



### Záznamový arch:

### Mapování potřeb dětí pečujících o zdravotně postiženého člena rodiny

## Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je analyzovat a porozumět specifickým potřebám dětí, které pečují o zdravotně postiženého člena rodiny. Výzkum se zaměří na různé oblasti potřeb těchto dětí a identifikaci způsobů, jak jim nejlépe poskytnout podporu nejen prostřednictvím systému sociálních služeb.

<b>Jméno respondenta</b>	
<b>Kontakt</b>	
<b>Cílová skupina</b>	<b>Mladý pečující</b>

<b>Popis rodinné situace</b>

## 1. Potřeby porozumění a sdílení

Cítíte se v rámci vaší rodinné situace pochopený/á a podporovaný/á (v rodině a širším okolí)?				
Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Doplnění:				



Financováno  
Evropskou unií

Středočeský kraj

--

**Jaký typ podpory byste si od svého okolí přál/a (více podpory, více společného času, menší zodpovědnost atd.)?**

Doplnění:

--

**Jaké jsou vaše zkušenosti se sdílením svých problémů a pocitů (rodina, širší okolí – škola, kamarádi, kroužky)?**

Doplnění:

--

## 2. Vzdělávací potřeby a flexibilita jejich zajištění

**Ovlivňují pečovatelské povinnosti vaši školní docházku a studijní výsledky?**

Ano

Spíše ano

Nevím

Spíše ne

Ne

Doplnění:

--

**Jak přesně pečovatelské povinnosti ovlivňují vaši školní docházku a studijní výsledky?**

Doplnění:

--



Financováno  
Evropskou unií

Středočeský kraj

--

**Jaká podpora by vám pomohla lépe zvládat školní povinnosti?**

Doplnění:

**Jaké jsou vaše zkušenosti se sdílením svých problémů a pocitů (rodina, širší okolí)?**

Doplnění:

### 3. Potřeby odlehčení od péče (psychické i fyzické)

**S čím vším pomáháte? (např. dozor, dohled, něco podat, obléknout, nakrmit, doprovodit atp.)**

Doplnění:

**Jak často (kolikrát denně, kolik času) pomáháte?**

Více jak hodinu denně	Každý den	Jednou týdně	Méně často
--------------------------	-----------	--------------	------------



Doplnění:

**Máte možnost svobodné volby se na péči vůbec nepodílet?**

Doplnění:

**A pokud se můžete rozhodnout ("chceš být s OZP sourozencem/rodičem a pomáhat - nebo jít s kamarády ven?"), kdo vaši péči zastoupí?**

Doplnění:

**Máte dostatečnou možnost odpočinout si od pečovatelských povinností?**

Ano

Spíše ano

Nevím

Spíše ne

Ne

Doplnění:

**Jak často máte možnost odpočinout si od pečovatelských povinností?**

Každý den

Jednou týdně

Jednou měsíčně

Méně často



Financováno  
Evropskou unií

Středočeský kraj

Doplnění:

**Jaké aktivity nebo služby by vám pomohly získat více volného času?**

Doplnění:

**Jaká forma odlehčení by pro vás byla nejvíce přínosná?**

Doplnění:

**Pokoušeli jste se v rodině potřebnou péči zajistit od registrovaných poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb? Jak jste uspěli?**

Doplnění:

#### 4. Potřeby specifického zajištění příležitosti ke komunikaci a interakci s vrstevníky

**Máte možnost setkávat se a komunikovat se svými vrstevníky?**



Financováno  
Evropskou unií

Středočeský kraj

Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Doplnění:				

Jak často máte možnost setkávat se a komunikovat se svými vrstevníky?			
Každý den	Jednou týdně	Jednou měsíčně	Méně často
Doplnění:			

Jaké aktivity nebo programy by vám pomohly více se zapojit do společenského života?
Doplnění:

Jaké překážky vám brání v komunikaci a interakci s vrstevníky?
Doplnění:



5. Finanční podpora

**Jsou vaše finanční potřeby v souvislosti s péčí o zdravotně postiženého člena rodiny dostatečně naplňovány?**

Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
-----	-----------	-------	----------	----

Doplnění:

**Jaké jsou vaše finanční potřeby v souvislosti s péčí o zdravotně postiženého člena rodiny?**

Doplnění:

**Jaký máte přístup k finanční podpoře a jaká podpora by vám nejvíce pomohla?**

Doplnění:

**Jaké jsou vaše zkušenosti s dostupnými finančními zdroji?**

Doplnění:

6. Přístup ke zdravotní péči



Financováno  
Evropskou unií

Středočeský kraj

**Máte dostatečný přístup ke zdravotní péči pro sebe a pro svého zdravotně postiženého člena rodiny?**

Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
-----	-----------	-------	----------	----

Doplnění:

**Jaký máte přístup ke zdravotní péči pro sebe a pro svého zdravotně postiženého člena rodiny?**

Doplnění:

**Jaké zlepšení by vám pomohlo lépe zvládat zdravotní potřeby?**

Doplnění:

#### 7. Potřeby informací o nových způsobech péče

**Jste dostatečně informován/a o dostupných službách a zdrojích?**

Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
-----	-----------	-------	----------	----

Doplnění:





Financováno  
Evropskou unií

Středočeský kraj

--

**Jak by jste mohl/a být lépe informován/a o dostupných službách a zdrojích?**

Doplnění:

**Jaké informace vám chybí o péči a jak by jste chtěl/a být informován/a o nových způsobech péče?**

Doplnění: