

Všechny získané údaje se považují za důvěrné a jejich ochrana je zaručena zákonem
č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

1. Okres	<input type="text"/>	6. Číslo tazatele	<input type="text"/>
2. Pagina	<input type="text"/>	7. Číslo domácnosti	<input type="text"/>
3. Číslo sčítacího obvodu	<input type="text"/>	8. Pořadové číslo osoby	<input type="text"/>
4. Číslo bytu	<input type="text"/>	9. Popis osoby:	<input type="text"/>
5. Tazatelský soubor	<input type="text"/>		

DOSTUPNÉ INFORMACE Z IŠD

TAZATEL: Tento dotazník ověřuje nebo odkazuje na informace již dostupné z 1. nebo minulé vlny IŠD. Proto si před návštěvou domácnosti předvyplňte následující údaje do tabulky DI a případně údaje 4 a 5 zkontrolujte podle odpovědi z aktuální vlny. Netýká se dotazování VŠPO při 1. vlně IŠD.

DI. Na základě 1. a minulé vlny IŠD zaškrtněte odpovídající možnosti.

Z 1. VLNY IŠD

1. Byl(a) kvůli zdravotním problémům nejméně po dobu posledních 6 měsíců omezen(a) v činnostech, které lidé obvykle dělají?	ano, vážně omezen(a) <input type="checkbox"/>	ano, omezen(a), ale ne vážně <input type="checkbox"/>	ne, neomezen(a) <input type="checkbox"/>
2. Má status OZP?	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	
3. Je držitelem průkazu OZP?	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	

Z MINULÉ VLNY IŠD

4. Pracuje?	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	
5. Pobírá invalidní důchod?	ano, 1. a 2. stupeň <input type="checkbox"/>	ano, 3. stupeň <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>

ZPŮSOB VYPLŇOVÁNÍ DOTAZNÍKU

Z1. Jaký je způsob vyplňování dotazníku?	
1 osobně s tazatelem	<input type="checkbox"/> → A1
2 jinou osobou v zastoupení	<input type="checkbox"/>

Z2. Pořadové číslo osoby, která odpovídá	<input type="text"/>
--	----------------------

Z3. Proč neodpovídá přímo šetřená osoba?	
1 nelze zastihnout	<input type="checkbox"/>
2 není schopna odpovídat ze zdravotních důvodů	<input type="checkbox"/>
3 není ochotna přímo odpovídat	<input type="checkbox"/>

A. ZDRAVOTNÍ STAV

A1. Jak celkově hodnotíte svůj zdravotní stav?	
1	velmi dobrý <input type="checkbox"/>
2	dobrá <input type="checkbox"/>
3	příjemný <input type="checkbox"/>
4	špatný <input type="checkbox"/>
5	velmi špatný <input type="checkbox"/>

A2. Byl(a) jste kvůli zdravotním problémům nejméně po dobu posledních 12 měsíců omezen(a) v činnostech, které lidé obvykle dělají?		
1	ano, vážně omezen(a)	<input type="checkbox"/>
2	ano, omezen(a), ale ne vážně	<input type="checkbox"/>
3	ne, neomezen(a)	<input type="checkbox"/>

→ B1

TAZATEL: Následující otázka **A3** se pokládá **pouze** osobě, která se nyní ne cítí omezena (A2 = 3), ale dle tabulky DI se dříve cítila omezena (tabulka DI-1 na str. 1: ano, vážně omezen(a) / ano, omezen(a), ale ne vážně). **Nepokládá se při 1. vlně IŠD.**

A3. Při první návštěvě jste uvedl(a), že jste ze zdravotních důvodů omezen(a) v činnostech, které lidé obvykle dělají. Proč je nyní Vaše odpověď jiná?	
1	Můj zdravotní stav se zlepšil a zdravotní potíže, které mne omezovaly, již nemám. <input type="checkbox"/>
2	Mám i nadále zdravotní potíže, ale neomezují mě v obvyklých činnostech. <input type="checkbox"/>
3	Mám zdravotní potíže, ale byl(a) jsem jimi omezen(a) méně než 12 měsíců. <input type="checkbox"/>
4	Jiné (chyba v odpovědi osoby v zastoupení, překlep tazatele v předchozí vlně apod.) <input type="checkbox"/>

B. OBJEKTIVNĚ POSOUZENÉ ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

TAZATEL: Je možné si předvyplnit informace o pobírání invalidního důchodu, přiznání statusu OZP a průkazu osoby se zdravotním postižením, které jsou známé z 1. nebo minulých vln IŠD (viz tabulka DI, zde B1, B6 a B8). Tyto údaje je třeba ověřit a upřesnit.

B1. Pobíráte v současné době invalidní důchod?	
1	ano <input type="checkbox"/>
2	ne <input type="checkbox"/> → B3

B2. Pro jaký stupeň invalidity pobíráte invalidní důchod?	
1	pro invaliditu 1. stupně <input type="checkbox"/>
2	pro invaliditu 2. stupně <input type="checkbox"/>
3	pro invaliditu 3. stupně <input type="checkbox"/>

B3. Pobíráte v současné době příspěvek na péči?	
1	ano <input type="checkbox"/>
2	ne <input type="checkbox"/> → B5

B4. Pro jaký stupeň závislosti pobíráte příspěvek na péči?	
1	stupeň I (lehká závislost) <input type="checkbox"/>
2	stupeň II (středně těžká závislost) <input type="checkbox"/>
3	stupeň III (těžká závislost) <input type="checkbox"/>
4	stupeň IV (úplná závislost) <input type="checkbox"/>

B5. Pobíráte v současné době příspěvek na mobilitu?	
1	ano <input type="checkbox"/>
2	ne <input type="checkbox"/>

B6. Byl(a) jste uznána osobou invalidní nebo se zdravotním znevýhodněním (status OZP)?	
1	ano <input type="checkbox"/>
2	ne <input type="checkbox"/> → B8

B7. Jaký stupeň invalidity Vám byl uznán?	
1	zdravotní znevýhodnění <input type="checkbox"/>
2	invalidní v 1. stupni <input type="checkbox"/>
3	invalidní ve 2. stupni <input type="checkbox"/>
4	invalidní ve 3. stupni <input type="checkbox"/>

B8. Jste držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením (OZP), tj. průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P?	
1	ano <input type="checkbox"/>
2	ne <input type="checkbox"/> → C1 nebo ukončete rozhovor, viz instrukce níže

B9. Jaký typ průkazu osoby se zdravotním postižením máte?	
1	TP <input type="checkbox"/>
2	ZTP <input type="checkbox"/>
3	ZTP/P <input type="checkbox"/>

TAZATEL: Pokud se osoba ani ne cítí omezena (A2 = 3) ani nemá objektivně posouzené zdravotní postižení (B1, B3, B5, B6, B8 = 2 „ne“), pak **ukončete** rozhovor. Jinak pokračujte otázkou C1.

C. ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ

V následující části dotazníku se budeme věnovat tomu, v jakých oblastech se projevují Vaše zdravotní potíže, které Vás omezují v běžných aktivitách, co je způsobilo a případně dalšímu upřesnění zdravotních problémů.

C1. Projevuje se Vaše dlouhodobé zdravotní omezení v následujících **oblastech**? Můžete využít KARTU 1.

Oblast	1 ano	2 ne
1 Pohybová, tělesná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Zraková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sluchová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Mentální, duševní, poruchy chování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vnitřní orgány, kůže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Hlasová, řečová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAZATEL: Ptejte se v C2 a C3 pouze na oblasti, které osoba uvedla v otázce C1.

C2. Jaká příčina způsobila Vaše zdravotní problémy projevující se v dané oblasti?
Lze uvést více příčin.

Oblast	1 vrozená vada	2 vzniklé onemocnění	3 úraz
1 Pohybová, tělesná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Zraková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sluchová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Mentální, duševní, poruchy chování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vnitřní orgány, kůže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Hlasová, řečová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příčiny zdravotních problémů

- 1 Vrozená vývojová vada nebo zdravotní problém
- 2 Onemocnění vzniklé v průběhu života
- 3 Úraz, poranění nebo nehoda → přeskočit pro danou oblast otázky C3 a C4 a pokračovat v dotazníku

Identifikační údaje

1. Pagina 2. Číslo domácnosti 3. Pořadové číslo osoby

C3. Které z následujících typů onemocnění , poruch nebo vad způsobují Vaše zdravotní problémy v dané oblasti? Můžete využít KARTU 2. Lze uvést více typů.	
Oblast	Typ onemocnění, poruchy, vady (Vypište kód nebo kódy odpovědi.)
1 Pohybová, tělesná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Zraková	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Sluchová	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 Mentální, duševní, poruchy chování	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 Vnitřní orgány, kůže	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 Hlasová, řečová	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kódy typů onemocnění, poruch a vad

1 nemoci a vrozené vady pohybového aparátu	} přeskočit pro danou oblast otázku C4 a pokračovat v dotazníku
2 srdečně-cévní onemocnění (mimo cévních onemocnění mozku) a vrozené vady srdce a cév	
3 cévní onemocnění mozku	
4 diabetes a jeho komplikace	
5 onkologická onemocnění	
6 nemoci a vrozené vady dýchací soustavy	
7 nemoci a vrozené vady trávicího, vylučovacího a pohlavního ústrojí	
8 alergie	
9 nemoci a vrozené vady nervové soustavy	
10 mentální a duševní nemoci, poruchy chování	
11 nemoci a vrozené vady oka, poruchy vidění	
12 nemoci a vrozené vady ucha, poruchy sluchu	
13 jiné	

TAZATEL: V otázce C4 se ptejte pouze na ty oblasti, pro které osoba uvedla jiný typ onemocnění (C3 = 13).

C4. Jaký jiný konkrétní zdravotní problém je příčinou Vašeho dlouhodobého omezení běžných aktivit v dané oblasti?	
Oblast	Onemocnění, porucha, vada (Vypište odpověď slovy.)
1 Pohybová, tělesná	
2 Zraková	
3 Sluchová	
4 Mentální, duševní, poruchy chování	
5 Vnitřní orgány, kůže	
6 Hlasová, řečová	

TAZATEL: Dotazování následujících bloků otázek **D** až **G** a typu pomůcek v bloku **I** se řídí tím, v jaké oblasti je osoba omezena.

OP. Zaškrtněte oblasti postižení, pro které osoba v **C1** uvedla odpověď „ano“ a pokračujte v dotazníku podle instrukcí.

1 Pohybová, tělesná	→ D, H , řádek Pohybové v bloku I	<input type="checkbox"/>
2 Zraková	→ E, H , řádek Zrakové v bloku I	<input type="checkbox"/>
3 Sluchová	→ F, H , řádek Sluchové v bloku I	<input type="checkbox"/>
4 Mentální, duševní, poruchy chování	→ G, H , řádek Další v bloku I	<input type="checkbox"/>
5 Vnitřní orgány, kůže	→ H , řádek Další v bloku I	<input type="checkbox"/>
6 Hlasové, řečové	→ H , řádek Další v bloku I	<input type="checkbox"/>

D. POHYB

Nyní se budeme podrobněji věnovat Vaším pohybovým a tělesným problémům. Uvažujte prosím vždy jen ty projevy, které přímo souvisí s Vaším zdravotním problémem, který jste uvedl(a) jako důvod omezení v běžných aktivitách.

D1. Máte obvykle fyzické potíže s následujícími činnostmi, i když použijete své pomůcky? Prosím nezahmujte dočasné problémy.

	1 žádné potíže	2 určité potíže	3 velké potíže	4 aktivitu nejsem schopen(-na) vůbec vykonávat
1 Vydržet stát delší dobu, např. 20 minut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ujít 500 metrů po rovině	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Vyjít a sejít řadu schodů (jedno patro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sehnout se nebo si kleknout a opět vstát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vstát z postele nebo ze židle, lehnout si do postele, sednout si na židli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Zvednout břemeno (cca 2 litrovou láhev) ze země do úrovně očí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Prsty uchopit a manipulovat s malými předměty jako je např. pero nebo mince	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAZATEL: Pokud osoba pro všech 7 aktivit v D1 uvedla možnost 1 „žádné potíže“, pokračujte otázkou D2. Jinak přejděte na další blok otázek v dotazníku podle instrukcí v tabulce OP viz výše.

D2. Popište prosím Vaše jiné pohybové či tělesné zdravotní omezení a jeho projevy.

E. ZRAK

Nyní se budeme podrobněji věnovat Vaším potížím se zrakem. Uvažujte prosím vždy jen ty projevy, které přímo souvisí s Vaším zdravotním problémem, který jste uvedl(a) jako důvod omezení v běžných aktivitách.

E1. a E2. Máte obvykle potíže s následujícími činnostmi, i když použijete své brýle, čočky nebo jiné optické pomůcky?

	1 žádné potíže	2 určité potíže	3 velké potíže	4 jsem nevidomý(-á) nebo nevidím téměř nic
E1. Zřetelně vidět novinový text	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → pokud odpověď 4, pak přejděte na další blok otázek podle tabulky OP
E2. Rozpoznat známého přes ulici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TAZATEL: Pokud osoba pro obě aktivity v E1 a E2 uvedla možnost 1 „žádné potíže“, pokračujte otázkou E3. Jinak přejděte na další blok otázek v dotazníku podle instrukcí v tabulce OP viz výše.

E3. Popište prosím Vaše jiné zrakové zdravotní omezení a jeho projevy.

F. SLUCH

Nyní se budeme podrobněji věnovat Vaším potížím se sluchem. Uvažujte prosím vždy jen ty projevy, které přímo souvisí s Vaším zdravotním problémem, který jste uvedl(a) jako důvod omezení v běžných aktivitách.

F1. a F2. Máte obvykle potíže se sluchem v následujících situacích, i když použijete své naslouchací pomůcky?				
	1 žádné potíže	2 určité potíže	3 velké potíže	4 jsem neslyšící nebo neslyším téměř nic
F1. Rozhovor v tiché místnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → pokud odpověď 4, pak přejděte na další blok otázek podle tabulky OP
F2. Rozhovor v hlučnější místnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TAZATEL: Pokud osoba pro obě aktivity v F1 a F2 uvedla možnost 1 „žádné potíže“, pokračujte otázkou F3. Jinak přejděte na další blok otázek v dotazníku podle instrukcí v tabulce OP na str. 5.

F3. **Popište** prosím Vaše jiné sluchové zdravotní omezení a jeho projevy.

G. PAMĚŤ A SOUSTŘEDĚNÍ

Nyní se budeme podrobněji věnovat Vaším potížím v oblasti duševního zdraví a kognice. Uvažujte prosím vždy jen ty projevy, které přímo souvisí s Vaším zdravotním problémem, který jste uvedl(a) jako důvod omezení v běžných aktivitách.

G1. až G3. Máte obvykle potíže s ...?				
	1 žádné potíže	2 určité potíže	3 velké potíže	4 pamatovat si nebo soustředit se nejsem schopen(-na)
G1. paměti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2. přemýšlením a soustředím při běžných činnostech (sledování TV, čtení časopisu, nakupování apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3. přemýšlením a soustředěním při náročnějších činnostech (pracovní úkoly, luštění sudoku, plánování delší cesty apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAZATEL: Pokud osoba pro všechny 3 aktivity v G1 až G3 uvedla možnost 1 „žádné potíže“, pokračujte otázkou G4. Jinak přejděte na blok otázek H.

G4. **Popište** prosím Vaše jiné mentální nebo duševní zdravotní omezení a jeho projevy či poruchu chování.

H. BOLEST A ÚNAVA

H1. Jak často jste v posledních 3 měsících měl(a) v souvislosti s Vaším zdravotním problémem nějaké fyzické bolesti ?			
1 (téměř) nikdy	<input type="checkbox"/> → H3	3 často	<input type="checkbox"/>
2 občas	<input type="checkbox"/>	4 (téměř) každý den	<input type="checkbox"/>

H2. Měl(a) jste kvůli bolesti v posledních 3 měsících potíže vykonávat své běžné činnosti?			
1 žádné potíže	<input type="checkbox"/>	3 velké potíže	<input type="checkbox"/>
2 určité potíže	<input type="checkbox"/>	4 běžné činnosti jsem vůbec nebyl(a) schopen(-na) vykonávat	<input type="checkbox"/>

H3. Jak často jste se v posledních 3 měsících cítil(a) v souvislosti s Vaším zdravotním problémem unavený(-á) nebo vyčerpaný(-á) ?			
1 (téměř) nikdy	<input type="checkbox"/> → I1	3 často	<input type="checkbox"/>
2 občas	<input type="checkbox"/>	4 (téměř) každý den	<input type="checkbox"/>

H4. Měl(a) jste kvůli únavě nebo vyčerpání v posledních 3 měsících potíže vykonávat své běžné činnosti?			
1 žádné potíže	<input type="checkbox"/>	3 velké potíže	<input type="checkbox"/>
2 určité potíže	<input type="checkbox"/>	4 běžné činnosti jsem vůbec nebyl(a) schopen(-na) vykonávat	<input type="checkbox"/>

I. KOMPENZAČNÍ POMŮCKY

Nyní budeme hovořit o tom, zda a jaké kompenzační pomůcky využíváte. V dalším bloku otázek se pak zaměříme na osoby, které Vám případně v běžném životě pomáhají.

TAZATEL: Ptejte se pouze na oblasti, ve kterých je osoba omezena, viz tabulka OP na str. 5.

11. Využíváte nějakou pomůcku pro kompenzaci svého dlouhodobého omezení v uvedené oblasti? Můžete využít KARTU 3.

Oblasti omezení:	1 ano	2 ne
1 Pohybová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Zraková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sluchová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Další (mentální, duševní, poruchy chování, vnitřní orgány, kůže, hlasové, řečové)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



TAZATEL: Pokud osoba nevyužívá žádný typ kompenzační pomůcky, tzn. I1 = 2 „ne“ pro všechny dotazované typy, pak přejděte na otázku I4. Jinak pokračujte v dotazníku.

V následujících otázkách I2 a I3 se ptejte pouze na typy pomůcek, které osoba uvedla v otázce I1, tj. I1 = 1 „ano“.

12. Do jakých cenových kategorií spadají Vaše pomůcky pro kompenzaci omezení v dané oblasti? Pokud používáte více pomůcek, posuďte prosím cenovou kategorii pro každou zvlášť.

Oblasti omezení:	1 do 5 tis. Kč	2 5 tis. až 50 tis. Kč	3 nad 50 tis. Kč
1 Pohybová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Zraková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sluchová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Další (mentální, duševní, poruchy chování, vnitřní orgány, kůže, hlasové, řečové)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Jak Vám pomůcky umožňují zvládat Vaše dlouhodobé zdravotní omezení v dané oblasti? U více pomůcek z jedné skupiny uvažujte jejich celkový přínos.

Oblasti omezení:	1 velmi dobře	2 dobře	3 pouze omezeně	4 vůbec
1 Pohybová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Zraková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sluchová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Další (mentální, duševní, poruchy chování, vnitřní orgány, kůže, hlasové, řečové)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAZATEL: V otázce I4 se ptejte na oblasti, ve kterých je osoba omezena, ať už pro ně využívá nějakou pomůcku nebo ne, viz otázka I1.

14. Potřeboval(a) byste nějaké/další pomůcky pro kompenzaci svého omezení v dané oblasti?

Oblasti omezení:	1 ano	2 ne
1 Pohybová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Zraková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sluchová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Další (mentální, duševní, poruchy chování, vnitřní orgány, kůže, hlasové, řečové)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Identifikační údaje

1. Pagina

2. Číslo domácnosti

3. Pořadové číslo osoby

J. POMOC DRUHÉ OSOBY

J1. **Využíváte** kvůli svému dlouhodobému zdravotnímu omezení **pomoc** jiné osoby, ať už v domácnosti nebo mimo ni?
Můžete využít KARTU 4.

1 ano → J3

2 ne

J2. **Potřeboval(a)** byste pomoc jiné osoby?

1 ano → J14

2 ne → K1 pokud pracuje, jinak L1

J3. Pomáhá Vám **profesionální asistent** (pečovatel)?

1 ano

2 ne → J5

J4. **Kolik hodin týdně** celkem využíváte pomoci **profesionálního asistenta** (pečovatele)?
U více pečovatelů se hodiny sčítají.

J5. Pomáhá Vám **příbuzný**?

1 ano

2 ne → J9

J6. Žije s Vámi **příbuzný**, který Vám pomáhá, **ve společné domácnosti**?

1 ano → J7, vynechat J8 a pokračovat J9

2 ne → J8

3 některý ano, některý ne

J7. **Jak často** využíváte **pomoc příbuzného**, který s Vámi žije **ve společné domácnosti**?
U více pomáhajících příbuzných ve společné domácnosti se frekvence pomoci sčítá.

1 jednou za měsíc nebo méně často

2 několikrát za měsíc

3 několikrát za týden

4 několikrát během dne

5 téměř neustále, potřebuji prakticky soustavnou pomoc či dohled

J8. **Kolik hodin týdně** celkem využíváte pomoci **příbuzného**, který s Vámi **nežije ve společné domácnosti**?
U více pomáhajících příbuzných mimo společnou domácnost se hodiny sčítají.

J9. Pomáhá Vám **známý**?

1 ano

2 ne → J11

J10. **Kolik hodin týdně** celkem využíváte pomoci **známého**?
U více pomáhajících známých se hodiny sčítají.

J11. Pomáhá Vám **dobrovolník**?

1 ano

2 ne → J13

J12. **Kolik hodin týdně** celkem využíváte pomoci **dobrovolníka**?
U více dobrovolníků se hodiny sčítají.

J13. **Potřeboval(a)** byste **pomoc ve větší míře**, tj. větší rozsah poskytované pomoci?

1 ano

2 ne → K1 pokud pracuje, jinak L1

J14. **V jakém rozsahu** byste /ještě/ **potřeboval(a)** pomoc jiné osoby?

1 1–3 hodiny týdně

2 4–7 hodin týdně

3 8–20 hodin týdně

4 21 a více hodin týdně

K. PRÁCE

TAZATEL: Tento blok otázek se týká pouze pracujících osob, tj. na str. 1 DI-4 = ano.

Nyní se zaměříme na Vaše současné zaměstnání a pracovní podmínky.

K1. Měl(a) jste z důvodu zdravotního omezení nějaké **potíže s hledáním současného zaměstnání**?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | žádné potíže | <input type="checkbox"/> |
| 2 | určité potíže | <input type="checkbox"/> |
| 3 | velké potíže | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ne, neměl(a) jsem tehdy zdravotní omezení | <input type="checkbox"/> |

K2. **Změnil(a)** jste někdy kvůli svému zdravotnímu omezení **práci**, ať už zaměstnavatele nebo pozici?

- | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|
| 1 | ano | <input type="checkbox"/> | 2 | ne | <input type="checkbox"/> |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|

K3. Pracujete na **pracovním místě** určeném **pro osoby se zdravotním postižením** (dříve „chráněné“ pracovní místo)?

- | | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|------|
| 1 | ano | <input type="checkbox"/> | 2 | ne | <input type="checkbox"/> | → K5 |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|------|

K4. Pracujete na **specializovaném pracovišti**, kde je zaměstnáno více než 50 % osob se ZP?

- | | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-------|---|----|--------------------------|
| 1 | ano | <input type="checkbox"/> | → K11 | 2 | ne | <input type="checkbox"/> |
|---|-----|--------------------------|-------|---|----|--------------------------|

K5. Máte z důvodu svého zdravotního omezení **upravený pracovní režim**?

Např. kratší úvazek, jiné rozvržení pracovní doby, přestávek, práce z domova apod.

- | | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|------|---|----|--------------------------|
| 1 | ano | <input type="checkbox"/> | → K7 | 2 | ne | <input type="checkbox"/> |
|---|-----|--------------------------|------|---|----|--------------------------|

K6. Chtěl(a) nebo **potřeboval(a)** byste vzhledem ke svému zdravotnímu omezení takovou **úpravu**?

- | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|
| 1 | ano | <input type="checkbox"/> | 2 | ne | <input type="checkbox"/> |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|

K7. Máte z důvodu svého zdravotního omezení **upravené pracovní prostředí**?

Např. speciálně uzpůsobené sezení, ovládání přístrojů, speciální pracovní pomůcky na pracovišti apod.

- | | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|------|---|----|--------------------------|
| 1 | ano | <input type="checkbox"/> | → K9 | 2 | ne | <input type="checkbox"/> |
|---|-----|--------------------------|------|---|----|--------------------------|

K8. Chtěl(a) nebo **potřeboval(a)** byste vzhledem ke svému zdravotnímu omezení takovou **úpravu**?

- | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|
| 1 | ano | <input type="checkbox"/> | 2 | ne | <input type="checkbox"/> |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|

K9. Máte **na pracovišti** z důvodu svého zdravotního omezení k dispozici **asistenta**, tj. konkrétní osobu, která má v popisu práce Vám pomáhat?

- | | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-------|---|----|--------------------------|
| 1 | ano | <input type="checkbox"/> | → K11 | 2 | ne | <input type="checkbox"/> |
|---|-----|--------------------------|-------|---|----|--------------------------|

K10. Chtěl(a) nebo **potřeboval(a)** byste asistenta vzhledem ke svému zdravotnímu omezení?

- | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|
| 1 | ano | <input type="checkbox"/> | 2 | ne | <input type="checkbox"/> |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|

K11. Máte kvůli svému zdravotnímu omezení **potíže zvládat změny nebo stres v práci**?

- | | | |
|---|---------------|--------------------------|
| 1 | žádné potíže | <input type="checkbox"/> |
| 2 | určité potíže | <input type="checkbox"/> |
| 3 | velké potíže | <input type="checkbox"/> |

K12. Setkal(a) jste se někdy **v práci nebo na pracovním trhu** v souvislosti s Vaším zdravotním omezením s **diskriminací**?

- | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|
| 1 | ano | <input type="checkbox"/> | 2 | ne | <input type="checkbox"/> |
|---|-----|--------------------------|---|----|--------------------------|

L. VYKONÁVÁNÍ BĚŽNÝCH AKTIVIT

V následující části se zaměříme na kvalitu života v obecné rovině a budeme zjišťovat, do jaké míry Vás zdravotní omezení limituje v každodenních činnostech, péči o domácnost apod.

L1. Máte kvůli svému zdravotnímu omezení obvykle potíže s následujícími činnostmi bez pomoci jiné osoby? <i>Prosím nezahrnujte dočasné problémy.</i>				
	1 žádné potíže	2 určité potíže	3 velké potíže	4 aktivitu nejsem vůbec schopen(-na) vykonávat
1 Pohybovat se samostatně po bytě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Dostat se ven z domu a pohybovat se samostatně po okolí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Dopravit se, kam potřebujete (veřejnou dopravou či autem apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Využívat veřejné prostory a jejich služby (např. úřady, obchody, zdravotnická zařízení, parky, sportoviště apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Připravit si jídlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Vykoupat se / osprchovat se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Telefonovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Nakupovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Brát léky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Vykonávat běžné domácí práce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Nakládat s penězi, vyřizovat běžné úřední záležitosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M. DALŠÍ ASPEKTY SAMOSTATNÉHO ŽIVOTA

V poslední části dotazníku se zaměříme na to, nakolik Vás zdravotní problém omezuje v možnostech seberealizace či zapojení do společnosti a veřejného života.

M1. Omezuje Vás Váš zdravotní problém v následujících oblastech života ?				
	1 ano, významně	2 ano, ale ne významně	3 ne, neomezuje	4 ne, není pro mě relevantní, nemám o to zájem
1 Získat vzdělání, které byste chtěl(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Najít si a udržet zaměstnání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Získat informace, které chcete či potřebujete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Navazovat a udržovat vztahy s druhými lidmi, vidět se se svými blízkými, přáteli, kamarády, rodinou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Navazovat a udržovat intimní vztahy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Vykonávat své záliby, koníčky a volnočasové aktivity, relaxovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Zapojovat se do komunitních, společenských, kulturních, náboženských či politických aktivit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M2. Co Vám vzhledem k Vašemu zdravotnímu omezení obecně chybí ? Můžete využít KARTU 5. <i>Lze uvést více oblastí.</i>		
1	zájem nebo přítomnost blízkých, partnera	<input type="checkbox"/>
2	podpora a vstřícnost ze strany státu a veřejných institucí	<input type="checkbox"/>
3	podpora a vstřícnost ze strany společnosti	<input type="checkbox"/>
4	dostupná zdravotní péče, vhodná léčba, rehabilitace	<input type="checkbox"/>
5	dostupné sociální služby, osobní asistence	<input type="checkbox"/>
6	bezbariérovost v domácím prostředí	<input type="checkbox"/>
7	bezbariérovost ve veřejném prostoru (na ulici, v obchodech, na úřadech apod.)	<input type="checkbox"/>
8	bezbariérovost v dopravě	<input type="checkbox"/>
9	finance	<input type="checkbox"/>
10	pracovní uplatnění	<input type="checkbox"/>
11	možnost dále se vzdělávat	<input type="checkbox"/>
12	zapojení do společenských aktivit	<input type="checkbox"/>
13	seberealizace	<input type="checkbox"/>
14	něco jiného	<input type="checkbox"/> → M3
15	nic mi výrazně nechybí	<input type="checkbox"/> výlučná odpověď → konec

v případě více odpovědí M4,
jinak konec

M3. **Co jiného** Vám konkrétně chybí? *Vypište odpověď slovy.*

M4. **Co Vám** vzhledem k Vašemu zdravotnímu omezení z vyjmenovaných oblastí **chybí nejvíce**?
Použijte kód z otázky M2.

DĚKUJEME VÁM ZA ÚČAST V TOMTO ŠETŘENÍ

POZNÁMKY TAZATELE