jí vadí izolace. (otec, 58 let, pečující o dceru ve věku 32 let)
- Pomáhá mi kontakt s vrstevníky, akce, zážitky a když můžu být užitečná. (příjemkyně péče, 35 let)
- Nenechte se zavřít doma. Mějte kontakt s lidmi. (příjemkyně péče, 44 let)
- Moc rád chodím mezi lidi a tam potřebuji, aby mě někdo odvezl. (příjemce péče, 34 let)
- Nebýt jen doma zavřený mezi čtyřmi stěnami a pouze s matkou, rád poznávám nové lidi a jsem rád, když se někam podívám. (příjemce péče, 35 let)

Řadu adaptačních strategií ale otevírá až finanční svoboda

Respondenti také sami reflektovali, že **řadu strategií otevírá až dostatek financí**, které jim umožňují zajistit dostatek formální péče, pořídit potřebné pomůcky a věnovat se volnočasovým aktivitám. Ve výzkumném souboru takoví jsou, ale **dostatek financí zdaleka není pravidlem**.

Slovy respondentů

Nejvíce pomáhá... Finanční svoboda

- Nejvíce nám pomáhá, že jsme finančně zajištěni, a to nám dává svobodu. (matka, 60 let, pečující o syna ve věku 24 let)
- Peníze a možnost si koupit věc, kterou potřebuji, resp. vím o ní bez zbytečného obcházení doktorů a úřadů kvůli razítku. (příjemce péče, 49 let)
- Mám zatím dostatečné finanční zázemí a rodinné zázemí. Finance mám díky mamince, která pracuje i v důchodu (...). Můžu si dovolit využívat asistenci na volnočasové aktivity a doprovázejí mě v docela praktických činnostech na úřady, na servis vozíku, do různých stacionářů, do terapeutických dílen apod. (příjemce péče, 40 let)

9 Neformální pečující: životní podmínky „druhé strany“

Ve výzkumu bylo kromě 370 příjemců péče dotázáno také 258 jejich neformálních pečujících žijících ve stejné domácnosti. Následující kapitola se věnuje především tomu, v jakém rozsahu péči poskytují a jak se péče promítá do jejich života.

Neformální péči zajišťují většinou ženy (80 % neformálních pečujících ve výzkumném souboru), většina (72 %) má 50 a více let. Čtyři z deseti nemají k sobě dalšího neformálního pečujícího a zásadním faktorem při poskytování péče je tak nezastupitelnost pečujícího. Drtivá většina poskytuje péči každý den, více než polovina pečuje nepřetržitě během dne, ostatní většinu dne či jen v některých situacích.

Ve výzkumném souboru přibližně každý třetí pečující v ekonomicky produktivním věku (do 64 let) ukončil či přerušil pracovní aktivitu z důvodu poskytování péče. Dopad na pracovní aktivitu je však ještě vyšší, protože část pečujících pracuje na zkrácený úvazek.

Pro přibližně tři čtvrtiny je péče psychicky a fyzicky vyčerpávající. Více než každý druhý pečující cítí dopady péče na své zdraví. Zhoršené duševní zdraví (příznaky alespoň středně těžké deprese či úzkosti) je téměř trojnásobně častější ve srovnání s celou obecnou populací dospělých, nižší je také životní spokojenost. Velké obavy mají z toho, co bude následovat, až sami nebudou schopní péči zajistit. Převážná většina by si přála mít s péčí větší pomoc: 89 % by chtělo více podpory v přímé péči, než má nyní.

Převážná většina hlavních neformálních pečujících jsou ženy nad 50 let. Obvykle se starají matky o své děti

Pečujícími osobami jsou především ženy. Ty tvoří 80 % osob, které vyplnily dotazník pro neformální pečující. Tento dotazník byl určen především pro hlavní pečující o osobu vysoce závislou na pomoci druhých, ale vyplnit ho mohli i další pečující (pouze pět dotazovaných ve výzkumném souboru jsou však v roli vedlejšího pečujícího). Nejčastěji jsou pečující ve věku 50 až 59 let (45 %). Přibližně čtvrtina je mladší než 50 let (28 %) a čtvrtina (27 %) má 60 a více let.

Hlavní neformální pečující jsou **obvykle matky či otcové příjemců péče, ti představují většinu hlavních pečujících (62 %) ve výzkumném souboru.** Třetina (33 %) se stará o své partnery/partnerky. Kvůli věkovému omezení cílové skupiny příjemců péče (do 64 let) se jen menšina hlavních pečujících ve výzkumu stará o své rodiče (3 %). Zbývající 2 % pečujících jsou jiní příbuzní či nepříbuzné osoby.

Čtyři z deseti nemají oporu v žádném dalším neformálním pečujícím

Čtyři z deseti (42 %) jsou jediným neformálním pečujícím. To znamená, že neexistuje další neformální pečující, který by jim mohl pomoci. Pokud nemají podporu sociálních služeb, nesou pak břímě péče úplně sami. Ve výzkumném souboru je na tom takto jedna pětina pečujících (22 %), ale vzhledem k pravděpodobnému nadhodnocení uživatelů sociálních služeb je možné mezi všemi neformálními pečujícími v České republice očekávat vyšší podíl těch, kteří jsou na péči zcela sami. Většina neformálních pečujících (79 %) se o příjemce péče stará 10 a více let. Čtvrtina (25 %) dokonce 30 a více let.

Slovy respondentů

O nezastupitelnosti pečujících

- I když jsem nemocná, nemá mě kdo vystřídat na několik dnů nebo týdnů, než se uzdravím. (...) Podotýkám, že osobní asistenci čerpám pouze za účelem mé návštěvy lékaře nebo zařizování na úradech, NIKDY na odpočinek nebo výlety. (matka, 53 let, pečující o syna ve věku 26 let)
- Únava, nemožnost si odpočinout, nutnost pečovat o manželku, i když mi není dobře, jsem nemocný apod. Nemáme žádné příbuzné, kteří by byli blízko a byli nám ochotni pomoci. Na všechno jsem sám. (partner, 42 let, pečující o partnerku ve věku 45 let)
- (Největší obtíže dělá...) Tíha odpovědnosti v poskytování péče např. v době nemoci bez možného rychlého zástupu. (žena, 24 let, pečující o příbuznou ve věku 51 let)
- Nejobtížnější pro mě je, že často je potřeba pečovat i přes únavu, někdy přes úplné vyčerpání. Nejednou jsem se o dceru starala při teplotě, jednou dokonce se zápalem plic. (matka, 55 let, pečující o dceru ve věku 26 let)
- Nezastupitelnost, nemůžu se na nikoho spolehnout, že poskytne adekvátní potřebnou péči v potřebném rozsahu a s ohledem na vyprazdňování. (matka, 59 let, pečující o dceru ve věku 36 let)
- Nemožnost se s někým vyměnit a odpočinout si. (matka, 52 let, pečující o syna ve věku 25 let)

Více než polovina poskytuje nepřetržitý dohled během dne

Drtivá většina pečujících poskytuje péči každý den nebo téměř každý den v týdnu (94 %). Většina ostatních pak péči poskytuje několik dní v týdnu, menší intenzita je zcela výjimečná. **Často během dne poskytují nepřetržitou péči či dohled, tj. jsou stále k dispozici** – platí to pro více než polovinu neformálních pečujících (56 %). Necelá třetina poskytuje péči většinu dne (30 %). Pouze přibližně desetina (14 %) poskytuje péči jen občas během dne, v určitých situacích.

Nepřetržitou péči poskytují zejména lidé, kteří se starají o osoby ve IV. stupni závislosti (79 %), o osoby ve věku 18 až 30 let (70 %) a s těžšími omezeními (70 %). **Více než dvě pětiny respondentů (42 %) poskytují péči v rozsahu minimálně 80 hodin týdně,** tedy v průměru více než 11 hodin denně. To odpovídá minimálně dvěma běžným pracovním týdnům

v sedmi dnech. Nejde přitom jen o aktuální zajištění péče, ale také o její neustálé plánování a vědomí, že péče je jejich zodpovědnost a příjemce péče na nich závisí.

Slovy respondentů

O časové náročnosti péče a nutnosti být neustále k dispozici

- (Největší obtíže dělá...) Nonstop péče, na kterou jsem sama. Za 18 let jsem neměla odpočinek delší než 3 dny. Veškerý čas i dovolenou trávím se synem, o kterého pečuji. Dochází mi síly. Jsem vyhořelá. Začínají i fyzické potíže.
(matka, 58 let, pečující o syna ve věku 18 let)
- Za skoro 40 let jsem si už zvykla na vše. Péče jako taková (oblékání, toaleta, koupání atd.) mi vlastně nedělá žádné potíže a nevadí mi. Nejvíce mi vadí málo mé svobody, volnosti a rozhodovat se jen sama za sebe. Užívat si důchod. Cestovat. Stále musím být po ruce.
(matka, 64 let, pečující o dceru ve věku 39 let)
- (Největší obtíže dělá...) Neustálá přítomnost. Syn nemůže být dlouho sám.
(otec, 78 let, pečující o syna ve věku 47 let)
- (Největší obtíže dělá...) Být k dispozici 24 hodin denně.
(matka, 52 let, pečující o dceru ve věku 20 let)
- Že je péče nekončící a bez oddechu. Být stále k dispozici a myslet na vše.
(matka, 74 let, pečující o syna ve věku 30 let)
- Nemožnost si odpočinout na několik dní v kuse. Jsem k dispozici 24/7.
(matka, 53 let, pečující o syna ve věku 27 let)

Každý třetí pečující v produktivním věku není kvůli péči pracovně aktivní. Celkové dopady na pracovní aktivitu jsou ještě rozsáhlejší

Více než polovina (56 %) neformálních pečujících v ekonomicky produktivním věku (do 64 let) je v současnosti nepracujících. V obecné populaci od 18 do 64 let je přitom nepracujících 22 %, tedy pouze necelá čtvrtina (Český statistický úřad, 2025e). Těsně před tím, než začali poskytovat péči (v aktuálním stupni závislosti), však většinou pracovali (79 %). Pokud se tak zaměříme jen na pečující, kteří jsou v současnosti ještě v ekonomicky produktivním věku, došlo u 35 % z nich v průběhu péče k ukončení pracovní aktivity.

Tento dopad na pracovní aktivitu je proporčně vyšší u žen ve srovnání s muži. Mezi pečujícími ženami v produktivním věku je pracovně aktivních 41 % (v obecné populaci v produktivním věku 71 %), mezi muži je to 55 % (v obecné populaci v produktivním věku je to 85 %).

Dopad na pracovní aktivitu je však rozsáhlejší, protože zahrnuje i její částečné utlumení a týká se také lidí v důchodovém věku, kteří by si jinak mohli přivydělávat. **Téměř dvě třetiny pečujících (61 %) dle svých slov kvůli poskytování péče nepracují nebo pracují na menší úvazek.** Podobné procento lidí (56 %) kvůli péči v minulosti odmítlo kariérní postup, zvýšení úvazku či rozšíření pracovních povinností. I z tohoto pohledu se **péče více odrazila na pracovní aktivitě žen.** Celkově dvě třetiny žen (64 %) uvedly, že kvůli poskytování péče pracují na menší úvazek nebo nepracují vůbec, mezi muži je to 47 %.

Tři ze čtyř pečujících péče psychicky a fyzicky vyčerpává a nezbývá jim čas na odpočinek. Více než polovina cítí negativní dopady na zdraví

Neformální péče je velice časově náročná – průměrný pečující se stará 10 až 11 hodin denně. Nutnost zajišťovat opakovaně širokou škálu fyzických a dalších potřeb, poskytovat často neustálý dohled a být zodpovědný/á za péči a její plánování vede k **velké fyzické i psychické náročnosti péče**.

Většina pečujících vnímá, že péče se projevuje na jejich zdraví, financích, práci a osobním životě (graf 15). Převážná většina se nemůže kvůli poskytování péče vzdalit a cestovat (78 %). **Téměř třem čtvrtinám (72 %) nezbývá kvůli poskytování péče dost času na sebe, přibližně dvěma třetinám (62 %) nezbývá dost času na další členy rodiny.** Pro tři čtvrtiny pečujících (74 %) je péče psychicky vyčerpávající. Podobně často (70 %) vnímají péči jako fyzicky vyčerpávající. **Více než polovina pečujících (56 %) pociťuje negativní dopady péče na své zdraví.** Přibližně polovina pečujících (55 %) vnímá, že péče finančně zatěžuje domácnost.

Respondenti popisovali, že kvůli nepřetržité péči nemají prostor na odpočinek, trpí nedostatkem spánku a jen zřídka se mohou věnovat svým zájmům, přátelům či si vzít dovolenou. To vše vede k částečné sociální izolaci a pocitu, že z velké části žijí spíše život pečované osoby. Velkým problémem je také najít za sebe zastoupení, a někteří pečující jsou tak nuceni pečovat i tehdy, když jsou sami nemocní nebo vyčerpaní. **Často popisují pocity beznaděje a stresu z toho, že na vše zůstávají sami,** a zároveň vnímají, že sociální služby jsou pro jejich potřeby nedostatečné nebo nevyhovující. Pokud mají partnera nebo jim při péči pomáhá jiná blízká osoba, mohou se v péči alespoň střídat, ale velká část pečujících tuto možnost nemá a nesou tíhu péče výhradně sami.

Slovy respondentů

O fyzické, psychické a finanční zátěži

- Minimální možnost odpočinku. (matka, 66 let, pečující o syna ve věku 39 let)
- (Největší obtíže dělá...) Zvládat psychické velety a zvyšující se tělesné nároky na manipulaci s dcerou. (matka, 49 let, pečující o dceru ve věku 19 let)
- (Největší obtíže dělá...) Psychicky vše ustát, když je kluk v nepohodě a jde do záchvatu agrese (matka, 59 let, pečující o syna ve věku 26 let)
- Fyzicky je obtížné zvládat úkony ve spěchu, který aktivní život obnáší. Dlouhodobě je to ale náročné především psychicky (čekat jakoby stále na příkazy, nemoci si jen tak vyjít s kamarády ven, omlouvat pozdní příchody v práci, když selže asistence atd.). (matka, 47 let, pečující o dceru ve věku 23 let)
- Nežijeme svůj život. Jen vše kolem dcery a práce. lékaři, terapie, věnování se dceři, když je doma – když není zrovna v denním stacionáři. Víkendy trávíme výlety, které zajímají dceru – aby rodiče měli klid. Psychika – častý křik, občas agrese, deprese, pláč dcery. (otec pečující o dceru ve věku 40 let)
- Je to nikdy nekončící práce. Přijdu z práce (tam, kde mě platí) a pokračuji prací (péčí) doma zadarmo. Fyzická náročnost, kompenzačních pomůcek není dostatek a zvedat 85 kg s mými 55 kg je náročné a finančně dostupná fyzioterapie není. Taky to, že když jedeme na dovolenou, není to pro mě dovolená, ale větší práce než doma (kde je nás na péči víc). (partnerka, 27 let, pečující o partnerku ve věku 33 let)
- Vzhledem k mému předdůchodovému věku ubývá fyzických sil. Péči poskytují už 18 let, takže neustálá únava – z řešení přibývajících synových zdravotních problémů, přibývajících pokynů a úkonů, někdy nevyspání podle toho, kolikrát v noci polohuji. Málo času pro sebe a svůj život. (matka, 61 let, pečující o syna ve věku 28 let)
- Ubývá mi fyzických sil, nemám skoro žádný čas na odpočinek a svoje aktivity. Většinu dne musím přizpůsobit zvládnutí péče o syna a domácnost. (matka, 55 let, pečující o syna ve věku 27 let)
- Cítím, že po mých zdravotních komplikacích a zároveň věkem ubývají fyzické i psychické síly. (matka, 47 let, pečující o dceru ve věku 23 let)
- Nejtěžší byla ztráta možnosti pracovat a bojovat s finanční nejistotou celá léta. S věkem rostou i obavy, jestli zvládnou péči o dceru fyzicky, ale i psychicky, protože mívá nepředvídatelné psychotické záchvaty. Nemožnost se vyspat nebo si odpočinout. V čase, když je dcera ve stacionáři, se snažím pracovat – různé brigády – a tak vylepšit napjatý rozpočet. (matka, 71 let, pečující o dceru ve věku 37 let)

Dopady péče na život pečujícího jsou tím silnější, čím intenzivnější podporu poskytují.

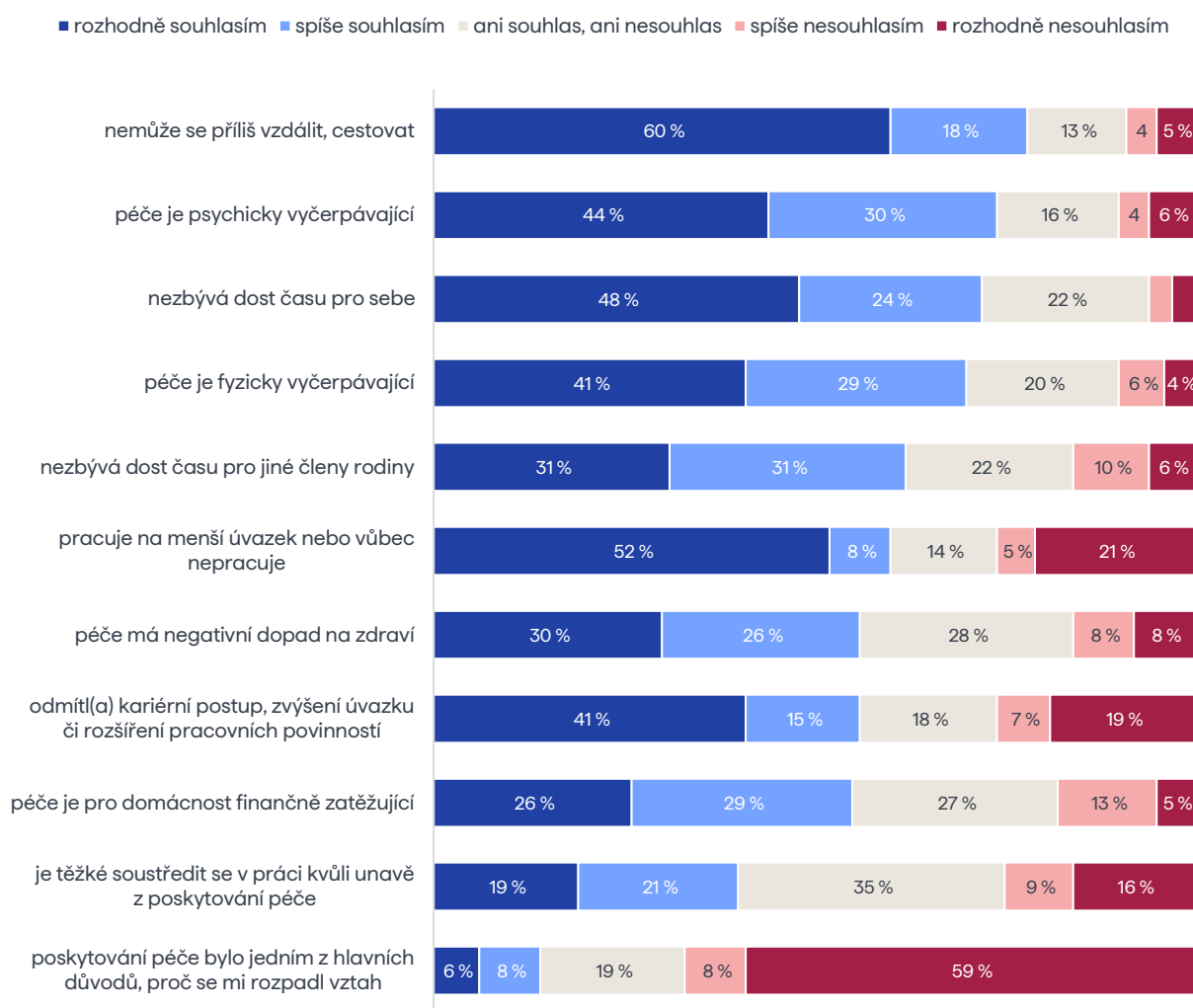
Například péče je psychicky vyčerpávající pro 84 % lidí poskytujících nepřetržitou péči a pro 44 % těch, kteří poskytují pomoc jen občas během dne. Větší zátěž tak vnímají lidé, kteří se starají o lidi s těžkým omezením, pečující o osoby ve IV. stupni ve srovnání se III. stupněm a o mladší osoby (které mají často vyšší potřebu péče). **Dopad péče vnímají silněji ženy,** zejména v oblasti dostatečného času pro sebe a další členy rodiny a také psychické zátěže. **Péče fyzicky vyčerpává především nejstarší pečující ve věku 61 a více let (85 %).**

Pečující, kterým pomáhají sociální služby (ať už terénní, nebo ambulantní), se cítí více zatíženi péčí napříč všemi zjišťovanými oblastmi. Zde je nutné připomenout, že tito pečující

se typicky starají o osoby se závažnějším postižením a potřebou nepřetržité péče. Nasvědčuje to, že **současná pomoc od sociálních služeb neznamená výrazné sejmutí tíže z pečujících, ale dává jen nutnou podporu, aby pečující mohli sami dlouhodobě péči zajišťovat.**

Graf 15 Neformální pečující jsou výrazně omezeni v mnoha aspektech běžného života – nemohou se příliš vzdálit, péče je pro ně psychicky i fyzicky vyčerpávající a mnoho dalšího

Dopady péče na život neformálních pečujících (podíl respondentů)



Poznámka Znění vybraných položek bylo pro přehlednost v grafu zkráceno.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 258 respondentů (neformálních pečujících ve věku 18 a více let)

Znění otázky Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s těmito výroky?

Slovy respondentů

O dopadech péče na osobní a partnerský život

- Ztráta vlastního soukromého života, není čas na děti, na nic, (...) obrovská snaha udržet zaměstnání na volné noze (mám vlastně dvě práce) bez odpočinku. (partnerka, 48 let, pečující o partnera ve věku 46 let)
- Nedostatek osobního volna, nulový vlastní život, sociální vyloučení, nemožnost věnovat se sobě / svým koníčkům / vzdělávání (postupná degenerace mozku i těla). (partnerka, 39 let, pečující o partnera ve věku 42 let)
- Nemožnost jet na dovolenou spolu s manželem, jelikož vždy musí být někdo doma s dcerou. (matka, 73 let, pečující o dceru ve věku 44 let)
- Naučit se žít s tím, že to, co si naplánuji, se může během minuty změnit. Neustále jsem na příjmu, dceřin stav (epilepsie) se mění během dne. Nemáme s manželem moc možnost trávit čas spolu, protože když si chci odpočinout, manžel mě zastupuje v péči. (matka, 48 let, pečující o dceru ve věku 22 let)
- Stereotypnost péče, sociální izolace, nedostatek času pro moji osobu. (matka, 44 let, pečující o syna ve věku 18 let)
- Málo času pro sebe a svůj život. (matka, 61 let, pečující o syna ve věku 28 let)

Pečující vnímají také pozitiva, především při péči o mladší osoby

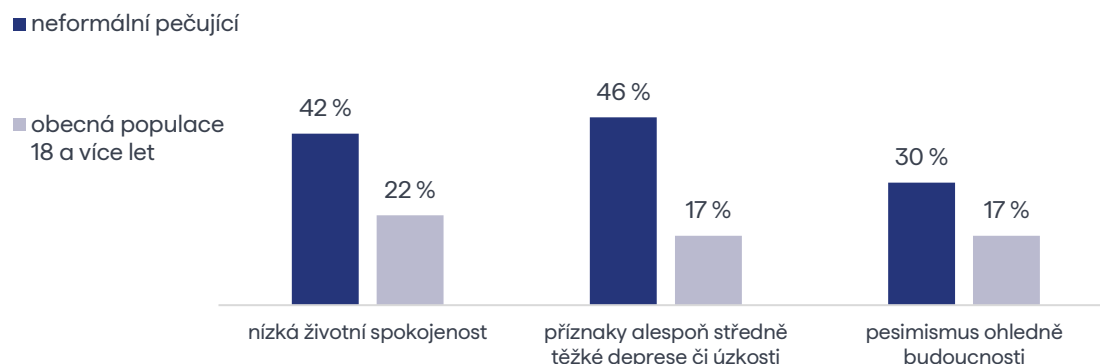
Zároveň však pečující vidí i pozitivní stránku věci – vnímají smysluplnost a pozitivní dopady péče. Pocit smysluplnosti a naplnění mají díky péči dvě třetiny pečujících (68 %). Dvěma třetinám (67 %) prohloubila péče vztah s pečovanou osobou, podobně často vnímají pečující vnitřní obohacení a změnu hodnot (72 %). Pro téměř polovinu (46 %) znamenala péče osobní růst a příležitost k získání nových dovedností. Pro více než polovinu (60 %) znamenala posílení rodinných vazeb. **Tato pozitiva jsou vnímána především při péči o mladší osoby do 30 let** ve srovnání s péčí o osoby od 40 do 64 let.

Neformální pečující jsou méně spokojeni se životem, zhoršené duševní zdraví má téměř trojnásobek ve srovnání s obecnou populací

Snížená životní spokojenost se objevuje jak u příjemců péče, tak u jejich neformálních pečujících (graf 16). Velmi spokojená je se životem desetina (12 %) pečujících (dvě nejvyšší známky na stupni od 0 do 10), v celé obecné populaci dospělých (ve věku 18 a více let) je to ale 30 % (Sociologický ústav AV ČR, 2025). Naopak nízká životní spokojenost (známky 0 až 5) se objevuje u 42 % neformálních pečujících – téměř dvojnásobně oproti obecné dospělé populaci (22 %). **Příznaky alespoň středně těžké deprese či úzkosti vykazuje 46 % neformálních pečujících. To je téměř třikrát více než v obecné populaci dospělých (17 %) (PAQ Research, 2025).**

Graf 16 Neformální pečující mají téměř trojnásobné riziko zhoršeného duševního zdraví oproti běžné populaci.

Duševní zdraví u neformálních pečujících (podíl výskytu)



Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 258 respondentů (neformálních pečujících ve věku 18 a více let)

Znění otázky Metodika srovnávacích ukazatelů je popsána v Příloze 2

Horší duševní zdraví se u pečujících osob projevuje nezávisle na věku. O něco hůře jsou na tom ženy ve srovnání s muži (48 % vs. 36 %) – tento rozdíl však není možné přičítat jednoduše vyšší zátěži žen péčí. Častější výskyt duševních potíží u žen se objevuje i v celkové obecné populaci dospělých. **Duševní zdraví je horší u osob, které poskytují nepřetržitou péči** (50 % vykazuje příznaky alespoň středně těžké deprese či úzkosti) ve srovnání s těmi, kteří péči poskytují jen občas během dne, v určitých situacích (30 %). Neliší se tolik podle stupně závislosti příjemce péče, ale **zhoršuje se s komplikovaností diagnózy**. Podobné vztahy se objevují u životní spokojenosti.

Pečující jsou také méně optimističtí ohledně budoucnosti než běžná populace dospělých. S výrokem „Co se týče mé budoucnosti, jsem vždy optimistický(á),“ souhlasí 34 % pečujících. V obecné populaci dospělých je to 45 % (European Social Survey 2012). Naopak nesouhlasí 30 % pečujících ve srovnání se 17 % v celé populaci.

Respondenti spontánně popisovali „**nekonečný**“ **charakter péče, od které si nelze odpočinout, je stále stejná a působí tak ubíjejícím způsobem**. Psychický tlak prohlubuje skutečnost, že péči je nutné poskytovat i navzdory nemoci či vyčerpání a často neexistuje náhradní řešení. K tomu se přidává pomyšlení, že stav opečovávané osoby se reálně bude spíše zhoršovat (i kvůli tomu, že se nedaří zajistit adekvátní péči). U některých pečujících vedou tyto životní podmínky k pocitům bezmoci a zoufalství.

Slovy respondentů O duševním prožívání situace

- (Největší obtíže dělá...) Nepřetržitá, stále stejná, nikdy nekončící péče. (matka, 48 let, pečující o syna ve věku 21 let)
- Nekonečno – nikdy nekončící péče každý den v nemoci i ve zdraví, se vši silou i bez ní, s penězi i bez nich. Každý den... (matka, 39 let, pečující o syna ve věku 18 let)
- Nekonečná pomoc bez možnosti zlepšení situace, obava o vlastní zdraví a následně o nás oba, když nebudu moci poskytovat péči. (partner, 72 let, pečující o partnerku ve věku 52 let)
- Pocit nejistoty, obavy z budoucnosti, vše je na mně, nesmím onemocnět. (partnerka, 50 let, pečující o partnera ve věku 50 let)
- Stres a tlak, že jsem na vše sám. (partner, 38 let, pečující o partnerku ve věku 40 let)
- Fyzická a psychická zátěž, bezmoc. Síly ubývají. Nemožnost se s někým vyměnit a odpočinout si. (matka, 52 let, pečující o syna ve věku 25 let)
- Nedostatek svobody, musím se postarat, i když jsem sama nemocná. (matka, 53 let, pečující o syna ve věku 33 let)
- Občasné naprosté vyčerpání, vyhoření, zoufalství ve vyhrocených situacích, beznaděj a strach z budoucnosti. (matka, 50 let, pečující o syna ve věku 20 let)
- V současné chvíli pro syna služby osobní asistence dostupné nejsou. Já – čím jsem starší – mám méně sil a více vlastních zdravotních komplikací. Nejobtížnější jsou pro mě situace, když má syn strach z nejistoty v budoucnosti. Pak jsem z toho psychicky špatná i já. (matka, 70 let, pečující o syna ve věku 40 let)

Bojí se, že péči jednou sami nezvládnou. A toho, co se s opečovávanou osobou poté stane

Neformální pečující v otevřených odpovědích často zmiňovali obavy o **svůj zdravotní stav a možné vyčerpání, které by ohrozily jejich schopnost nadále poskytovat péči**. Péče je pro ně dlouhodobě fyzicky a psychicky velmi náročná a s přibývajícím věkem mají strach, že ji už nebudou schopni zvládat. Dále je trápí otázka, co se stane s opečovávanou osobou v případě, že zemřou nebo už péči nebudou zvládat. Často si představují, že jejich dítě či blízká osoba by museli být umístěni do pobytové služby, kde nemají jistotu, že jim bude zajištěna důstojná a kvalitní péče. Někteří se zároveň obávají, že odpovědnost za péči by se přenesla na sourozence postiženého. Tyto obavy vedou k pocitům beznaděje a mnozí se proto snaží o budoucnosti raději moc nepřemýšlet.

Slovy respondentů

O obavách z budoucnosti

- (Nejvíce se obávám...) Totálního fyzického a psychického vyčerpání, zhoršení zdravotního stavu. (muž, 39 let, pečující o partnerku ve věku 32 let)
- Obávám se, že brzo nebudu zvládat péči o syna kvůli zdravotním problémům, které už teď pociťuji. Mám velký stres z toho, že není dostatek kvalitních zařízení, kde by mohl žít, až já nebudu péči o něho zvládat. (matka, 53 let, pečující o syna ve věku 26 let)
- Obávám se, že se služby dostatečně rychle a kvalitně nerozvíjí, tedy se jednou budu rozhodovat, kam syna „umístit“, a budu hledat jen menší zlo. Bojím se chvíle, kdy se budu rozhodovat, že už nemůžu. (matka, 46 let, pečující o syna ve věku 20 let)
- Co bude, až to nebudeme s manželem zvládat... Nechceme odpovědnost přenášet na dceru, přejeme si, aby měla vlastní život a na život svého postiženého bratra jen „dohlížela“. (matka, 53 let, pečující o syna ve věku 23 let)
- Nejvíce mě trápí, co bude se synem až nebudu moci pečovat, kam se přestěhuje a kdo o něj a jak bude pečovat. (matka, 57 let, pečující o syna ve věku 26 let)
- Nejasná budoucnost – co se synem bude? (matka, 44 let, pečující o syna ve věku 18 let)
- Kdo se postará o dceru tak kvalitně jako já, až já nebudu moci? (matka, 75 let, pečující o dceru ve věku 34 let)
- Jak zajistit, aby moje dcera po mé smrti byla dostatečně finančně zajištěna; jak zajistit tuto fungující péči přinejmenším ve stejném rozsahu, jako nyní, a to nejen finančně, ale i institucionálně. (muž, 72 let, pečující o dceru ve věku 32 let)
- Bojím se velké nejistoty z budoucnosti celé naší rodiny. Osobní asistence nefunguje, tak aby nás s manželem mohla plnohodnotně nahradit a synové se mohli zcela osamostatnit a dál žít ve svém domově. Stárneme a není, kdo by nám pomohl. (...) Snažím se na to moc nemyslet, ale víme, že přijde doba, kdy toto budeme muset řešit. A ta velká nejistota opravdu na psychice nepřidává. Když nad tím víc přemýšlím, doslova mě to psychicky vyčerpává a jenom bych plakala, protože ta situace a beznaděj uvádí člověka jen do zoufalství. Tak se to snažím každodenně nevzdávat a věřit. (matka, 59 let, pečující o syna ve věku 33 let)

Převážná většina by chtěla více pomoci a podpory při péči

Od neformálních pečujících bylo ve výzkumu také zjišťováno, jaké formy pomoci či podpory při jejich péči by chtěli ve větší míře, než je mají nyní. Ačkoli menší část pečujících je s aktuálním stavem spokojená či vůbec nepotřebuje určitý typ pomoci/podpory, zejména přímou pomoc s péčí by potřebovala posílit převážná většina pečujících. **Aktuálně by více pomoci s přímou péčí potřebovalo 89 % pečujících** (do přímé péče řadíme dohled během dne a noci, zajištění hygieny a toalety, zajištění stravování a pitného režimu, péče o domácnost, pohybová terapie a cvičení, volnočasové aktivity). **Přibližně dvě třetiny (64 %) pečujících by chtěly mít více pomoci s dohledem nad pečovaným během dne.** Třetina (36 %) by dokonce chtěla výrazně více pomoci, než má nyní (graf 17). Tři čtvrtiny (76 %) by chtěly více pomoci v oblasti pohybové terapie či fyzických cvičení (43 % dotázaných dokonce výrazně více pomoci v této oblasti).

Polovina (53 %) by uvítala více pomoci při vyplňování volného času pečovaného (povídání, čtení, hraní her, volnočasové aktivity jako hraní na nástroj). Čtvrtina (26 %) respondentů by toto potřebovala dokonce výrazně více posílit. **Kolem poloviny pečujících (46 až 60 %) by potřebovali více pomoci s běžnými aktivitami péče:** zajištění stravování a pitného režimu, zajištění osobní hygieny, péče o domácnost (jako úklid, vaření).

Ve spontánních odpovědích respondenti upřesňovali, že by jim péči usnadnilo, kdyby mohli (více) využívat sociální služby, a to terénní i ambulantní. **Naléhavě vyznívala především potřeba zajistit tyto služby pro nečekané situace** (jako nemoc pečujícího), které musí aktuálně řada pečujících složitě překonávat vlastními silami. Část zmiňovala, že v jejich situaci by jim pomohly především dostupné odlehčovací služby, které by jim dovolily například jednou či dvakrát ročně si od péče odpočinout.

Slovy respondentů

Nejvíce by pomohlo... O potřebě větší podpory

- Asistent na pár hodin denně, alespoň jednou týdně asistent na noc, poradenství ohledně příspěvků, psychická podpora. (matka, 47 let, pečující o syna ve věku 18 let)
- Zajištění osobní asistence/dohledu v odpoledních hodinách a v noci. Fyzioterapie. (muž, 39 let, pečující o partnerku ve věku 32 let)
- Pomohla by mi možnost objednávat asistence na pár dní dopředu, možnost reagovat na spontánní příležitosti. Možnost nějakého výběru asistenta na noční asistence. (žena, 31 let, pečující o partnera ve věku 38 let)
- Osobní asistence v případě náhlé nemoci, vypnutí mě nebo manžela. (matka, 52 let, pečující o dceru ve věku 20 let)
- Asistence na volný čas. Odlehčovací služba na odpočinek, dovolenou. (matka, 58 let, pečující o syna ve věku 18 let)
- Mít víc peněz na pomocné asistenty a najít nějakého asistenta s větší fyzickou silou, aby mohl syna brát na vycházky. (matka, 47 let, pečující o syna ve věku 19 let)
- Občasné odlehčovací pobyty. (matka, 57 let, pečující o syna ve věku 29 let)
- Dostupnost odlehčovací služby s rehabilitací a zajištěným nočním dozorem včetně zdravotní péče. Případně možnost chráněného bydlení nebo komunitní pobytové služby se zajištěním výše uvedeného. (matka, 66 let, pečující o syna ve věku 39 let)
- Více denních stacionářů, hlavně o letních prázdninách. Více odlehčovací služby mimo domov. (matka, 53 let, pečující o syna ve věku 18 let)

Významná část dotazovaných (48, respektive 49 %) by uvítala větší podporu prostřednictvím podpůrných skupin pro pečující (radu, sdílení zkušeností atd.) a v oblasti poradenství ke službám péče (jaké služby jsou k dispozici, jak si o ně požádat atd.). Naopak spíše nižší je poptávka po větších možnostech zapůjčení ošetrovatelských a kompenzačních pomůcek a také po poradenství ohledně způsobů péče a provádění jednotlivých pečovatelských a ošetrovatelských úkonů (24 až 25 % tuto podporu ani nepotřebuje).

Graf 17 Neformální pečující by nejčastěji uvítali větší pomoc s pohybovými terapiemi, zajištěním dohledu během dne, péčí o domácnost a osobní hygienou

Jakou pomoc by chtěli neformální pečující ve zvýšené míře (podíl respondentů)



Poznámka Znění vybraných položek bylo pro přehlednost v grafu zkráceno.

Zdroj Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče 2026, 251 respondentů (neformálních pečujících ve věku 18 a více let)

Znění otázky Uvítal(a) byste mít při péči o danou osobu VÍCE pomoci či podpory v těchto oblastech, než máte teď?

Posílit pomoc s péčí by potřebovali hlavně ti, kteří se starají o závažněji postižené osoby

Potřeba mít více pomoci a podpory je velmi výrazná **především u pečujících, kteří se starají o osoby se závažnými omezeními**. Více pomoci se zajištěním dohledu během dne by uvítalo 83 % těch, kteří se starají o osobu se třemi a více omezeními, mezi ostatními je to 42 až 58 %. Více pomoci a podpory by napříč většinou zjišťovaných oblastí potřebovali pečující o osoby ve IV. stupni závislosti ve srovnání se III. stupněm. Častěji by proto více pomoci potřebovali pečující v domácnostech, kde je už formální péče využívána (toto uspořádání je častější u osob se závažnějšími omezeními). Muži a ženy v roli neformálních pečujících se výrazně neliší v tom, jaké formy podpory by uvítali. Pouze u mužů se objevuje o něco větší poptávka po zapůjčení kompenzačních pomůcek (40 % mužů, 22 % žen) a větší pomoci s péčí o domácnost (69 % mužů, 56 % žen).

Pomáhá možnost péči rozdělit a odpočinout si. Ne všichni si to ale mohou aktuálně dovolit

Možnost péči rozdělit a na chvíli si odpočinout je pro neformální pečující zásadní, protože péče bývá fyzicky i psychicky velmi náročná. **Řada z nich ale popisuje, že takovou možnost**

v podstatě nemají. Péče je často nepřetržitá a pečující jsou na ni sami, bez nároku na dovolenou nebo pravidelný odpočinek. I čas, kdy je příjemce péče například ve stacionáři, věnují spíše povinnostem – návštěvám lékaře, vyřizování na úřadech či brigádám, nikoli odpočinku. **V důsledku toho jsou pečující dlouhodobě unavení, vyčerpaní a nemají prostor na uspokojení svých zájmů a potřeb.**

Velkou úlevu by jim přinesla alespoň občasná pomoc, například asistence o víkendech, která by jim umožnila se věnovat sobě a svým zájmům. V rodinách, kde se péče sdílí mezi rodinnými příslušníky, je situace o něco snazší. Složitější to bývá u partnerů/manželů, kteří se sice mohou střídat, ale přicházejí tím o společně strávený čas a péče zasahuje do jejich vztahu i rodinného života.

Slovy respondentů

O důležitosti odpočinku a rozdělení péče mezi více lidí

- Snažíme se v péči v rámci možností alespoň střídat a občas si dopřát čas pro sebe. Bez pomoci v rámci rodiny by nebylo možné to zvládat. (žena, 36 let, pečující o příbuznou ve věku 49 let)
- Nejvíce mi pomáhá, že mi s péčí může pomoci nejstarší zdravý syn, na vše nejsem úplně sama. (matka, 47 let, pečující o syna ve věku 23 let)
- Pomáhá nám sdílení péče. O dospělé osobu s autismem a chováním náročným na péči pečujeme pravidelně více blízkých osob (otec, matka, 2 sestry). Všichni bydlíme v sousedství. Možnost sdílené péče je pozitivně vnímána i osobou, o kterou je pečováno, neboť má více podnětů. (pečující nepříbuzná, 47 let, o příjemkyni péče ve věku 34 let)
- Nám pomáhá, že se máme navzájem rádi, že se máme navzájem, kdyby byl pečovat jen jeden, byl by to problém (manžel pracuje, já pečuji, manžel po práci pomáhá s péčí, zaskočí při nemoci apod.). (matka, 57 let, pečující o syna ve věku 26 let)
- Nejvíce by mi pomohlo mít alespoň jednou, nejlépe dvakrát ročně týdenní až dvoutýdenní dovolenou. (partnerka, 43 let, pečující o partnera ve věku 42 let)

10. Sonda do života ve vysoké závislosti na péči ve stáří

Výzkum se primárně zaměřil na příjemce příspěvku na péči ve III. a IV. stupni v dospělém věku, tedy od 18 do 64 let. Dotázán byl ale také menší počet osob ve věku 65 a více let pro získání náhledu do problematiky vysoké závislosti na péči ve stáří. V této malé sondě byly získány odpovědi od celkem 40 příjemců péče a 22 neformálních pečujících.

Dotázaný soubor starších osob není svou velikostí ani strukturou reprezentativní, a výsledky tedy nejsou statisticky vypovídající o celé skupině těchto lidí v České republice. Výsledky mají pouze naznačit, jaká specifika lze očekávat u osob s vysokou potřebou pomoci ve stáří (65 a více let) ve srovnání s obdobím dospělosti (18 až 64 let).

Technický box 10

Cílová skupina osob závislých na péči ve stáří a dotázaný soubor

Lidé ve věku 65 a více let tvoří většinu příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni. Zatímco dospělých osob od 18 do 64 let v těchto stupních závislosti na péči je 36 tisíc, seniorů je 109 tisíc a dětí do 18 let je 12 tisíc (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2024). Dospělí do 64 let tak tvoří 23 % všech příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni, senioři 69 % a děti 8 %.

Zatímco mezi lidmi s vysokou závislostí na péči v dospělém věku (18 až 64 let) převažují muži, mezi seniory se více objevují ženy (32 % tvoří muži a 68 % ženy). Dvě třetiny příjemců péče v seniorském věku (65 %) tvoří osoby ve III. stupni.

Zastoupení mužů a žen ve výzkumném souboru zhruba odpovídá populaci (35 % mužů a 65 % žen), proporce osob ve III. stupni je však nižší (53 %). Výrazně se však zkoumaný soubor odchyluje svou geografickou strukturou: více než polovina respondentů v sondáži žije v Praze (60 %), zatímco v celé cílové skupině seniorů ve vysoké závislosti na péči jde jen o 8 %. Získané výsledky je nutné interpretovat jak s ohledem na vyšší podíl lidí ve IV. stupni závislosti, tak především s ohledem na specifickou geografickou strukturu souboru.

Cesty k potřebě vysoké péče jsou pestřejší, častější jsou neurologická a neurodegenerativní onemocnění a kombinace více potíží

Mezi lidmi ve stáří se objevuje větší pestrost životních trajektorií vedoucích k vysoké potřebě péče. Ve srovnání s hlavním souborem je zde nižší podíl lidí, kteří mají vrozené postižení nebo je postihl úraz. Naopak necelá čtvrtina (23 %) má vysokou potřebu pomoci kvůli stáří a necelá třetina (30 %) kvůli kombinaci více příčin. **Díky tomu lze také očekávat větší variabilitu zdravotních stavů a potřeb péče v této skupině.**

Zdravotní stav této skupiny bude pravděpodobně více dynamický – jen menšina (15 %) odhaduje, že jejich zdravotní stav zůstane v dalších pěti letech stabilní, převážná většina naopak soudí, že se spíše zhorší. S tím souvisí skutečnost, že většina (70 %) starších osob v sondáži pobírá příspěvek na péči v aktuálním stupni kratší dobu než pět let, na rozdíl od hlavního souboru (v něm jsou naopak většinově lidé pobírající daný příspěvek déle než pět let).

Celkově se zdravotní omezení ve stáří jeví závažnější. Ve starším věku se častěji vyskytují kombinované zdravotní problémy (80 %), než bylo zaznamenáno v hlavním souboru, a častější je rovněž výskyt tří a více zdravotních omezení (45 %). Mezi seniory v sondáži jsou více zastoupeni lidé s **neurologickým či neurodegenerativním onemocněním** (mezi které patří např. Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza) ve srovnání s dotazovanými osobami od 18 do 64 let (68 % vs. 44 %). Jak dále ukážeme, to přináší specifické výzvy a problémy pro život příjemců péče a neformální pečující.

Slovy respondentů

O zdravotním stavu příjemců péče ve stáří

- (Největší obtíže činí...) Všechny úkony týkající se pohybu, někdy komunikace kvůli vadě řeči a v posledních letech i potíže se sluchem. Nemohu se samostatně dostat do domu, do bytu – neodemknu, neotevřu dveře, a z bytu na terasu, kde nepřejeďu spodní rám dveří. (příjemkyně péče, 72 let)
- Velmi špatně vidí, velmi špatně slyší, nepohybuje se, pouze s pomocí 2 osob s vysokým chodítkem. Má neustále z něčeho strach. (žena, 64 let, pečující o příbuznou ve věku 97 let)
- Maminka – má 14 let Alzheimer – nikdo už nevíme co by jí pomohlo – je nešťastná a ztracená, ať se snažíme od pravnoučat všichni. (...) nezná význam slov, dějů, činů těžká komunikace, potřebuje klidné vyrovnané pečující, kteří nikam nespěchají. (dcera, 52 let, pečující o matku ve věku 80 let)
- (Největší obtíže činí...) Chůze, stání, rovnováha, orientace v prostoru. Neslyší. (...) Víc než péče o fyzické záležitosti vyčerpává to, že každý den opakuji a vysvětluji totéž, vedeme identické rozhovory, navíc musím rvát, protože odmítá sluchátko. Nikdy nevím, jestli mě neslyší nebo mi nerozumí, nechápe. (dcera, 63 let, pečující o matku ve věku 92 let)
- Je limitován diagnózou frontotemporální demence (od osob blízkých nechce přijímat pomoc s hygienou například). (partnerka, 79 let, pečující o partnera ve věku 78 let)

V roli neformálních pečujících jsou nejčastěji děti příjemců péče

Neformálního pečujícího ve stejné domácnosti má přibližně polovina (55 %) respondentů v sondáži – tedy méně než mezi dospělými v hlavním výzkumném souboru. Častěji také respondenti v sondáži žijí sami (30 %). To může být alespoň zčásti dáno specifickou geografickou strukturou souboru (velká část dotázaných seniorů žije v Praze, kde je i mezi dospělými větší podíl samostatně žijících osob).

Mezi seniory jsou neformálními pečujícími nejčastěji děti příjemců péče (u 73 % z nich), následuje partner/partnerka (27 %) a další příbuzní (27 %). V roli hlavního pečujícího jsou také nejčastěji děti (55 %). Senioři v sondáži častěji využívají formální péči (85 %) ve srovnání s hlavním souborem (54 %). To je opět nutné vnímat v kontextu specifického územního složení souboru.

Rozsah poskytované péče je obdobný jako u dospělých, podobně je vnímána i dostatečnost péče

Mezi seniory je o něco větší podíl těch, kteří potřebují pomoc či dohled většinu dne či dokonce nepřetržitě (85 vs. 72 % mezi dospělými). Pokud mají neformálního pečujícího ve stejné domácnosti, je hodinový rozsah neformální péče přibližně stejný, jako je u dospělých od 18 do 64 let. Podobný až mírně vyšší je rozsah čerpané terénní péče, mírně vyšší je i frekvence poskytování základních úkonů péče terénními službami (zejména u jídla a pití). Na druhou stranu u dospělých je častější kombinace neformální a ambulantní péče, která mezi seniory není téměř využívána.

Dostatečnost současného objemu péče je vnímána obdobně jako v hlavním souboru dospělých. Přibližně polovina (48 %) seniorů vysoce závislých na péči by potřebovala více pomoci jiných osob. Mezi seniory v sondáži ale panuje o něco vyšší míra uspokojení ohledně současného objemu terénní péče než v případě dospělých od 18 do 64 let – více terénní péče by chtělo 38 % jejich klientů (mezi dospělými je to 60 %).

Senioři čelí stejným bariérám využívání terénních služeb jako dospělí příjemci péče. Rovněž platí, že nejsilnější bariérou (většího) využívání terénních služeb jsou kapacity a poté organizační bariéry související s nižší flexibilitou služeb. Obdobně jako v hlavním souboru respondenti v sondáži popisovali, že je problematické spoléhat se pouze na sociální péči a že se snaží udržet si širší síť kontaktů, která jim bude schopná poskytnout podporu. Také neformální pečující v sondě popisovali problémy s dostupností terénní péče či odlehčovacích služeb a naopak **pomoc, kterou využití služeb představuje, pokud se je podaří získat.**

Objevují se ale větší omezení v uspokojení potřeb

Ve stáří **pokračuje trend horšího uspokojení lidských potřeb ve vyšším věku**, který byl popsán už u hlavního souboru. V něm bylo uspokojení potřeb výrazně horší u osob ve věku 55 až 64 let, zvláště ve srovnání s nejmladší skupinou dospělých od 18 do 34 let.

Lidé ve stáří mají hůře zajištěnou většinu potřeb. Alespoň ve čtyřech potřebách čelí omezení kolem poloviny seniorů (53 %), mezi dospělými od 18 do 64 let je to třetina (36 %). Srovnatelná je pouze trojice propojených fyziologických potřeb: příjem jídla a pití a užívání toalety. Toho se u starších osob daří dosahovat při častějším využití plen (plenkových kalhotek, močových vaků apod.). U dalších tělesných potřeb nejsou rozdíly příliš výrazné. Větší omezení se u seniorů objevují především u možnosti dostat se při sezení či ležení do pohodlné polohy, pohybu uvnitř bytu, trávení času s přáteli a známými, věnování se zájmům a koníčkům a také v získávání informací v okolním dění.

Rozdíly mohou být dány větší závislostí pouze na formální péči ve výzkumném souboru seniorů, zároveň závažnějším charakterem postižení u seniorů. Jak ilustrují některé otevřené odpovědi respondentů, uspokojení fyzických potřeb může být ve vyšším věku složitější kvůli větším fyzickým omezením. Uspokojení některých osobních a sociálních potřeb je z povahy diagnózy limitované u neurodegenerativních onemocnění, která jsou mezi seniory častější. Naplňování potřeb může být také složitější, pokud je neformální pečující starší.

Slovy respondentů

O omezeních v uspokojování potřeb

- Největší obtíže jsou pořád s dáváním na záchod. Nedokážu si návštěvu toalety naplánovat. A tyto problémy mi částečně brání kamkoliv chodit. Bezbariérové záchody některé opravdu bezbariérové jsou, ale rozhodně se na to nedá spolehnout, a tudíž člověk musí mít s sebou opravdu schopného asistenta, který je schopen si v konkrétní situaci poradit. (příjemkyně péče, 65 let)
- Třeba koupaní – sice mám zvedák, ale protože mam cévku a proleženinu, tak se ne něj s dcerou nedostanu a myjeme se po částech... V mých letech už je to složitější, síly ubývají... (příjemkyně péče, 79 let)
- Nedostanu se tak často ven z domu. Potřebovala bych více cvičit, ale rodina na mě už nemá tolik času. (příjemkyně péče, 74 let)
- (Nejvíce by pomohlo by...) Větší kontakt s okolím mimo domov, s vnějším světem. (příjemkyně péče, 78 let)
- Pomohla by jí častější přítomnost příjemné osoby, někdo, kdo by odpovídal na její otázky a pomohl s orientací v místě i čase, aby se necítila sama a opuštěná. (žena, 64 let, pečující o příbuznou ve věku 97 let)
- Nejčastěji mi asistuje manžel, který má tělesné i interní postižení a některé pomocné úkony těžko zvládne nebo nezvládne vůbec. (příjemkyně péče, 72 let)
- Můj jediný komunikační prostředek je počítač s internetem, ale ten ovládám nedostatečně a nemám nikoho, kdo by mě to naučil; dále nemám žádného partnera, přátele, příbuzné atd. (příjemkyně péče, 78 let)

Horší je také duševní zdraví a vnímaná kvalita života

Příznaky alespoň středně těžké deprese či úzkosti projevuje polovina příjemců péče v seniorském věku. Mezi dospělými od 18 do 64 let to přitom bylo 28 %. V obecné populaci navíc platí, že výskyt příznaků je ve starším věku spíše nižší než mezi mladšími lidmi. Ačkoli

i mezi seniory se výskyt příznaků zvyšuje s neuspokojenými potřebami, i senioři, kteří čelí maximálně jednomu omezení, vykazují příznaky výrazně častěji než dospělí s maximálně jedním omezením (43 % vs. 12 %).

Nižší je mezi seniory také životní spokojenost (58 % seniorů s nízkou spokojeností vs. 39 % mezi dospělými příjemci péče). Výrazně hůře jsou vnímané vyhlídky do budoucna – většina čeká, že se jejich zdravotní stav v následujících pěti letech zhorší (85 % ve srovnání s 44 % mezi dospělými). Jsou také o něco méně optimističtí ohledně budoucnosti. **Specifickou výzvou v péči o seniory s vysokou potřebou pomoci je tak zajišťování dobrého duševního zdraví, které se jeví obtížnější než v případě dospělých od 18 do 64 let.**

Výrazným tématem obav je zhoršování zdravotního stavu a s tím spojené snižování soběstačnosti a také ztráta neformální péče a osamělost. U seniorů nabývají tyto obavy větší tíhy kvůli spojitosti s blížícím se koncem života. Pokud zdravotní omezení přišla až s vyšším věkem, může vzniklá závislost seniory psychicky více tížit, protože předchozí život prožili ve zdraví. Špatný duševní stav (zvýšená úzkost, apatie apod.) je také součástí některých onemocnění postihujících seniory (např. Alzheimerova choroba).

Slovy respondentů

O obavách a duševním prožívání situace

- Že můj stav se bude zhoršovat a budu potřebovat více pomoci. (příjemkyně péče, 74 let)
- Totální bezmocnosti, závislosti na druhých, osamělosti, výpadku pomoci od mé matky. (příjemkyně péče, 65 let)
- Že se nebudu o sebe zvládat postarat a budu na obtíž ostatním. (příjemce péče, 79 let)
- Že budu muset do nemocnice nebo do ústavu. (příjemkyně péče, 82 let).
- Že umřu v nemocnici, v bolestech, sama. (příjemkyně péče, 99 let)
- Smrti. (příjemkyně péče, 78 let)
- Maminka má stále strach, vůbec neví, proč tu je, neumí už navázat kontakt, udržet komunikaci, a to jí ničí, protože minutové záblesky normálnosti jí to přes den připomenou a opět upadá do tmy. (dcera, 52 let, pečující o matku ve věku 80 let)
- Máma je ze svého stavu velmi nešťastná. (muž, 65 let, pečující o matku ve věku 87 let)

Pocity osamělosti a vnímání vlastního postavení ve společnosti (možnost o sobě rozhodovat, důstojné životní podmínky atd.) jsou srovnatelné s dospělými příjemci péče. Senioři v sondáži rovněž zmiňovali problémy při interakci s vnějším světem (přehlížení, komunikace směřovaná spíše k asistentům než k nim). Stejně tak popisovali problémy s udržením sociálních styků mimo domácnost a s možnostmi se dostat mimo domov, částečně kvůli nedostatečné bezbariérovosti ve veřejném prostoru.

Neformální pečující o seniory méně omezují pracovní aktivitu

Dotazník pro pečující v sondáži vyplnilo celkem 22 neformálních pečujících. Jedná se již o velmi malý soubor, proto z něj budou vyvozeny jen základní závěry, které je nutné chápat jako vysoce orientační.

Mezi neformálními pečujícími o seniory opět převládají ženy (77 %). Pouze 5 % dotázaných neformálních pečujících je mladších 50 let. Nejčastěji jsou ve věku 60 až 69 let (46 %) a třetině je 50 až 59 let (32 %). Většinou se jedná o **osoby v předdůchodovém věku, které bývají samy o sobě na trhu práce silně zranitelnou skupinou.**

U neformálních pečujících o seniory se zdá být méně časté než u pečujících o dospělé osoby, že kvůli péči přestávají zcela pracovat. Pracuje 58 % pečujících o seniory v produktivním věku, mezi pečujícími o dospělé to bylo 44 %. Přibližně 40 % pečujících o seniory uvedlo, že kvůli poskytování péče pracují na menší úvazek nebo vůbec nepracují, ve srovnání s přibližně 60 % u pečujících v hlavním výzkumném souboru.

Tento výsledek může být ovlivněn složením respondentů v sondě – vysoký podíl z nich je klienty formální péče. Je ale také možné, že v případě péče o seniory je dopad na pracovní aktivitu pečujících skutečně nižší. Pravděpodobně se lidé v této skupině častěji snaží neopouštět svou práci. Péče o seniora s vysokou závislostí na pomoci okolí může být rodinou kvůli perspektivě zhoršujícího se zdravotního stavu vnímána jako přechodná fáze a dočasný odchod z práce na prahu důchodového věku by po ukončení péče mohl návrat do práce komplikovat, ne-li znemožnit.

Pokud už k ukončení/přerušení pracovní aktivity došlo, jsou s tím spojeny obavy ohledně obnovení pracovní dráhy a/nebo zajištění v důchodu.

Slovy respondentů

O dopadech na ekonomickou aktivitu neformálně pečujících

- (Nejvíce se obávám...) Budoucnosti ohledně finančního zajištění a pracovního uplatnění po skončení péče. (syn, 54 let, pečující o otce ve věku 88 let)
- (Nejvíce se obávám...) Že budu mít v budoucnu malý důchod, protože nemohu pracovat. (dcera, 58 let, pečující o matku ve věku 79 let)
- Dcera zůstala doma, aby se o mě mohla starat v plné výši, a proto musela prodat svůj byt. Měla by mít aspoň slušný důchod, když nemůže chodit do práce. Nikde ji na 3 nebo 4 hodiny nevezmou. (příjemkyně péče, 79 let)

Duševní zdraví neformálních pečujících o seniory výrazně strádá

Životní spokojenost je mezi pečujícími o seniory nižší než u neformálních pečujících o dospělé osoby. Nízkou životní spokojenost projevují dvě třetiny (68 %) neformálních pečujících v sondě o seniorech. Mezi pečujícími o dospělé to bylo 42 %, v obecné dospělé populaci pak 22 %.

Častější je také výskyt příznaků alespoň středně těžké deprese či úzkosti. Mezi respondenty z řad pečujících o seniory se jimi vyznačuje 59 %, mezi pečujícími o dospělé byl výskyt o něco nižší (46 %). V obou skupinách výrazně přesahuje výskyt v populaci (18 %). Míra optimismu ohledně vlastní budoucnosti je naopak srovnatelná až vyšší.

V otevřených odpovědích se u neformálních pečujících objevují částečně obdobné obavy jako u pečujících o dospělé: strach, že nebudou v budoucnu schopni péči poskytovat, a co se v takovém případě s příjemci péče stane. Častěji však tyto odpovědi odrážejí obavy ze zhoršování zdravotního stavu příjemce péče než z úpadku vlastních sil. Rovněž prožívají stres z péče, popisují celkovou únavu a pocity vyhoření. Zaznívají také specifické obavy a negativní prožitky spojené s neurodegenerativními onemocněními – pocity bezmoci a celková psychická zátěž způsobená postupným odcházením blízkého člověka.

Slova respondentů

O duševním zdraví a obavách neformálních pečujících o seniory

- Ted to zvládám, ale mám strach, až se stav ještě zhorší. (dcera, 58 let, pečující o matku ve věku 79 let)
- (Nejvíce se obávám...) Zhoršení stavu matky a potřeby péče. (dcera, 55 let, pečující o matku ve věku 75 let)
- (Nejvíce se obávám...) Že nebudu mít fyzické síly zvládnout náročnější péči. (dcera, 53 let, pečující o matku ve věku 64 let)
- Jsem unavená životem za 25 let starání se o nemocného. (partnerka, 69 let, pečující o partnera ve věku 77 let)
- Neustálý stres. (dcera, 68 let, pečující o matku ve věku 99 let)
- Ten tlak je neúnosný. Mimo jiné proto, že ona si tu situaci vůbec neuvědomuje, má dojem, že jsem tu jen náhodou na návštěvě, a nevnímá, jak tu lítám s jazykem na vestě a žiji vlastně z 80–90 procent její život. (dcera, 63 let, pečující o matku ve věku 92 let)
- Demence je pomalé odcházení blízkého člověka. Nevím, jak to zvládnout do konce. (dcera, 50 let, pečující o matku ve věku 80 let)
- (Nejvíce se obávám...) Toho, že budu muset dát matku do nějakého ústavu. Že neumře dřív, než se začne její nemoc bolestivě a vážně projevovat, a já jí nebudu moct nijak pomoci, léčba bude jen symptomatická, žádný chirurg do operace nepůjde. Že se úplně ztratí – už teď žije částečně v jiné realitě. (dcera, 63 let, pečující o matku ve věku 92 let)
- Máma opakovaně říká, že chce zemřít. (syn, 65 let, pečující o matku ve věku 87 let)

V dopadech péče na život neformálních pečujících nepozorujeme ve většině oblastí výrazné rozdíly mezi pečujícími o seniory a o dospělé od 18 do 64 let. Respondenti v sondě však **silněji vnímají psychickou zátěž péče** a také o něco častěji souhlasí, že jim nezbývá dostatek času pro ně samé a nemohou se vzdálit. To může souviset i s tím, že v sondě není téměř vůbec využívána ambulantní péče. Roli může hrát také odlišná dynamika mezi příjemcem péče a pečujícím, pokud se jedná o rodiče a dítě (obrácení životních rolí), i komplikovanější zdravotní stav seniorů.

Smysluplnost péče je vnímána podobně, jen respondenti v sondě o něco méně souhlasí s tím, že péče přinesla posílení rodinných vazeb a vnitřní obohacení.

V otevřených odpovědích pečujících o seniory zaznívala podobná témata ohledně dopadů a prožívání péče jako v hlavním výzkumném souboru. **Častěji však byly zmiňovány problémy se skloubením péče s prací a také o další členy rodiny a v odpovědích se obecně odráží větší roztržitost životních rolí a přetížení, které tím vzniká.** Zatímco neformální pečující o dospělé se často starají o své děti, pečující o seniory se starají o své rodiče a k tomu se část musí věnovat vlastní rodině.

Slovy respondentů

O náročnosti péče a dopadech na život neformálních pečujících o seniory

- Paradoxně, i když o maminku pečuji 24/7, nemám na ni vůbec čas – normálně posedět, popovídat, pověnovat se jí. Jen lítám, uklízím, peru, myji nádobí, vařím, nakupuji, organizuji, zajišťuji doktory, léky, pomůcky, ukládám ji do postele, a při tom se snažím i pracovat. (...) Strašně bych, coby pečující, potřebovala chvíli svobody a klidu. Mocht někde odjet na dovolenou... Nebo aspoň přes noc. Bratr a přátelé vykrývají dobu, kdy nutně musím do práce, takže nemám vlastně ani minutu na odpočinek, hned odtud letím domů, abych je vysvobodila. (dcera, 63 let, pečující o matku ve věku 92 let)
- (Největší obtíže dělá...) Skloubit práci a starost o otce a rodinu. (dcera, 52 let, pečující o otce ve věku 79 let)
- Nemám žádný čas na sebe, svůj čas rozdělují mezi své nepnoleté děti a vnoučata, nedostatek času na vlastní práci. (dcera, 52 let, pečující o matku ve věku 80 let)
- (Největší obtíže dělá...) Nepřetržitý dohled a nutnost si domlouvat hlídání. V případě, že ji nechám nějakou chvíli samotnou, je na kameře a já stejně psychicky nevypnu. (...) Po 2 letech péče a po zhoršení (i když ještě nejsme v posledním stadiu demence) můžu říct, že „myslet“ za druhého člověka, a přitom mu zachovat určitou míru důstojnosti, je práce na více než plný úvazek. (dcera, 50 let, pečující o matku ve věku 80 let)
- Cítím se asi jako schizofrenik, neustále myslím na to, jestli jsou zajištěny potřeby mé tety – termíny lékařských kontrol, zajišťování léků a potřebných pomůcek, kontroly asistencí, jestli proběhly a jestli v potřebném rozsahu. Neustále musím myslet na přípravu jídla (kupované hotovky se po čase znechutí), kamkoliv jdu, musím zajistit potřeby tety a nemohu se neplánovaně zdržet. (žena, 64 let, pečující o příbuznou ve věku 97 let)
- Nemohu se bez zajištění někoho dalšího hnout z domova. Nákupy a lékařská péče jsou pro mě velmi nedostupné. (dcera, 59 let, pečující o příbuznou ve věku 86 let)
- Je to velký zásah do osobního života a rozhodování o vlastním životě a trávení volného času, omezení v cestování. (syn, 63 let, pečující o otce ve věku 85 let)
- Neustálý pocit, že vše, co dělám je málo, špatně, nedostatečné a roztráštěnost myšlenek, dále být stále k dispozici. (dcera, 52 let, pečující o matku ve věku 80 let)

I neformální pečující o seniory potřebují více podpory

Také mezi neformálními pečujícími o seniory **by naprostá většina uvítala mít při péči více pomoci a podpory (87 %)**. Stejně jako pečující o dospělé by nejčastěji uvítali více pomoci při zajištění dohledu během dne a s pohybovou terapií či fyzickými cvičeními (přibližně dvě třetiny pečujících). Více než pečující o dospělé by potřebovali více pomoci při zajištění volnočasových aktivit (včetně povídání, čtení, hraní her) a také poradenství k praktickým otázkám péče (například osvědčené zdravotnické pomůcky, efektivní organizace času).

Příloha 1: Základní popisné charakteristiky výzkumného souboru

	počet respondentů (váženo)	podíl z výzkumného souboru	podíl příjemců péče ve III. a IV. stupni 18 až 64 let	podíl obecné populace 18 až 64 let
pohlaví				
muž	215	58,2 %	58,2 %	50,7 %
žena	155	41,8 %	41,8 %	49,3 %
věk				
18–34 let	146	39,6 %	32,6 %	30,3 %
35–54 let	165	44,4 %	40,9 %	49,9 %
55–64 let	59	16,0 %	26,5 %	19,8 %
kraj				
Hlavní město Praha	53	14,3 %	7,4 %	13,3 %
Středočeský	54	14,5 %	11,3 %	13,4 %
Jihočeský	17	4,7 %	5,9 %	5,9 %
Plzeňský	18	5,0 %	6,3 %	5,7 %
Karlovarský	4	1,0 %	3,4 %	2,7 %
Ústecký	31	8,3 %	9,2 %	7,4 %
Liberecký	7	2,0 %	4,8 %	4,1 %
Královéhradecký	31	8,5 %	5,0 %	5,0 %
Pardubický	21	5,5 %	5,2 %	4,8 %
Vysočina	25	6,8 %	5,1 %	4,7 %
Jihomoravský	29	7,9 %	11,0 %	11,2 %
Olomoucký	23	6,2 %	6,6 %	5,7 %
Zlínský	19	5,1 %	6,0 %	5,3 %
Moravskoslezský	38	10,2 %	12,8 %	10,8 %

velikost sídla				
obec, město pod 100 000 obyvatel	294	79,5 %	82,9 %	77,3 %
100 000 nebo více obyvatel kromě Prahy	23	6,2 %	9,7 %	9,9 %
Praha	53	14,3 %	7,4 %	12,8 %

stupeň závislosti na péči

III. stupeň	205	55,5 %	59,3 %	-
IV. stupeň	165	44,5 %	40,7 %	-

Zdroj Příjemci péče ve III. a IV. stupni 18 až 64 let (%): Ministerstvo práce a sociálních věcí (2024, 2025b); Obecná populace 18 až 64 let (%): Český statistický úřad (2025b, 2025c, 2025d)

Příloha 2: Metodika srovnávacích ukazatelů

Duševní zdraví

Ve výzkumu byly zjišťovány příznaky deprese a úzkosti pomocí nástroje odvozeného z psychologických screeningových škál na depresi (PHQ-8) a úzkost (GAD-7). Oba tyto dotazníky se využívají v psychologických výzkumech a jejich vysoká spolehlivost je dlouhodobě prokázána. Z celkového počtu patnácti položek bylo využito šest otázek.

Respondenti uváděli, jak často je v posledních dvou týdnech trápily následující problémy: (1) Měl/a jsem potíže s usínáním, přerušovaným spánkem nebo s přílišným spaním. (2) Cítil/a jsem nervozitu, úzkost nebo pocit, že jsem na hraně. (3) Neměl/a jsem chuť k jídlu nebo se naopak přejídal/a. (4) Měl/a jsem pocit únavy nebo málo energie. (5) Měl/a jsem malý zájem nebo potěšení z věcí, které dělám. (6) Snadno jsem se rozzlobil/a a byl/a jsem podrážděný/á.

Odpovědi respondenti vybírali na čtyřbodové stupnici (0 = vůbec ne, 1 = několik dní, 2 = více než polovinu dní, 3 = téměř každý den) a jejich výsledné skóre příznaků se počítá jako součet hodnot odpovědí (pohybuje se tedy v rozsahu 0 až 18). Pokud respondent dosáhne alespoň hodnoty 8, klasifikuje se tím jako „vykazující příznaky alespoň středně těžké deprese či úzkosti“. Metodika stanovení příznaků alespoň středně těžké deprese či úzkosti na zkrácené sadě otázek pochází ze studie Dopady pandemie koronaviru na duševní zdraví (Bartoš et al., 2020).

Ke srovnání byla využita data z dlouhodobého výzkumu PAQ Research Život k nezaplacení (58. vlna z března až května 2025), kterého se účastní reprezentativní soubor dospělých obyvatel České republiky.

Osamělost

Míra osamělosti byla zjišťována pomocí standardní třípoložkové baterie tzv. UCLA škály osamělosti, která obsahuje otázky „Jak často pociťujete nedostatek společnosti jiných lidí?“, „Jak často se cítíte být opomenutý(á)?“ a „Jak často se cítíte být izolován(a) od druhých?“, s odpověďmi na třibodové stupnici (1 = nikdy nebo téměř nikdy, 2 = občas a 3 = často). Otázky jsou vyhodnoceny jak samostatně, tak pomocí celkového součtového indexu. Za osamělou je považována osoba, která má součtové skóre alespoň šest (tedy odpověděla alespoň u dvou otázek „často“ či u všech otázek „občas“).

Ke srovnání byla využita data z dlouhodobého výzkumu PAQ Research Život k nezaplacení (58. vlna z března až května 2025), kterého se účastní reprezentativní soubor dospělých obyvatel České republiky.

Spokojenost se životem

Spokojenost se životem byla měřena pomocí standardní otázky „Když vezmeme v úvahu všechny okolnosti, jak jste v současnosti celkově spokojen(a) se svým životem?“ s odpověďmi na škále od 0 do 10, kde 0 znamená „naprosto nespokojený(á)“ a 10 „naprosto spokojený(á)“. Ke srovnání byla využita data z 6. vlny Českého panelového šetření domácností Sociologického ústavu Akademie věd ČR z let 2023 až 2024.

Optimismus/pesimismus ohledně budoucnosti

Ke standardizovanému zachycení pohledu na budoucnost byla využita otázka „Jak moc souhlasíte nebo nesouhlasíte s touto větou: Co se týče mé budoucnosti, jsem vždy optimistický(á)“ s odpověďmi rozhodně souhlasím; souhlasím; ani souhlas, ani nesouhlas; nesouhlasím; rozhodně nesouhlasím. Tato otázka byla převzata z mezinárodního komparativního výzkumu European Social Survey (Round 6 2012), ve kterém je spolu s dalšími otázkami používána při měření osobního a sociálního well-beingu (European Social Survey, 2023).

Pracovní aktivita (ekonomické postavení)

Ekonomické postavení neformálních pečujících (postavení na trhu práce) bylo srovnáno s distribucí z Výběrového šetření pracovních sil 2024 Českého statistického úřadu. Do pracujících jsou zahrnuti zaměstnanci (bez ohledu na výši úvazku a typ pracovního poměru: HPP či dohody) a osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ). Srovnání je provedeno pro věkovou skupinu 18 až 64 let (dospělí v ekonomicky produktivním věku).

Příloha 3: Sběr dat

Distribuce dotazníků, monitoring sběru dat

Online dotazníky byly distribuovány pomocí individuálních odkazů, které byly vygenerovány pro ověřené zájemce o účast ve výzkumu. Klientům/čekatelům organizací zapojených do výzkumu byly individuální odkazy poskytnuty přímo, ostatní respondenti nejprve absolvovali níže popsany rekrutační proces. Tento postup umožňoval lepší screening a ověření zájemců o účast, včetně prevence možných duplicitních vyplnění dotazníků. Distribuce individuálních odkazů na dotazníky rovněž umožnila lépe monitorovat sběr dat a rozesílat opakované výzvy k účasti.

Postup oslovování respondentů

Účastníci byli pro výzkum získáni dvěma různými způsoby. Menší část výsledného výzkumného vzorku (54 respondentů, tedy 15 %) byla oslovena cíleně, ostatní účastníci byli osloveni prostřednictvím rozesílky na e-mailové kontakty v databázi zadavatele a otevřené výzvy v podobě kampaně na sociálních sítích. Výběr většiny respondentů tedy probíhal formou samovýběru (*self-selection sampling*).

O cíleném dotazování

Cíleně byli osloveni zájemci o službu osobní asistence či stávající klienti organizace Asistence, o. p. s. (tj. zadavatel výzkumu) a několika dalších poskytovatelských organizací působících v Praze a dalších městech. U cíleně oslovených byla vyvinuta snaha poskytnout podporu v podobě osobní asistence při vyplňování dotazníku.

O rekrutační kampani

Kampaň, ve které organizace Asistence, o. p. s., vyzývala k účasti na tomto výzkumu, byla opakovaně zveřejněna na oficiálních profilech (Facebook, Instagram), v relevantních facebookových skupinách a na stránkách Asistence, o. p. s. Výzva byla také rozposlána na všechny e-mailové adresy odběratelů newsletteru organizace Asistence, o. p. s. Dále byly jmenovitě osloveny relevantní organizace a aktéři veřejně působící ve zkoumaném tématu s prosbou šířit rekrutační dotazník mezi svými kontakty. Konečně samotné účastníky výzkumu jsme po vyplnění dotazníku opakovaně žádali o šíření přihlášky mezi své známé. Rekrutační kampaň zdůrazňovala kolektivní úsilí získat podklad o aktuálním stavu, podle kterého pak bude usilováno o změnu systému.

Rekrutační proces

Zájemci se do výzkumu zapojovali dobrovolně po přečtení informací o studii a vyplnění online přihlášky (resp. rekrutačního dotazníku). Prostřednictvím rekrutačního dotazníku jsme mezi zájemci o účast identifikovali, zda patří do cílové skupiny, a vyžádali si e-mailovou adresu. Až po ověření unikátnosti a správnosti e-mailové adresy byl online rekrutovaným

zpřístupněn odkaz na online dotazník, který mohl být vyplněn pouze jednou. Skrze online rekrutaci jsme získali 566 kontaktů patřících do cílové skupiny.

Návratnost

Celkem bylo distribuováno 681 dotazníků a 413 bylo dokončeno (370 z dokončených patří do věkové kategorie 18 až 64 let). Z hlediska rozdílných způsobů oslovení byla návratnost: 1) Cíleně bylo osloveno 115 domácností a 55 z nich celý dotazník úspěšně dokončilo (54 ve věku 18 až 64 let), 33 rozpracovalo, ale nedokončilo a 27 vyplňování vůbec nezačalo; 2) Dotazník byl rozposlán 566 online rekrutovaným zájemcům a z nich 338 dotazník dokončilo (316 ve věku 18 až 64 let), 141 rozpracovalo, ale nedokončilo, 60 vyplňování vůbec nezačalo a 27 bylo vyřazeno, protože nepatřilo do cílové skupiny.

Specifika dotazování

S ohledem na specifika cílové skupiny osob silně závislých na pomoci byl dotazníkový nástroj přizpůsoben potřebám respondentů různými módy vyplňování. Vyplňujícím hlavní části dotazníku o příjemci péče mohla být buď přímo osoba se zdravotním postižením (buď samostatně nebo s pomocí pečujícího), nebo z důvodu omezených komunikačních schopností, poruch paměti či snížené schopnosti porozumění mohl dotazník jejím jménem vyplnit pečující. Největší část (41 %) příjemců péče vyplnila dotazník sama, 33 % z nich pomohl pečující (například předčítal, vypsal odpovědi atd.) a u 26 % respondentů dotazník vyplnil namísto příjemce péče jeho pečující (proporce jsou uvedeny na nevážených datech).

Dotazník obsahoval dvě základní části (moduly). První část zjišťovala informace o příjemci péče, a pokud to bylo možné, vyplňoval ji přímo příjemce péče. Druhá část dotazníku se zaměřila na neformální pečující. Mezi dospělými příjemci péče ve III. či IV. stupni ve věku od 18 do 64 let, kteří mají neformální péči od člena své domácnosti, byl dotazník v 96 % případů dokončen včetně druhé části věnované neformálnímu pečujícímu.

Délka dotazování

Střední (mediánová) délka dotazování je odhadnuta na 62,5 minut. Mezi respondenty vyplňujícími obě části dotazníku (pro příjemce péče i pro jeho neformálního pečujícího) je medián 66,2 minut a mezi respondenty vyplňujícími pouze první část pro příjemce péče je medián 44,9 minut.

Seznam literatury

Bartoš, V., Cahlíková, J., Bauer, M., & Chytilová, J. (2020). Dopady pandemie koronaviru na duševní zdraví (Studie IDEA anti COVID-19, č. 22). Národohospodářský ústav AV ČR, v. v. i. https://idea.cerge-ei.cz/files/IDEA_Dusevni_zdravi_covid-19_cervenec2020_22/files/extfile/IDEA_Dusevni_zdravi_covid-19_cervenec2020_22.pdf

Česká republika. (2006a). Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Česká republika. (2006b). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Český statistický úřad. (2025a). Vybrané údaje o sociálním zabezpečení – 2024. Český statistický úřad, Odbor statistik rozvoje společnosti. <https://csu.gov.cz/docs/107508/4996c80b-4f73-b285-555a-b518154e3fa4/19002925.pdf?version=1.3>

European Social Survey (ESS ERIC). (2023). Dimensions of wellbeing (Verze 1) [PDF]. ESS ERIC. https://www.europeansocialsurvey.org/sites/default/files/2023-07/Dimensions_of_wellbeing_V1.pdf

Chodounská, H. (2025, 4. srpna). 1,3 milionu lidí s postižením v Česku. Statistika & my. Citováno 30. prosince 2025 z <https://statistikaamy.csu.gov.cz/13-milionu-lidi-s-postizenim-v-cesku>

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (2025a). Druhy sociálních služeb. Citováno 30. prosince 2025 z <https://www.mpsv.cz/druhy-socialnich-sluzeb>

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (2025b). Struktura příjemců příspěvku na péči za prosinec 2024. Statistické informace – příspěvek na péči a druhy sociální práce (OKstat; data k 4. 9. 2025). <https://www.mpsv.cz/c-j-mpsv-2025-175562-statisticke-informace-prispevek-na-peci-a-druhy-socialni-prace>

Paleček, J. (2023). Studie dopadů projektu Pátý stupeň: Konečně normální život! Asistence, o. p. s. https://patystupen.cz/data/files/paty_stupen_studie_10_5_02.pdf

Pištorová, M. (2019, 8. prosince). Pomoc rodiny je rozhodující. Statistika & my. Citováno 30. prosince 2025 z <https://statistikaamy.csu.gov.cz/pomoc-rodiny-je-rozhodujici>

Úřad práce ČR. (2025, 11. prosince). Příspěvek na péči. Citováno 30. prosince 2025 z <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-peci>

Datové zdroje

Český statistický úřad. (2025b). Počet obyvatel v obcích - k 1. 1. 2025. [Datový soubor; Excel]. Praha: Český statistický úřad. Citováno 30. prosince 2025 z <https://csu.gov.cz/produkty/pocet-obyvatel-v-obcich-rlm0s92pwn>

Český statistický úřad. (2025c). Věkové složení obyvatel k 1. 7. 2024. [Datový soubor; Excel]. Praha: Český statistický úřad. Citováno 30. prosince 2025 z <https://csu.gov.cz/produkty/vekove-slozeni-obyvatelstva-jx7mf54ulx>

Český statistický úřad. (2025d). Věkové složení žen k 1. 7. 2024. [Datový soubor; Excel]. Praha: Český statistický úřad. Citováno 30. prosince 2025 z <https://csu.gov.cz/produkty/vekove-slozeni-obyvatelstva-jx7mf54ulx>

Český statistický úřad. (2025e). Výběrové šetření pracovních sil (VŠPS), 2024 – výzkumná mikrodatabáze [Datový soubor]. Praha: Český statistický úřad. Přístup omezen.

European Social Survey. (2012). European Social Survey, Round 6 [Datový soubor]. ESS ERIC. <https://www.europeansocialsurvey.org>

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (2024). Struktura příjemců příspěvku na péči za prosinec 2024 [Datový soubor; Excel]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Citováno 30. prosince 2025 z <https://www.mpsv.cz/vybrane-statisticke-udaje>

PAQ Research. (2025). Život k nezaplacení, 58. vlna, 2025 – výzkumná mikrodatabáze [Datový soubor]. Praha: PAQ Research. <https://doi.org/10.14473/CSDA/EQ7YKQ>

Sociologický ústav AV ČR. (2025). České panelové šetření domácností (CHPS), 6. vlna, 2023–2024 – výzkumná mikrodatabáze [Datový soubor]. Praha: Sociologický ústav AV ČR. <https://doi.org/10.14473/CSDA/FUER5D>