

UNIVERZITA PARDUBICE

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2010

Jitka HEITMAROVÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Spolupráce Agentur domácí péče a pečovatelských služeb
při poskytování komplexní ošetrovatelské péče**

Jitka Heitmarová

**Bakalářská práce
2010**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka HEITMAROVÁ**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Spolupráce agentur domácí péče a pečovatelských služeb
při poskytování komplexní ošetrovatelské péče**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a vyhledání odborné literatury.
2. Stanovení cílů, výzkumných záměrů a metod.
3. Zpracování teoretické části.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr respondentů a rozdání dotazníků.
6. Sběr, zpracování a interpretace dotazníků.
7. Zhodnocení cílů, výzkumných záměrů a celé bakalářské práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

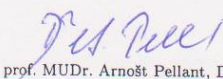
Seznam odborné literatury:

1. MISCONIOVÁ, B. Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče. 1. vyd. Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2003. ISBN 80-239-0959-2.
2. MISCONIOVÁ, B. Stručný průvodce domácí péčí. Praha : Asociace domácí péče České republiky, 1993.
3. MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetřovatelství I. díl. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0429-9.
4. MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetřovatelství II. díl. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0428-0.
5. BÁRTLOVÁ, S. Sociologická problematika laické péče o seniory a nemocné. Sestra, 2002, roč. 12, č. 10.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Levová, DiS.
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2009

Termín odevzdání bakalářské práce: 23. dubna 2010


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. února 2010

Prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně Univerzity Pardubice.

V Prostějově dne 17. 04. 2010

Jitka Heitmarová

Poděkování

Tímto bych chtěla velmi poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Levové, DiS. za věnovaný čas, ochotu, pomoc a cenné rady, které mi poskytla při tvoření mé práce.

Dále bych chtěla poděkovat vedení i personálu Centra domácí péče NIKÉ a Pečovatelské službě HELP HOME za ochotu a pomoc při výběru respondentů a v neposlední řadě i klientům obou výše jmenovaných služeb za čas, který mi věnovali.

Anotace

Bakalářská práce pojednává o spolupráci Agentur domácí péče a pečovatelských služeb při poskytování komplexní ošetrovatelské péče klientům využívajících těchto služeb. V teoretické části je uvedena historie a vývoj domácí péče a pečovatelských služeb v České republice i ve světě, pro koho jsou určeny a nejčastější indikační skupiny. Je zde také stručné seznámení s pojmem zdravotní sestra v domácí péči, vliv a pomoc rodiny a nakonec se zabývá potřebami nemocných. Ve výzkumné části je uvedena metodika prováděného výzkumu a postupné vyhodnocení otázek použitého strukturovaného rozhovoru. V závěru je zhodnocení celé práce, a zda došlo k dosažení cílů práce.

Klíčová slova

Komplexní ošetrovatelská péče, primární péče, domácí péče, pečovatelská služba

Title

The Cooperation of Home Care and Nursing Agencies in Providing Comprehensive Care

Annotation

The bachelor's work deals with Home care and Nursing agencies cooperation in the providing comprehensive nursing care for clients who use these services. In the theoretical part history and evolution of the home care and the Nursing agencies in the Czech republic and The world is meant. Also at who the Home care and the Nursing agencies are aimed. There is also brief introduction of the term nurse of the home care, influence and the help of the family and finally I engage with the needs of patients. In the research part the method of the finished research and progressive evaluation of the structural interviews is described. There is evaluation of the whole work and it's goals at the end.

Key words

Complex nursing care, primar health care, home care, nursing care

Obsah

Úvod.....	9
Cíle práce	9
I. Teoretická část	10
1 Domácí péče.....	10
1.1 Historie domácí péče.....	10
1.2 Vývoj domácí péče v České republice	11
1.3 Pro koho je Domácí péče určena.....	14
1.4 Sestra v domácí péči	15
2 Pečovatelská služba.....	16
2.1 Výkony v pečovatelské službě	16
2.2 Ostatní služby.....	17
3 Pojem komplexní péče	18
4 Úloha rodiny	19
5 Potřeby	20
II. Výzkumná část.....	21
1 Výzkumné záměry	21
2 Metodika	21
3 Způsob zpracování strukturovaného rozhovoru	22
4 Interpretace výsledků výzkumu	23
5 Diskuze	43
6 Závěr	49
Soupis bibliografických citací.....	50
Seznam zkratk	51
Seznam příloh.....	51
Příloha 1	52

Úvod

Problematika komplexní péče poskytované klientům agentur domácí péče a pečovatelských služeb je dle mého názoru velmi aktuální tematikou. Vývoj domácí péče a pečovatelských služeb v České republice zaznamenává velké úspěchy a je respektovanou formou péče, začleněnou do našeho systému zdravotnictví.

Mohlo by se zdát, že informace o systému sociálních služeb jsou všeobecně známé, musí se však neustále aktualizovat. Široká veřejnost je stále překvapena jaké nové, pro klienty často netušené možnosti, skýtá systém zdravotnické a sociální péče.

S tímto systémem se klienti a jejich blízcí seznamují až v období prožívání náročné životní situace. Je tedy přirozené, že informace začínají vyhledávat až ve chvíli, kdy tento systém bezprostředně potřebují. Úkolem je zajistit takové podmínky pro poskytování péče, které odpovídají maximálním možnostem systému zdravotní i sociální péče a vedou k maximální spokojenosti klienta, ale i ošetřujícího personálu. Česká komplexní domácí péče má a jistě bude mít mnoho problémů, podmínky, ve kterých působí, nejsou nejlepší a propojenost všech institucí není zrovna ideální. Ale vše je teprve na začátku a všichni věří, že se ubírá správným směrem.

Cílem mojí práce bylo zjistit na jaké úrovni je spolupráce mezi zdravotnickými a sociálními institucemi, a jestli je jejich klientům poskytována komplexní péče.

Cíle práce

1. Zjistit, zda je u klientů Agentur domácí péče a Pečovatelských služeb poskytována komplexní péče.
2. Zjistit, zda klienti Pečovatelských služeb využívají také služeb Agentur domácí péče .
3. Zjistit, zda je klientům Agentury domácí péče poskytována také Pečovatelská služba.
4. Zjistit, která oblast potřeb je u klientů nejméně zajištěná.

I. Teoretická část

1 Domácí péče

1.1 Historie domácí péče

Moderní koncept domácí péče byl zahájen v roce 1859 v Liverpoolu Williamem Rathbonem, známým byznysmenem a filantropem. Přišel na myšlenku domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu. Ve spolupráci s Florence Nightingalovou (zakladatelka a propagátorka moderního ošetrovatelství) založil první školu pro sestry, které poskytovaly ošetrovatelskou péči nemocným, potřebným a chudým lidem.

V roce 1885 byla ve Spojených státech založena organizace sester v domácí péči, která pomáhala chudým a opuštěným lidem se zdravotními problémy.

V rámci celé Evropy došlo k rozvoji domácí péče koncem 19. století. Ve 20. století v průběhu dvou světových válek byla zatlačena do defenzívy díky kumulaci pacientů v lůžkových zdravotnických zařízeních. Sem přicházeli díky možnosti léčby dříve neřešitelných problémů.

Domácí péče se orientuje na péči pro seniory. Pouze v Holandsku zůstávají věrni tradičnímu systému domácí péče - od doby příchodu lidské bytosti na svět až po jeho opouštění.

K myšlence navrácení se k domácí péči došlo v Evropě (Francie, Finsko, Lucembursko, Lichtenštejnsko, Belgie, Dánsko, Švýcarsko, Švédsko, Rakousko, Anglie, Itálie, SRN) na počátku 70. let 20. století, tedy v době, kdy začínají jednotlivé zdravotnické systémy spotřebovávat stále více peněz ze státních rozpočtů.

Vlády jednotlivých zemí prostřednictvím expertů hledaly východiska v řešení nejen těchto problémů - prognostici hlásí stárnutí populace, zvyšování počtu osob závislých na pomoci druhé osoby.

V každé z těchto zemí je domácí péče tvořena určitým rozdílným podílem zdravotní a sociální péče, či pomoci. Ve všech těchto zemích svou nezastupitelnou úlohu v domácí péči hraje obec, která prostřednictvím domácí péče tvoří a modeluje komunální politiku zdraví a sociální péči.

Východisko nachází mnoho expertů v preferenci primární péče domácí péče a proto Světová zdravotnická organizace v roce 1977 v Alma Atě, vyhláší program „Zdraví pro všechny do roku 2000“.

Domácí péče se také liší dle geografie. Severská forma domácí péče je orientována na servis, který přichází od státu, vládních, či nevládních organizací, vlastní účasti rodiny, či příbuzenstva, doplňuje tuto péči. Jižní forma domácí péče je spojena s tradičním sepětím všech členů rodiny, vzájemnou laickou pomocí a servis státu vhodně doplňuje tuto péči. Česká forma domácí péče má hluboké historické kořeny.

(Misconiová, 2006)

1.2 Vývoj domácí péče v České republice

Služba potřebným v rodinách i špitálech byla výsadou řeholních řádů, v Českých zemích to byly například již v počátku 20. století Řád svatého ducha, Johanitky, Alžbětinky, Milosrdní bratři, Křížovníci s červenou hvězdou a Klaristky. Masivní rozvoj zaznamenalo ošetrovatelství v domácnostech ve 13. století, kdy řeholnice působily v domech nemocných.

V 15. Století vykonávaly návštěvní opatrovnictví v Praze speciálně školené diakonky, nemocné myly, opatrovaly a praly jim prádlo. Za vlády Marie Terezie (1740-1780) došlo ke zlepšení péče o poddané v sociální sféře, stavěly se různé útulky a zakládaly se spolky pro ochranu a pomoc potřebným. V domácí péči se začínala propojovat charitativní i odborná stránka.

(Jarošová, 2007)

V době Národního obrození se část intelektuálů - například Karolina Světlá a Eliška Krásnohorská, snažila podporovat sociální i odbornou péči pro všechny obyvatele bez rozdílu. Roku 1874 byla založena z jejich iniciativy první ošetrovatelská škola. Jsou zřizovány různé spolky, pořádány dobročinné akce na podporu sociálně slabých. V roce 1919 byl za významné pomoci Alice Masarykové založen Československý červený kříž. V období první republiky s jeho podporou vznikla myšlenka „odborné ošetrovatelské pomoci v domácnosti“.

Protože žádná z existujících škol plně nevyhovovala charakteru této péče, byla při Státním zdravotním ústavu založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče. Ošetřovatelská péče měla spíše sociální charakter, byla zaměřena na děti, staré a chudé nemocné.

Na sjezdu Spolku diplomovaných sester byly definovány tři klíčové úkoly sociálně zdravotní péče: ošetřovatelský, sociální a lidovýchovný, a byl navrhnut obsah práce sestry a její funkce mezi rodinou a sociálně zdravotními institucemi, úřady a školami. Po druhé světové válce došlo k velkému nárůstu zakládaných ošetřovatelských škol. Jedním z nových oborů byla výchova sester pro úsek ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách. Po roce 1948 se ošetřovatelství stalo více technické a započala medicinalizace. Řeholní sestry byly nahrazeny sestrami civilními a péče byla přesunuta do nemocnic. Od 19. srpna 1952 dle zákona 103/1951 na sebe přebral odpovědnost za provádění domácí péče stát, tato péče byla začleněna do zdravotních obvodů.

(Jarošová, 2007)

Po Sametové revoluci v roce 1989 se začínáme vracet k demokratickým principům. Transformace společnosti probíhá bouřlivě, reforma zdravotnictví je obtížný proces. Aplikace tvrzení projektu SZO - Zdraví pro všechny do roku 2000 mimo dovolání se zájmu jedince na svém vlastním zdraví v sobě zahrnuje i problematiku ozdravení celé společnosti pomocí preventivních a edukačních programů.

Hrozba privatizace, restrukturalizace, ekonomizace atd. se stává obtížně řešitelným problémem pro zahraniční experty i pro naše odborníky. Cesta od socialismu ke společnosti uplatňující tržní mechanismy staví Českou republiku před nelehký úkol.

Ohrožení „sociálních jistot“ společnosti je citlivý bod, který je nutné v maximální míře kompenzovat novými efektivními programy. V říjnu roku 1991 se ve Strasburgu koná první evropský kongres Domácí péče. Mezi stovkami účastníků ze všech zemí světa se najdou i dvě účastnice z České republiky.

Kongres se stává odrazovým můstkem pro spuštění kampaně k propagaci Domácí péče na území České republiky.

V roce 1991 byla Ministerstvem zdravotnictví uzákoněna domácí péče jako segment zdravotní činnosti, nazvaný zvláštní forma zdravotní péče. V říjnu 1991 byla založena první agentura domácí péče při nemocnici v Pardubicích, financovaná z jejího rozpočtu (dnešní Niké). Ke konci tohoto roku to bylo již 26 agentur domácí ošetřovatelské péče působících v České republice. Po roce 1993 se začínají odborné domácí péče zaměřovat i na postoperační

péči. V tomto roce byla také zřízena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR), která i dnes nepovinně shromažďuje poskytovatele domácí péče – sestry, lékaře, sociální pracovníky a další.

(Jarošová, 2007)

V roce 1996 byla již Česká republika reprezentována na I. světovém kongresu domácí péče Asociace domácí péče České republiky, která je jednou ze sedmi zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče (WHO) se sídlem ve Washingtonu D.C.

Desítky legislativních změn, článků, interview, televizních, rozhlasových pořadů, seminářů, workshopů, edukačních programů pro společnost i profesionály, apelů na politické strany a městská zastupitelstva přinesly své ovoce. Podařilo se získat podporu ze strany laické veřejnosti i profesionálů. Domácí péče se stala symbolem lidské vzájemnosti, profesionality, lásky, pomoci a návratu naší společnosti k tradicím našich předků.

V současnosti o veškeré činnosti (náplň, délka trvání a četnost návštěv) domácí péče u klienta rozhoduje jeho praktický lékař nebo ošetřující lékař za hospitalizace. Domácí zdravotní péče spadá pod Ministerstvo zdravotnictví a je poskytována všem občanům bez rozdílu věku, pohlaví, rasy nebo náboženského vyznání. Dle vyhlášky ministerstva zdravotnictví spadá pod odbornost 925 – domácí zdravotní péče. U každého klienta je vedena ošetrovatelská dokumentace, ale v České republice není prozatím jednotná. Domácí péče bývá dostupná zpravidla 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. Odborná domácí péče je poskytována na maximálně tři hodiny denně. V některých případech je možno péči prodloužit až na pět hodin denně po schválení revizním lékařem dané pojišťovny. Návštěvy jsou formálně rozděleny do čtyř časových bloků: 15 minut, 30 minut, 45 minut, 60 minut.

(Jarošová, 2007)

1.3 Pro koho je Domácí péče určena

Nárok na poskytování domácí péče má každý občan České republiky, jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí klienta rozhodne o poskytování domácí péče. Na základě rozhodnutí ošetřujících lékařů je poskytována domácí péče každoročně statisícům klientů všech věkových, indikačních i diagnostických skupin. Obvykle se jedná o ty klienty, kteří by bez existence domácí péče byli hospitalizováni. Klient se tedy dostává do takové životní situace, kdy dojde ke změně zdravotního stavu, kterou již nelze zvládat laickou péčí a je nutné poskytnout odbornou péči ve vlastním sociálním prostředí. Domácí péče patří mezi plnohodnotné formy zdravotní péče, díky svému rozsahu, kvalitě a vysoce kvalifikované a odborné formě péče umožňuje zkrátit pobyt klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních na nezbytně nutnou dobu.

Domácí péče je indikována nejvíce u klientů, kteří jsou plně nebo částečně závislí na pomoci druhé osoby, u nichž je nutné zajistit pokračování dlouhodobé i následné péče, nebo doléčení z důvodu chronického či akutního onemocnění. Součástí je také péče o duševní zdraví a resocializace klientů s duševním onemocněním.

Nejčastější diagnózy jsou například: bércové vředy, dekubity, diabetes mellitus, cévní mozková příhoda, plegie, hypertenze, ischemická choroba srdeční, onkologická onemocnění, roztroušená skleróza, arterioskleróza, psychiatrická onemocnění, demence, parkinsonova choroba, respirační choroby a pooperační a poúrazové stavy.

(Misconiová, 2006)

1.4 Sestra v domácí péči

Výkony provádí erudovaná sestra v klientově vlastním sociálním prostředí. Sestra musí mít nejméně tři roky praxe u lůžka. Náplň její práce tvoří převazy (nejčastěji chronické rány – ulcerující nebo dekubity, ale také péče o operační rány), odběry biologického materiálu, parenterální aplikace léčiv, péče o všechny druhy stomií, permanentní katetry, podání klyzmat. Dále je to nácvik pohybu u nemocných po úrazech, operacích a cévních mozkových příhodách. Již běžná je celková péče o ležícího, prevence dekubitů a edukace diabetiků o správné aplikaci inzulínu. Náplní práce je i doprovod umírajícího a nemocného v terminálním stádiu, podmínkou je však spolupracující rodina. Sestra by měla být vždy profesionální a usměvavá a na pacienta nahlížet jako na celistvou, jedinečnou osobnost s vlastními problémy, které mu pomáhá řešit.

(Diagnóza, 9/2006)

2 Pečovatelská služba

Sociální péče je poskytována jako součást domácí péče pečovatelskou službou. Tuto službu poskytují a zajišťují orgány státní správy pro těžce zdravotně postižené občany, kteří nejsou schopni si sami obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby, nebo kteří pro nepříznivý stav potřebují ošetření jinou osobou, pokud jim potřebnou péči nemohou poskytovat rodinní příslušníci. Pečovatelská služba je poskytována za plnou, nebo částečnou úhradu klientem (včetně základních služeb), s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům klienta a jeho rodinných příslušníků. Sociální potřebnost klienta stanoví sociální pracovník, který také určí, v jakém rozsahu bude pečovatelská služba poskytována. Současně uvede i výši spoluúčasti klienta na úhradě pečovatelské služby. Sociální práce má v našem zdravotnictví dlouholetou tradici. Dříve však šlo o práci především administrativní, nyní se však zaměřuje na péči a podporu klientů, popřípadě i jeho rodiny.

(Plžik, 2007)

2.1 Výkony v pečovatelské službě

U sociálně potřebných klientů jsou nejčastěji prováděny následující úkony: pomoc při zvládání běžných činností, péče o sebe sama (dopomoc při oblékání, přesunu na vozík, lůžko), jednoduché ošetřovatelské úkony, pomoc při osobní hygieně (ošetření nohou - pedikúra, masáž, zástřih a úprava vlasů, dopomoc při oblékání, přesunu na WC), donáška léků, jídla a pití, příprava a uvaření snídaně, svačiny, oběda, večeře, dopomoc při podávání jídla a pití, hygiena prostředí, práce spojené s udržováním chodu domácnosti (praní, žehlení a drobné opravy prádla), doprovod na vyšetření, nákupy, úřady a nutné pochůzky, poradenství a pomoc při prosazování práv a zájmů, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytnutí výchovné, terapeutické, vzdělávací a aktivizační činnosti.

(Misconiová, 2006)

2.2 Ostatní služby

Pro podporu rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele jsou určeny domovy a penziony. Podporují jeho případný návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo alespoň zachování původního životního stylu. Dále jsou to centra denních služeb určená lidem, jejichž schopnosti sebeobsluhy jsou sníženy, klienti jsou zde nejčastěji dopoledne, kdy je jejich rodina nebo opatrovník v práci. Velmi přínosná je i osobní asistence. Je to pomoc ke zvládnutí běžných každodenních činností a úkonů. Umožňuje setrvání v přirozeném prostředí a zachování vlastního životního stylu. Musíme však brát ohled na to, že vstup do takového zařízení je obrovskou změnou v životě člověka, obzvlášť pokud se jedná o stálý pobyt. A je to ještě těžší, pokud na to není člověk připraven, nebo o tom za něj někdo rozhodne. Opouští dům nebo byt, ve kterém prožil určitou životní etapu a musí se rozloučit se svou minulostí.

(Pichaud, Thareauová, 1998)

3 Pojem komplexní péče

Dnešní moderní doba dává možnost o pacienta pečovat na velmi vysoké úrovni a to nejen v nemocničních zařízeních, ale především v prostředí pro pacienta vlastním, mezi jeho blízkými. Co tedy znamená komplexní? Je to celostní a multidimenzionální pohled, který zahrnuje složku tělesnou, psychickou, sociální, spirituální i vlivy vnějšího prostředí. Významným prvkem komplexní péče je propojení zdravotních a sociálních služeb.

Komplexní domácí péče je poskytovaná dle ordinace ošetřujícího lékaře, ve vlastním sociálním prostředí klienta, je individuální a adresná. Je charakteristická tím, že její nabídka vychází z konkrétních a aktuálních potřeb jednotlivce, které jsou diagnostikovány na základě komplexního sběru dat o stavu klienta a stavu jeho sociálního prostředí. Komplexní domácí péče je tedy jedním z funkčních prvků primární péče. V jejím rámci jsou poskytovány různé formy zdravotní, sociální a laické péče. Cílovým stavem v oblasti komplexní domácí péče je funkční síť agentur, které budou ve spolupráci s občany, ošetřujícími zdravotníky, nestátními organizacemi, státní správou a samosprávou poskytovat kvalitní, efektivní, humánní a komplexní domácí péči 24 hodin denně.

V rámci komplexní péče je vhodné rozvíjet také preventivní programy, jako jsou například výchova k rodičovství, správnému životnímu stylu a péče o tělesné a duševní zdraví a monitorovat zdravotní a sociální stav jedince i populace a včas signalizovat změny odborníkům.

(Sestra, 4/2008)

4 Úloha rodiny

Uvolněním tradičních rodinných vazeb došlo k zeslabení citových pout a tím pádem se vytrácí důvěrnější komunikace. Podle sociologů není stále vyřešena úloha a postavení jednotlivých členů moderní rodiny. Postoje k přijetí a plnění určité role v rodině mohou být různé. Mohou být plněny se zájmem a ctí, z racionálních či ziskových důvodů, ale mohou být i odmítnuty. Je mnoho rodin, které žijí a pečují o své členy, kteří mají krátkodobě nebo dlouhodobě sníženou soběstačnost nebo jsou i vážně nemocní. Sledovat zájem členů rodiny o nové metody ošetřování v domácím prostředí potěší každého.

Rodina však musí splňovat řadu podmínek pro kvalitní péči o nesoběstačného člena. Nejdůležitější je mít předpoklady fyzické, psychické, sociální, časové a také finanční, tedy moci pečovat. Mít přesvědčení, snahu a odvahu, tedy chtít pečovat. A v neposlední řadě umět pečovat, mít znalosti teoretické a praktické nebo chuť se jim naučit. Proto by mělo být cílem naší společnosti motivovat rodinu morálně, právně, ekonomicky a sociálně. Velmi důležité je i vytvoření sítě sociálních služeb s dostatečnou kapacitou a dobrou dostupností, které by pomáhali rodině plnit její funkci.

(Klevetová, Dlabalová 2008)

5 Potřeby

Potřeby jsou projevem určitého nedostatku, kdy nám něco schází. Nutí nás k hledání něčeho nebo naopak k odstranění nebo vyhýbání se něčemu pro nás nepříznivému. Jsou podmínkou, kterou nutně potřebujeme ke své existenci a správnému vývoji.

Lidé mají odlišné způsoby vyjádření a uspokojení potřeb, které se v průběhu života mění ve své kvalitě i kvantitě. I když jsou naše potřeby stejné, každý jedinec je uspokojuje jinak, proto se například lišíme způsobem života. Prožívání nedostatku zásadně mění chování jednotlivce a tím ovlivňuje pozornost, myšlení, emoce a volní procesy, tedy veškerou psychickou činnost. Naše jednání je zaměřené jen na uspokojení potřeb.

Potřeby můžeme uspokojovat různými způsoby – vhodnými, ale i nevhodnými. Za vhodné považujeme ty, které neškodí nám ani našemu okolí. Jsou přijatelné v naší kultuře z hlediska sociálního, kulturního, ale i právního. Nevhodné nemají jednu z předchozích charakteristik nebo nejsou v mezích zákona.

Potřebu musíme chápat jako celek nitra s okolním prostředím. Porucha určité části vede zákonitě k poruše jiné části celku nebo dokonce celého systému. Proto je důležitý celostní, bio-psycho-sociálně-spirituální pohled na člověka.

Nejčastější chybou ve zdravotnictví je pohled na nemocného jako na diagnózu, kterou když vyléčíme, vyřešíme tím určitý problém nebo potřebu. Proto se charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství stalo systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb u zdravého i nemocného klienta.

U každého onemocnění nebo snížení soběstačnosti, dlouhodobého i krátkodobého se objeví negativní emoce – strach, úzkost, hněv. Zásadně se také mění naše potřeby. Hospitalizace klienta vede k narušení mezilidských vztahů a může dojít až k sociální izolaci. Proto se snažíme zachovat klienta co nejdelší dobu v jeho vlastním sociálním prostředí mezi svými blízkými.

(Trachtová, 1998)

II. Výzkumná část

1 Výzkumné záměry

1. Většině klientů Agentur domácí péče je poskytována komplexní péče.
2. Většině klientů Pečovatelských služeb není poskytována komplexní péče.
3. Většina klientů Agentur domácí péče má také zajištěnou Pečovatelskou službu.
4. Většina klientů Pečovatelských služeb nemá zajištěnou Agenturu domácí péče.
5. Většina respondentů potřebuje služby Agentury domácí péče i Pečovatelské služby.
6. Respondenti mají nejméně zajištěnou oblast uklízení a vyřizování formalit na úřadech.

2 Metodika

Pro získání dat k provedení výzkumu byl použit formulář strukturovaného rozhovoru. Viz Příloha 1.

Strukturovaný rozhovor byl zcela anonymní a byly v něm použity otázky otevřené, uzavřené – dichotomické, polytomické, dále otázky polouzavřené a identifikační. Strukturovaný rozhovor obsahuje celkem 22 otázek. Otázky byly zaměřené především na oblast využívání zdravotnických a sociálních služeb, informovanosti o nich a různých možnostech a o poskytování a uspokojování potřeb klientů v ošetrovatelské a sociální sféře.

Výzkum probíhal od ledna 2010 do února 2010 v Centru domácí péče NIKÉ a v Pečovatelské službě HELP HOME. Tyto instituce jsem volila na základě dobrých referencí a po předchozí kladné zkušenosti. Před rozdělením dotazníků proběhl pilotní výzkum za pomoci 5 klientů Centra domácí péče NIKÉ. Na základě jejich odpovědí a porozumění otázkám jsem provedla drobné úpravy. Poté jsem za přítomnosti pracovníků zmíněných institucí, prováděla výzkum za pomoci strukturovaného rozhovoru. Klienti byli různých věkových skupin, různého pohlaví a různě dlouho využívali služeb ADP a PS. Ke klientům ADP jsem docházela vždy se zdravotní sestrou, po tom, co provedla smluvené úkony, jsem klientům přečetla strukturovaný rozhovor a odpovědi zaznamenávala do předem připraveného formuláře. Za klienty PS jsem docházela do tzv. domovinky, která zajišťuje péči o klienty po určitou část dne, kdy jsou jejich blízcí nebo opatrovník v práci, nebo když si potřebují něco vyřídit. Zbývající počet jsem doplnila o klienty, kteří bydlí v bytech s pečovatelskou službou. Ke klientům mě doprovázela ošetrovatelka.

3 Způsob zpracování strukturovaného rozhovoru

Klientů bylo celkem 50, tedy vždy polovina z ADP a PS. Pro větší přehlednost jsem klienty rozdělila do tří skupin. Na ty co užívají jen ADP-20 klientů, užívající jen PS-20 klientů a na ty, co užívají ADP i PS současně – 10 klientů. V otázkách, kde porovnávám jen služby nebo klienty ADP nebo PS, jsou klienti rozděleni na užívající ADP – 25 a užívající PS – 25.

Ke všem otázkám je vytvořen graf, vytvořený v programu Microsoft Excel 2007. K vybraným otázkám jsem pro větší přehlednost vytvořila tabulku. Analýza a zpracování dat byly zobrazeny absolutní (počet odpovědí) a relativní četností (procentuální vyjádření) dle vzorce: $f_i = (n_i / n) \times 100$, kde f_i vyjadřuje relativní četnost, n_i absolutní četnost a n celkový počet respondentů.

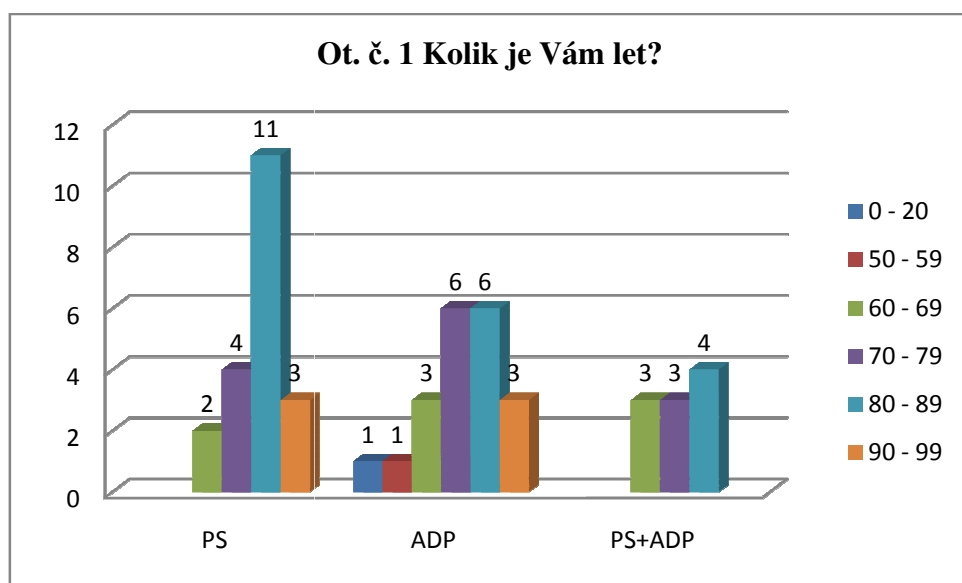
4 Interpretace výsledků výzkumu

Šetření za pomoci strukturovaného rozhovoru

1) Kolik je Vám let?

Tab. 1 Rozložení věkových skupin

odpovědi	Absolutní četnost			Relativní četnost %		
	PS	ADP	PS+ADP	PS	ADP	PS+ADP
0 - 20	0	1	0	0	5	0
50 - 59	0	1	0	0	5	0
60 - 69	2	3	3	10	15	30
70 - 79	4	6	3	20	30	30
80 - 89	11	6	4	55	30	40
90 - 99	3	3	0	15	15	0
celkem	20	20	10	100	100	100



Obr. 1 Graf rozložení věkových skupin

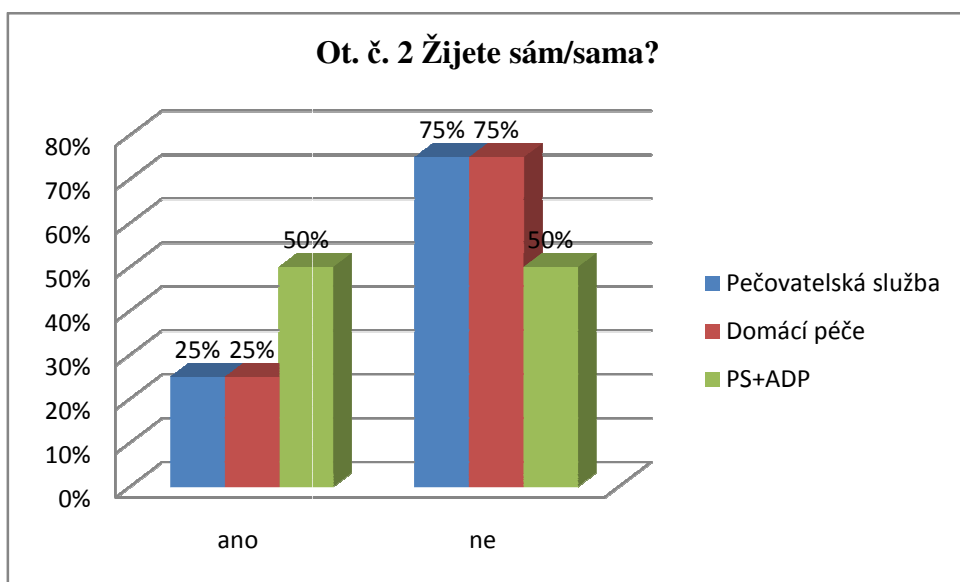
Služeb ADP a PS využívali nejvíce respondenti, kterým je 80-89 let. Z celkového množství 20 klientů, kteří mají zjednanou jen ADP, to bylo 6 klientů (30%), z 20 lidí, kteří využívají služeb PS, to bylo 11 klientů (55%). A z 10 respondentů využívajících obou služeb to byli 4 klienti (40%). Další věkové rozložení bylo následující, ve skupině 70-79 let jsou 4 klienti (20%) využívající služeb PS, 6 klientů (30%) z ADP a klienti, kteří mají sjednané obě služby, jsou 3 (30%). Ve věkové kategorii 60-69 let jsou 2 klienti (10%) z PS, 3 klienti (15%)

z ADP a rovněž 3 klienti (30%) ze skupiny obou služeb. Respondenti, kterým je 90-99 let jsou 3 (15%) v skupinách ADP i PS. Dále byli ve skupině ADP klienti ve věku 0-20 a 50-59 vždy po jednom (5%). Viz tab. 1 a obr. 1.

2) Žijete sám/sama?

a) Ano

b) Ne

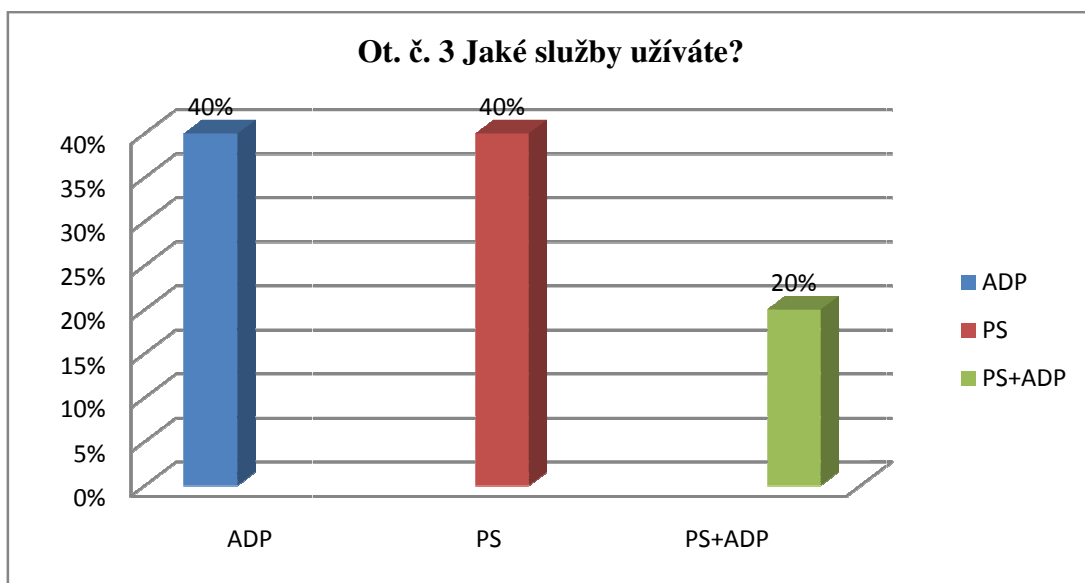


Obr. 2 Graf s kým klient žije

Většina respondentů nežije sama. Ze skupiny ADP a rovněž tak i z PS to je vždy 15 klientů (75%). Samo žije 5 klientů ze skupiny ADP i PS (25%). Klienti využívající obou služeb žijí sami v 5 případech (50%) a 5 klientů (50%) samo nežije. Viz obr. 2.

3) Jaké služby využíváte?

- a) Agenturu domácí péče
- b) Pečovatelskou službu
- c) Obě výše jmenované

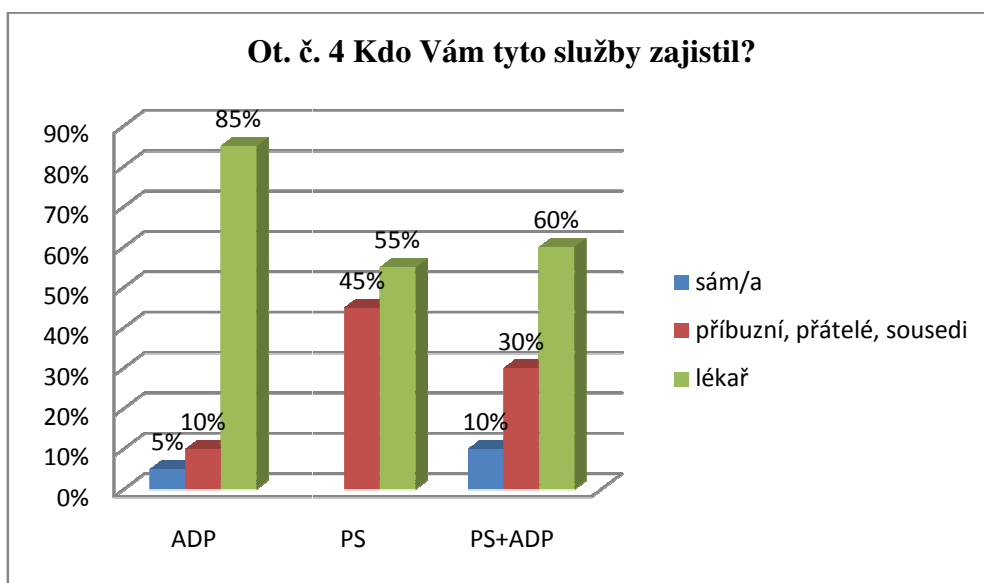


Obr. 3 Graf Jaké služby klient využívá

Na otázku, jaké služby klienti užívají, odpovědělo z celkového počtu 50 dotazovaných, 20 respondentů (40%), že využívají jen služeb ADP. 20 klientů (40%) má zjednanou jen PS. A zbývajících 10 klientů (20%) využívá obě tyto služby. Viz obr. 3.

4) Kdo Vám tyto služby zajistil?

- a) Já sám/sama
- b) Příbuzní, přátelé, sousedi
- c) Lékař nebo jiná zdravotnická organizace
- d) Pečovatelskou službu mi zajistila Agentura domácí péče
- e) Agenturu domácí péče mi zajistila pečovatelská služba



Obr. 4 Graf kdo služby zajistil

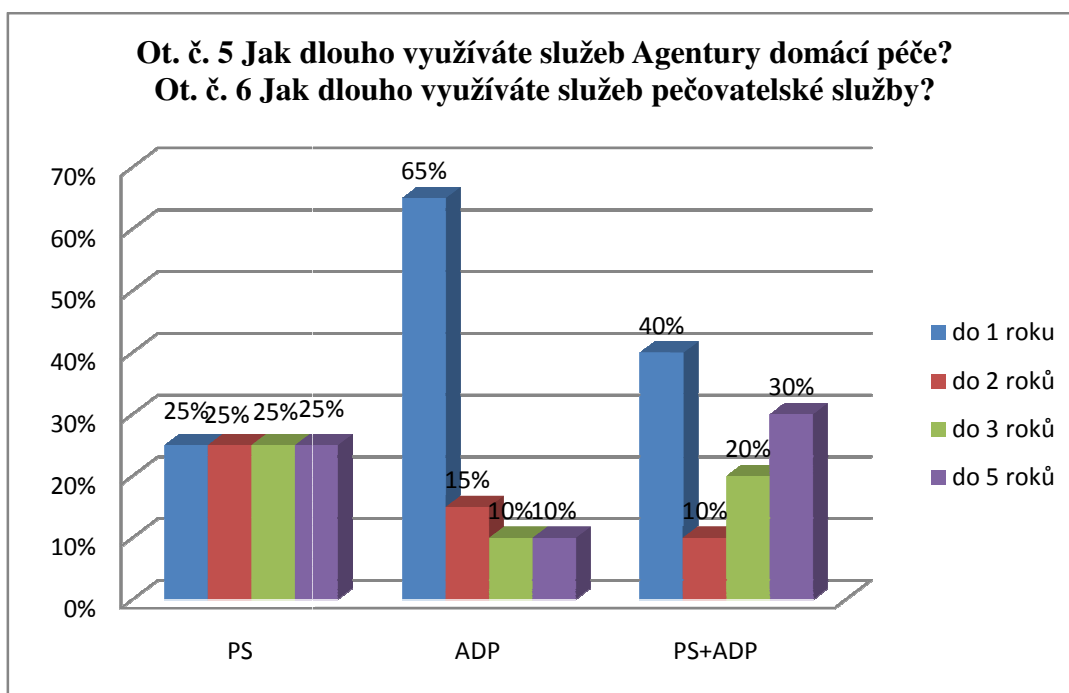
Pro tuto otázku jsem klienty rozdělila opět do 3 skupin, dle toho, které služby využívají. V nejvíce případech poprvé na zmiňované služby upozornil klienty jako lékař. Ve skupině využívající služby jen ADP to bylo u 17 klientů (85%), u klientů PS to bylo u 11 klientů (55%) a u skupiny PS+ADP lékař zajistil služby 6 klientům (60%). Dále se nejvíce podíleli na zajištění služeb příbuzní, přátelé, sousedi (dále jen jako blízcí). Ve skupině využívající jen ADP to bylo u 2 klientů (10%), ve skupině mající jen PS se tato odpověď vyskytla u 9 klientů (45%). A ve skupině mající obě služby je to u 3 klientů (30%). Klienti sami si služby zajistili vždy po 1 ve skupině ADP (5%) a ve skupině PS+ADP (10%). Viz obr. 4.

5) Jak dlouho už využíváte služeb Agentury domácí péče?

6) Jak dlouho už využíváte pečovatelské služby?

Tab. 2 jak dlouho klient využívá služeb ADP a PS

odpovědi	Absolutní četnost			Relativní četnost %		
	PS	ADP	PS+ADP	PS	ADP	PS+ADP
do 1 roku	5	13	4	25%	65%	40%
Do 2 roků	5	3	1	25%	15%	10%
Do 3 roků	5	2	2	25%	10%	20%
Do 5 roků	5	2	3	25%	10%	30%
celkem	20	20	10	100	100	100

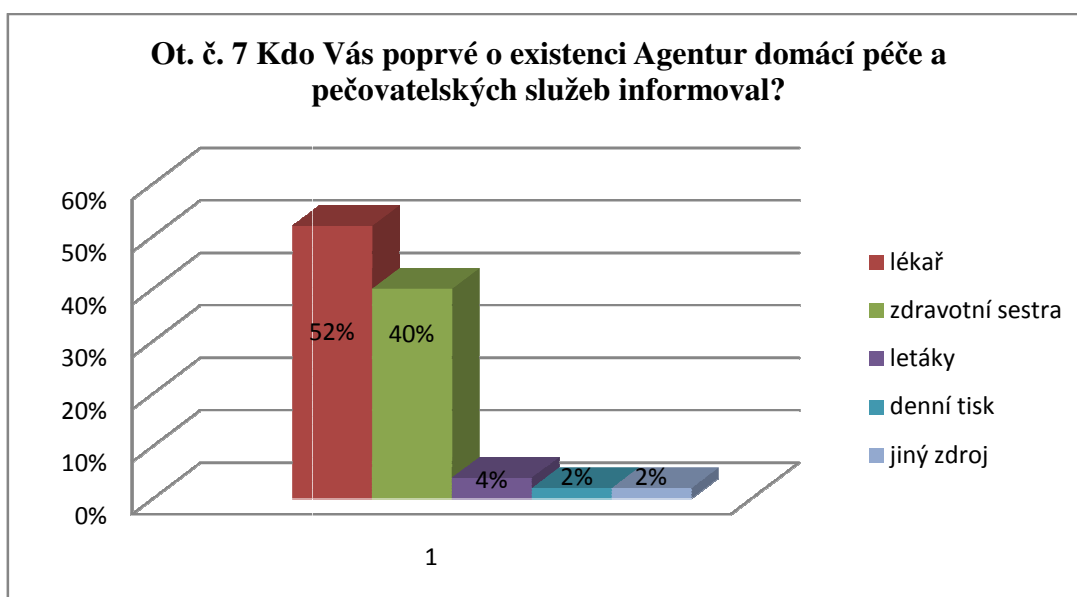


Obr. 5 Graf jak dlouho klient využívá služeb ADP a PS

Otázku č. 5 a 6 jsem spojila do jednoho grafu a pro přesnější znázornění jsem použila i tabulku. Vždy 5 klientů (25%) PS využívá v rozdělených intervalech do 1, 2, 3 a 5 roků. ADP využívá 13 klientů (65%) do 1 roku, 3 klienti (15%) do 2 roků a vždy 2 klienti (10%) do 3 a 5 roků. PS+ADP využívají 4 dotazovaní (40%) do 1 roku, 3 klienti (30%) do 5 roků, 2 klienti (20%) do 3 roků a 1 klient (10%) do 2 roků. Viz tab. 2 a obr. 5.

7) Kdo Vás poprvé o existenci Agentur domácí péče a pečovatelských služeb informoval?

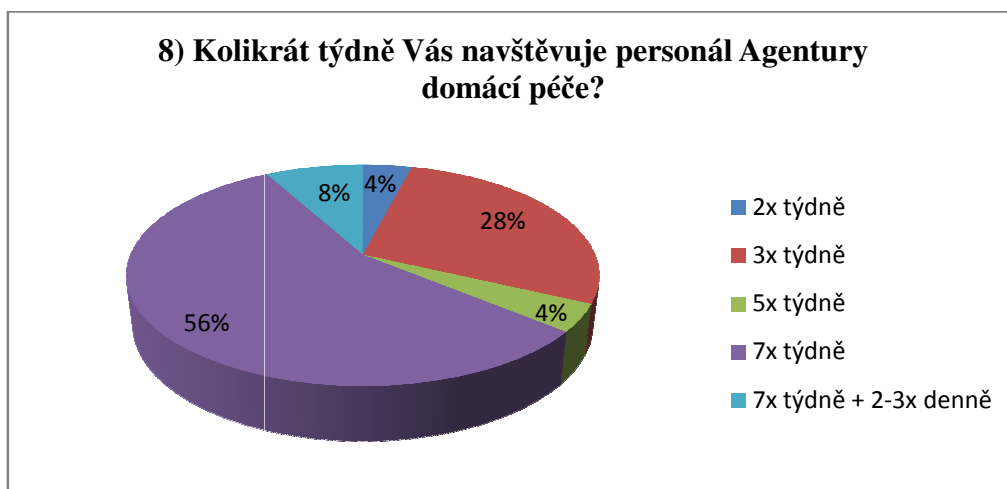
- a) Lékař
- b) Zdravotní sestra
- c) Letáky
- d) Denní tisk
- e) Televize
- f) Jiný zdroj



Obr. 6 Graf kdo klienty poprvé informoval o existenci ADP a PS

V této otázce jsem klienty nerozdělovala, 100% odpovídá 50 klientům. První informaci o existenci ADP a PS podal v nejvíce případech lékař, to platí pro 26 klientů (52%). Na druhém místě je to zdravotní sestra, takto odpovědělo 20 klientů (40%). Dále to byly letáky u 2 klientů (4%). Denní tisk a jiný zdroj bylo zvoleno vždy 1 klientem (2%). Viz obr. 6.

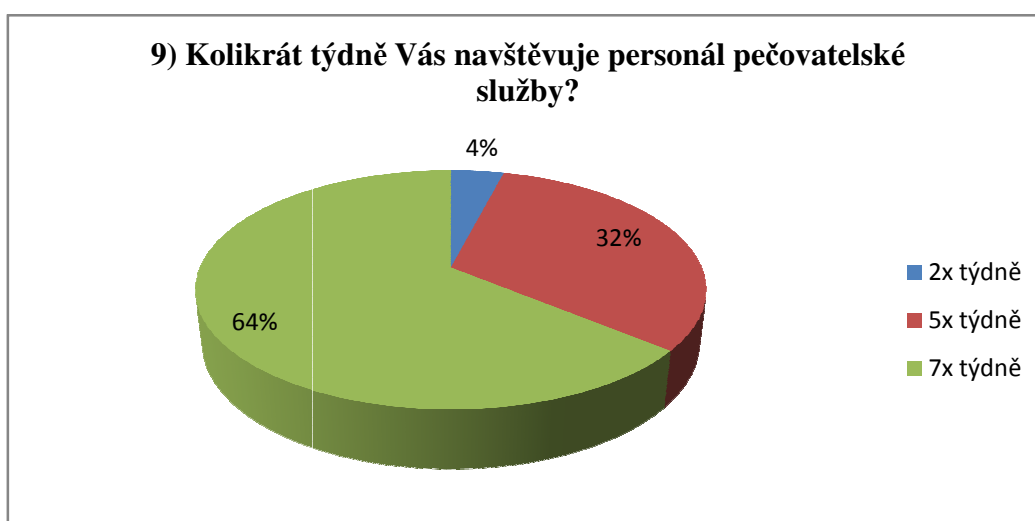
8) Kolikrát týdně Vás navštěvuje personál Agentury domácí péče?



Obr. 7 Graf četnost návštěv ADP

Z celkového množství 25 klientů užívajících ADP, navštěvuje tato služba své klienty nejčastěji 7x týdně a to ve 14 případech (56%). 3x týdně dochází k 7 klientům (28%), 7x týdně s frekvencí návštěv 2-3x denně je to u 2 klientů (8%), 2x týdně a 5x týdně je to vždy u 1 dotázaného (4%). Viz obr. 7.

9) Kolikrát týdně Vás navštěvuje personál pečovatelské služby?

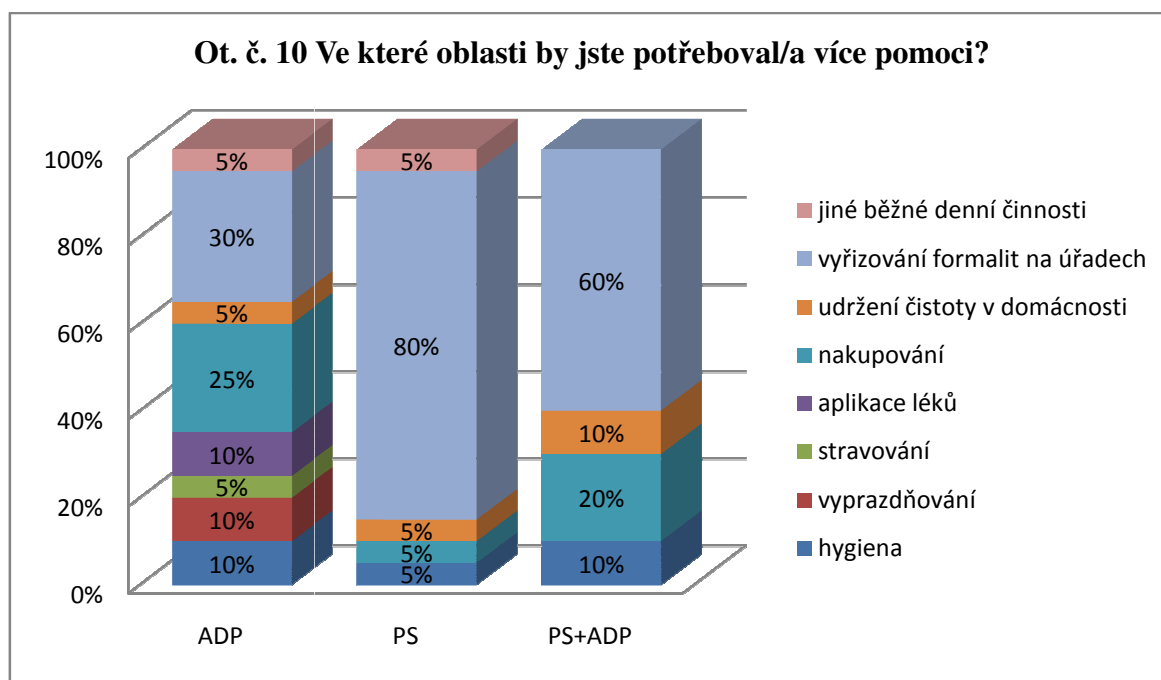


Obr. 8 Graf četnost návštěv PS

Z celkového počtu 25 klientů užívajících služeb PS, navštěvuje své klienty v intervalu 7x týdně u 16 případů (64%), 5x týdně u 8 klientů (32%) a 2x týdně u 1 klienta (4%). Viz obr. 8.

10) Ve které oblasti by jste potřeboval/a více pomoci?

- a) Hygiena
- b) Vyprazdňování
- c) Stravování
- d) Aplikace léků
- e) Nakupování
- f) Udržení čistoty v domácnosti
- g) Vyřizování formalit na úřadech
- h) Jiné běžné denní činnosti



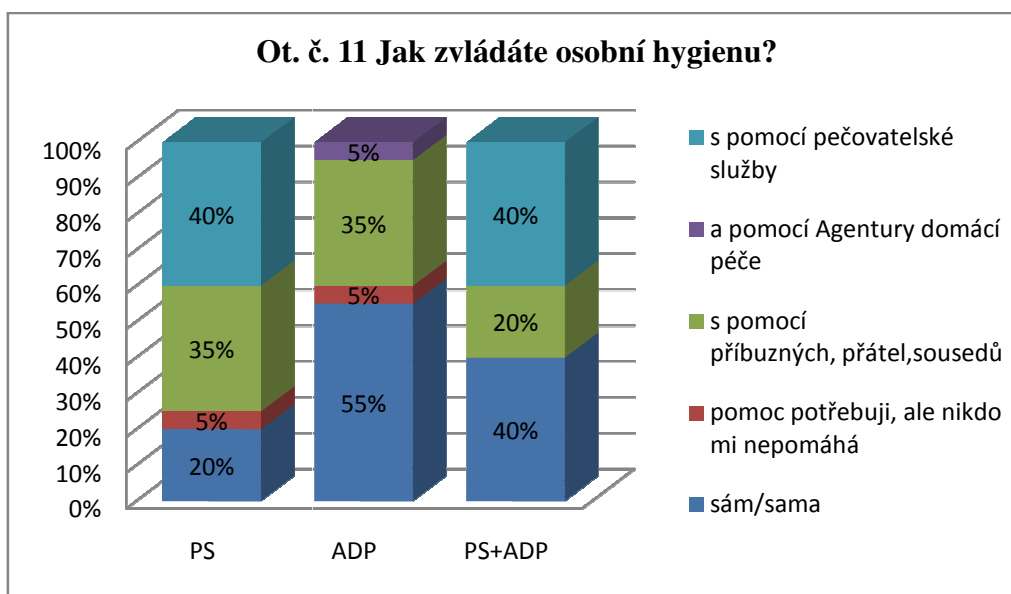
Obr. 9 Graf ve kterých oblastech potřebují klienti více pomoci

Zde byl celek opět rozdělen do 3 skupin, 20 klientů z ADP, 20 klientů z PS a 10 klientů, kteří využívají služeb obou PS+ADP. Nejvíce klientů potřebuje pomoc při vyřizování na úřadech, ze skupiny ADP je to 6 klientů (30%), ze skupiny PS je to 16 klientů (80%) a u klientů PS+ADP je to u 6 (60%). Dále by klienti uvítali více pomoci při nakupování, ve

skupině ADP je to 5 klientů (25%), ve skupině PS by tuto pomoc uvítal 1 dotazovaný (5%) a ve skupině PS+ADP to jsou 2 klienti (20%). Více pomoci při hygieně by chtěli 2 klienti (10%) ze skupiny užívající jen ADP, 1 klient PS (5%), a 1 klient (10%) využívající obě služby. Vždy 1 klient z každé skupiny by potřeboval více pomoci při udržení čistoty v domácnosti, u ADP to tvoří 5% u PS také 5% a u ADP+PS je to 10%. Ze skupiny využívající služeb ADP potřebují 2 klienti (10%) více pomoci při vyprazdňování a také při aplikaci léků. A 1 klient z ADP (5%) a 1 z PS (5%) potřebují pomoc v jiných denních činnostech. Viz obr. 9.

11) Jak zvládáte osobní hygienu?

- a) Sám/sama
- b) Pomoc potřebuji, ale nikdo mi nepomáhá
- c) S pomocí příbuzných, přátel, sousedů
- d) S pomocí Agentury domácí péče
- e) S pomocí pečovatelské služby

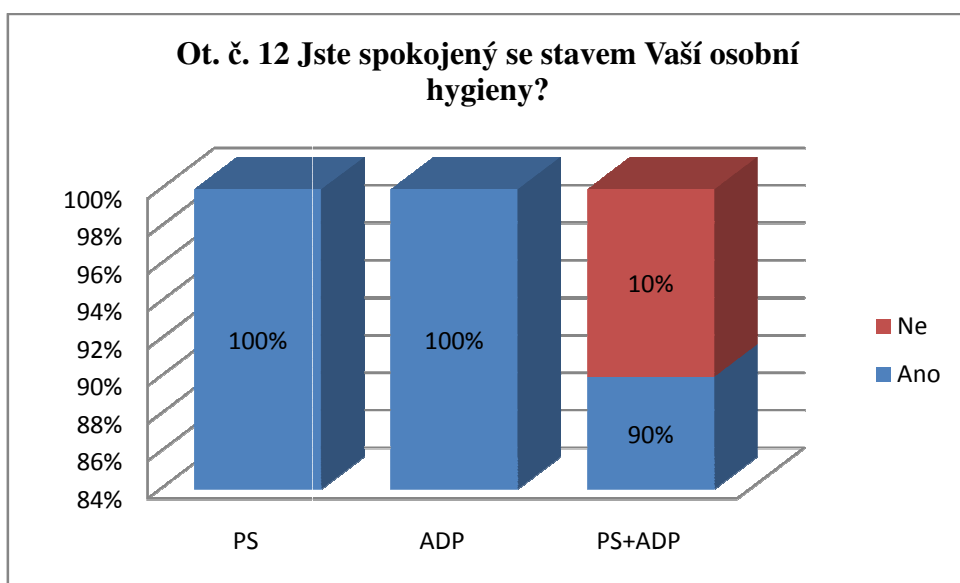


Obr. 10 Graf zvládání osobní hygieny

Klienti jsou opět členěni do 3 skupin. Nejvíce zvládají osobní hygienu sami, jsou to 4 klienti (20%) z PS, 11 klientů (55%) z ADP a ze skupiny PS+ADP volili tuto odpověď 4 dotazovaní (40%). S pomocí blízkých zvládá hygienu 7 klientů (35%) PS a rovněž tak u ADP, u klientů obou skupin zajišťují blízcí hygienu ve 2 případech (20%). Pečovatelská služba obstarává hygienu u 8 svých klientů (40%) a u 4 klientů (40%) PS+ADP. Vždy 1 klient (5%) z PS i z ADP potřebuje více pomoci, ale nikdo mu nepomáhá a ADP zajišťuje hygienu 1 (5%) svému klientovi. Viz obr. 10.

12) Jste spokojený se stavem Vaší osobní hygieny?

- a) Ano
- b) Ne

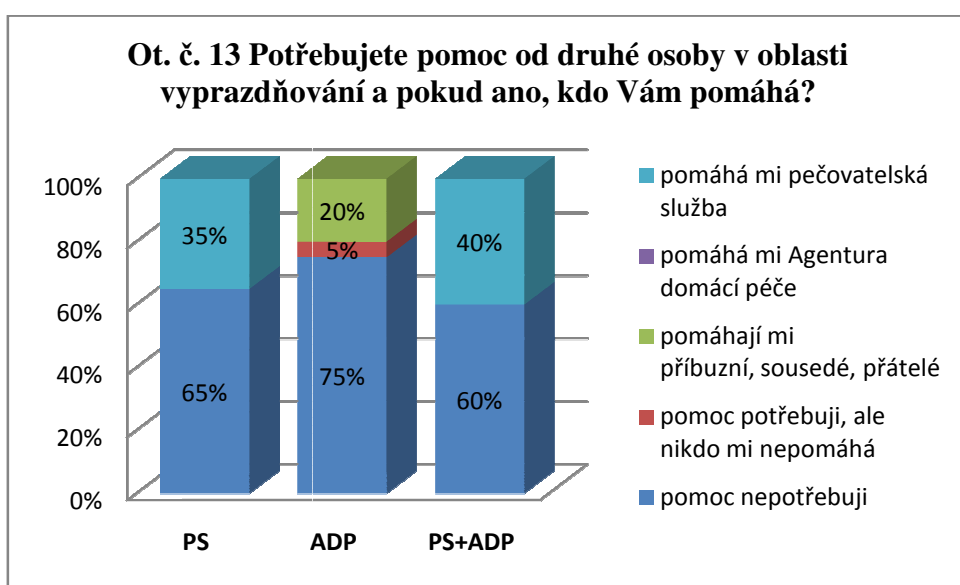


Obr. 11 Graf spokojenost s osobní hygienou

Většina klientů všech 3 skupin je se svou osobní hygienou spokojena až na 1 klienta (10%), který využívá služeb PS+ADP. Viz obr. 11.

13) Potřebujete pomoc od druhé osoby v oblasti vyprazdňování, a pokud ano, kdo Vám pomáhá?

- a) Pomoc nepotřebuji
- b) Pomoc potřebuji, ale nikdo mi nepomáhá
- c) Pomáhají mi příbuzní, sousedé, přátelé
- d) Pomáhá mi Agentura domácí péče
- e) Pomáhá mi pečovatelská služba

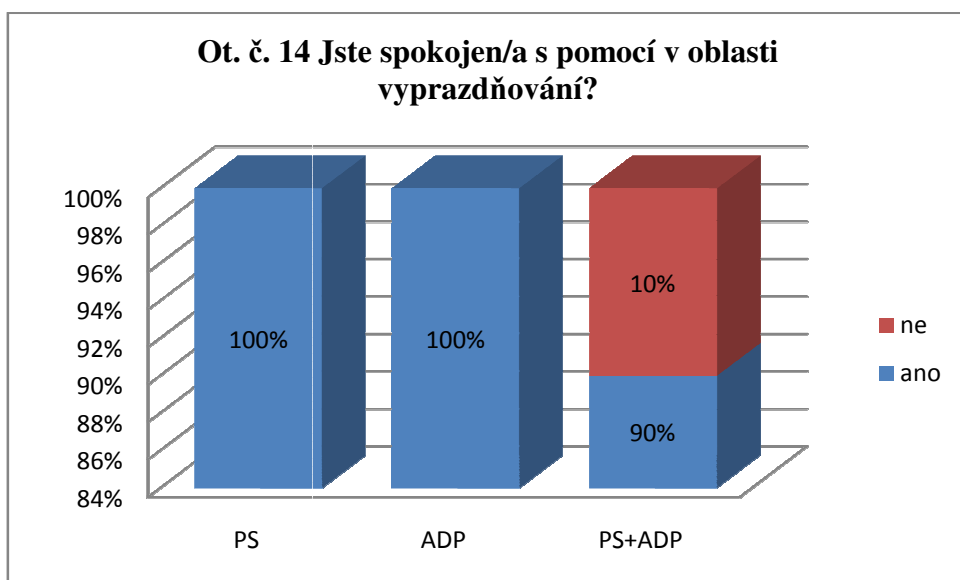


Obr. 12 Graf potřeba pomoci v oblasti vyprazdňování

Většina klientů odpověděla, že pomoc nepotřebuje. U skupiny využívající služeb jen PS je to 13 klientů (65%), klientů z ADP je 15 (75%) a 6 klientů (60%) obou služeb PS+ADP. Jako další pomáhá s vyprazdňováním nejvíce pečovatelská služba a to 7 svým klientům (35%) a 4 klientům (40%) PS+ADP. Klientům ADP pomáhají ve 4 případech (20%) jejich blízcí a 1 klient (5%) této agentury by potřeboval více pomoci. Viz obr. 12.

14) Jste spokojen/a s pomocí v oblasti vyprazdňování?

- a) Ano
- b) Ne

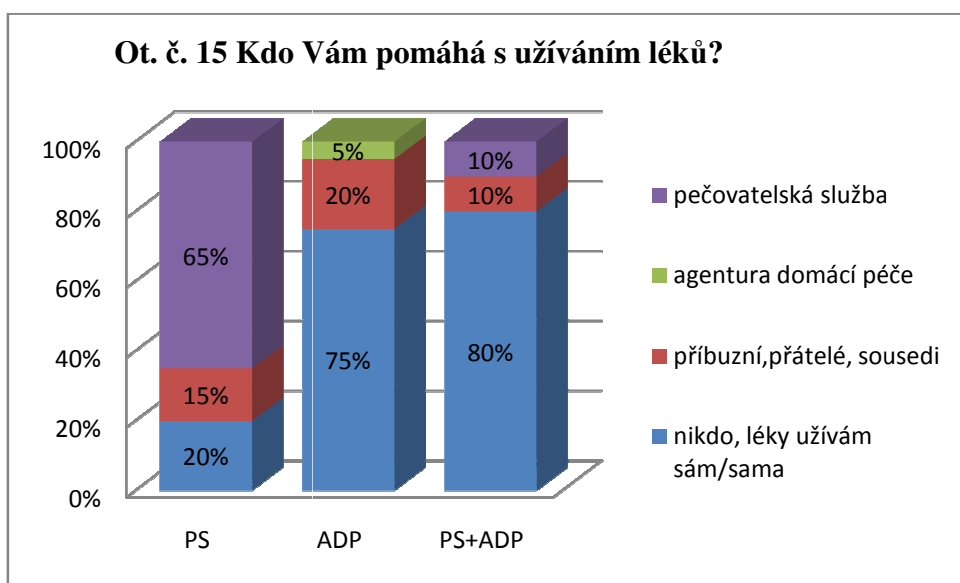


Obr. 13 Graf spokojenost s vyprazdňováním

Většina klientů je se svým vyprazdňováním spokojena, jen 1 (10%) využívající služeb PS+ADP není. Viz obr. 13.

15) Kdo Vám pomáhá s užíváním léků?

- a) Nikdo, léky neberu
- b) Nikdo, léky užívám sám/sama
- c) Nikdo, ale potřeboval/a bych pomoci
- d) Příbuzní, přátelé, sousedi
- e) Agentura domácí péče
- f) Pečovatelská služba

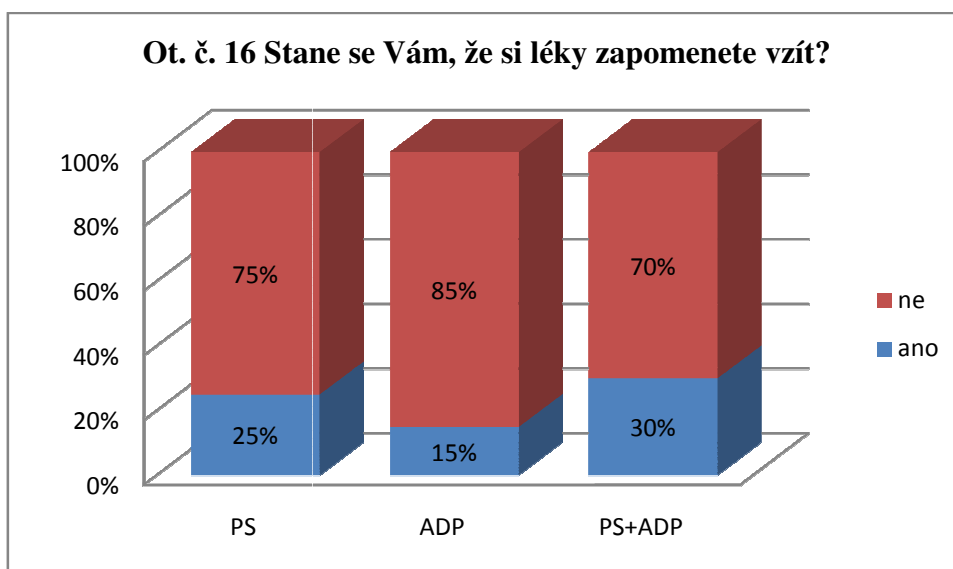


Obr. 14 Graf pomoc při užívání léků

Většina klientů ADP, to je 15 dotazovaných (75%) nepotřebuje pomoc při užívání léků, tuto odpověď zvolilo i 8 klientů (80%) obou služeb PS+ADP, a také 4 klienti (20%), kteří mají služby jen PS. Pečovatelská služba zajišťuje pomoc při podávání léků u 13 (65%) svých klientů a u 1 (10%) z PS+ADP. Blízcí pomáhají 3 klientům (15%) PS, dále 4 klientům (20%) ADP a také 1 (10%) z PS+ADP. Agentura domácí péče pomáhá 1 (5%) svému klientovi. Viz obr. 14.

16) Stane se Vám, že si léky zapomenete vzít?

- a) Ano
- b) Ne

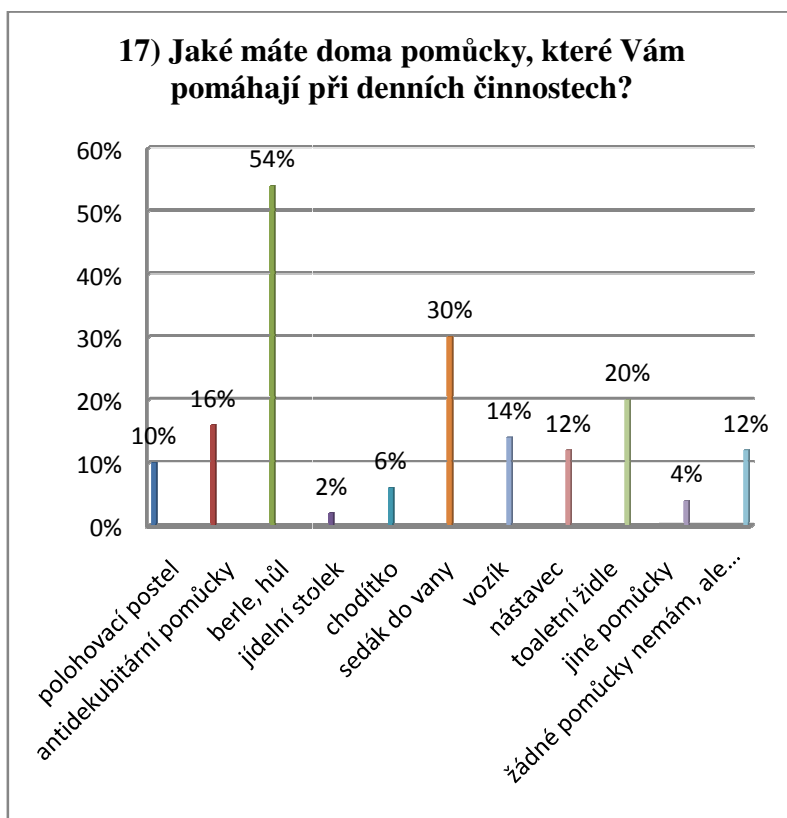


Obr. 15 Graf zapomínání na léky

Většina tázaných nezapomíná léky užívat. Je tomu tak u 15 klientů (75%) užívající služby PS, dále 17 klientů (85%) užívající jen ADP a ze skupiny mající zajištěné obě služby je to 7 klientů (70%). Na užívání léků zapomíná 5 klientů (25%) PS, 3 klienti (15%) z ADP a ze skupiny PS+ADP jsou to také 3 klienti (30%). Viz obr. 15.

17) Jaké máte doma pomůcky, které Vám pomáhají při denních činnostech?

- a) Polohovací postel
- b) Antidekubitární pomůcky
- c) Berle, hůl
- d) Jídelní stolek
- e) Chodítko
- f) Sedák do vany
- g) Vozík
- h) Nástavec na toaletu
- i) Pomůcky usnadňující stravování
- j) Toaletní židli
- k) Jiné pomůcky
- l) Žádné pomůcky nepotřebuji
- m) Žádné, ale potřeboval/a bych nějaké

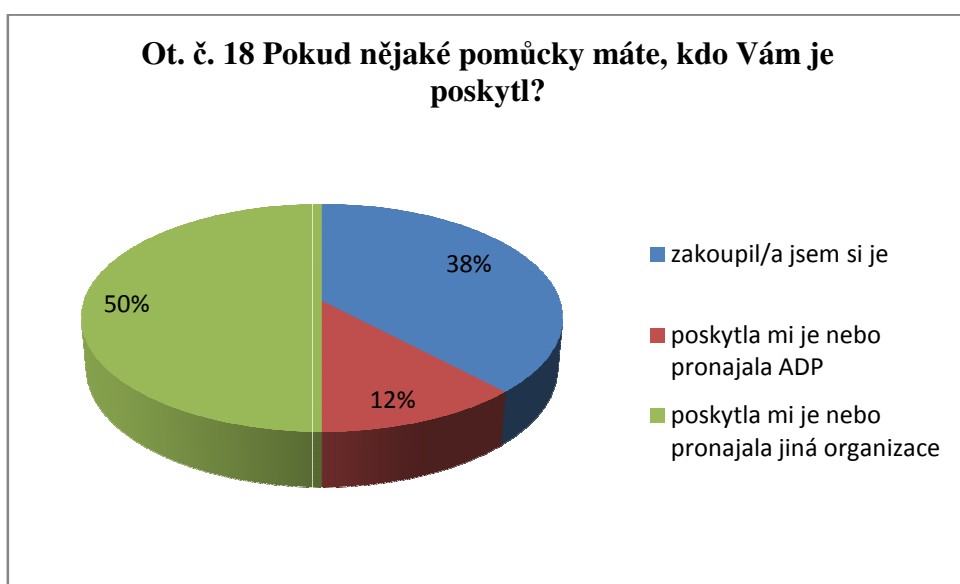


Obr. 16 Graf pomůcky usnadňující denní činnosti

Procentuální vyjádření je odvozeno vždy u každé otázky z celkového počtu 50 klientů (100%). Polohovací postel má 5 (10%) klientů, antidekubitární pomůcky 8 (16%) dotázaných, berli nebo hůl používá 27 (54%) respondentů. Jídelní stůl má 1 (2%) klientů, chodítko používají 3 (6%), sedák do vany má 15 (30%) dotázaných, vozík má 7 (14%) respondentů, nástavec na toaletu používá 6 (12%), toaletní židli má 10 (20%) dotázaných, položku jiné zvolili 2 (4%) klientů a 6 (12%) klientů nemá, žádné pomůcky a nějaké by potřebovali. Viz obr. 16.

18) Pokud nějaké pomůcky máte, kdo Vám je poskytl?

- a) Zakoupil/a jsem si je
- b) Poskytla mi je nebo pronajala Agentura domácí péče
- c) Poskytla mi je nebo pronajala pečovatelská služba
- d) Poskytla mi je nebo pronajala jiná organizace

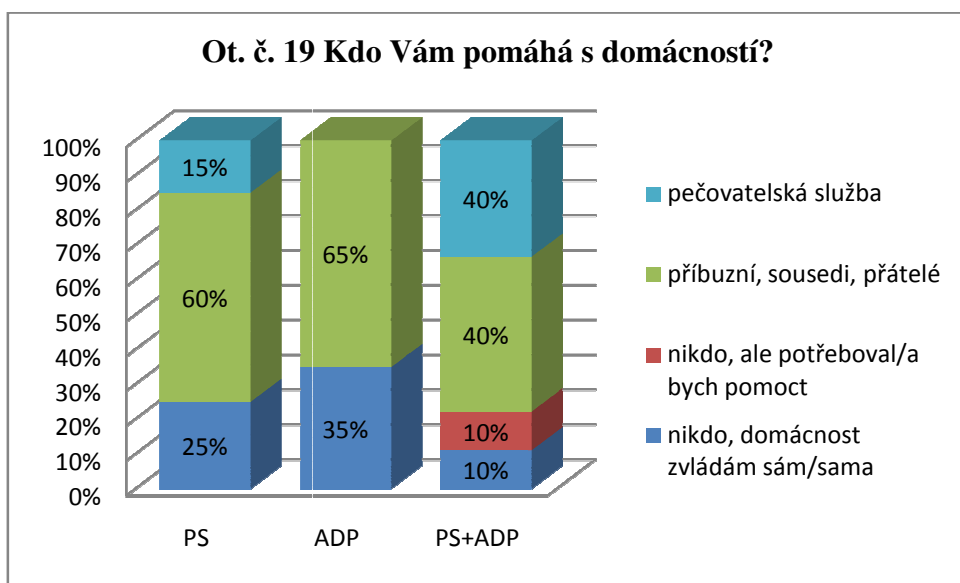


Obr. 17 Graf kdo poskytl pomůcky

Z celkového množství 50 klientů odpovědělo 25 (50%), že pomůcky jim poskytla nebo pronajala jiná organizace, dále mohli doplnit která. Ve všech případech to byl praktický nebo ošetřující lékař. 19 (38%) dotazovaných uvádí, že si pomůcky zakoupili sami a zbylým 6 klientům (12%) pomůcky poskytla ADP. Viz obr. 17

19) Kdo Vám pomáhá s domácností?

- a) Nikdo, domácnost zvládám sám/sama
- b) Nikdo, ale potřeboval/a bych pomoci
- c) Příbuzní, sousedi, přátelé
- d) Agentura domácí péče
- e) Pečovatelská služba

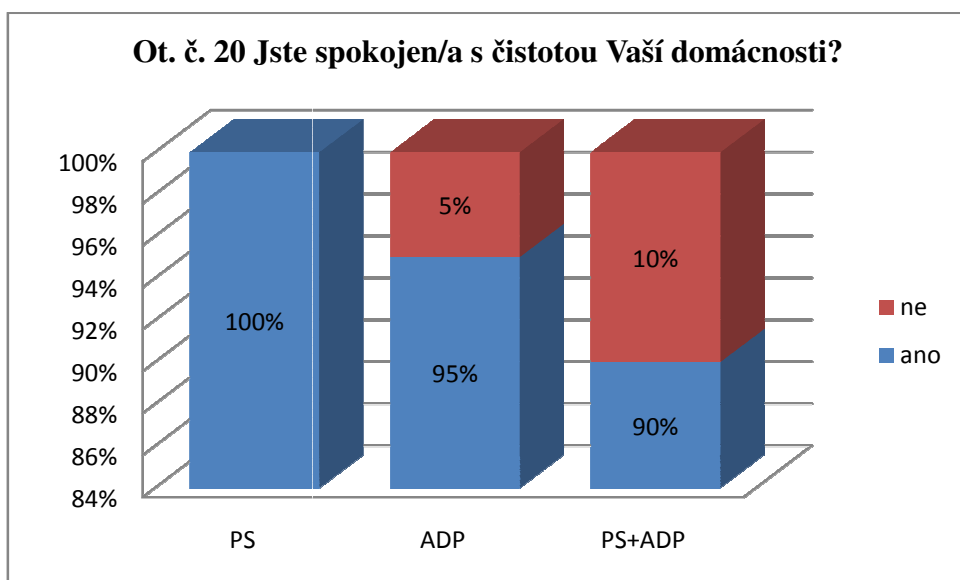


Obr. 18 Graf pomoc s domácností

Zde jsem klienty opět rozdělila do 3 skupin. Největšímu počtu z nich pomáhají s domácností jejich blízcí. U skupiny mající jen PS je to 12 klientů (60%), u klientů ADP je to 13 dotazovaných (65%) a ze skupiny mající PS+ADP jsou to 4 klienti (40%). Domácnost zvládá samo 5 klientů (25%) mající jen PS, u klientů ADP je to 7 klientů (35%) a ze skupiny PS+ADP to je 1 klient (10%). Pečovatelská služba pomáhá s domácností 3 klientům (15%) ze skupiny PS a u skupiny PS+ADP jsou to 4 klienti (40%). Ze skupiny PS+ADP potřebuje 1 dotazovaný (10%) více pomoci. Viz obr. 18.

20) Jste spokojen/a s čistotou Vaší domácnosti?

- a) Ano
- b) Ne

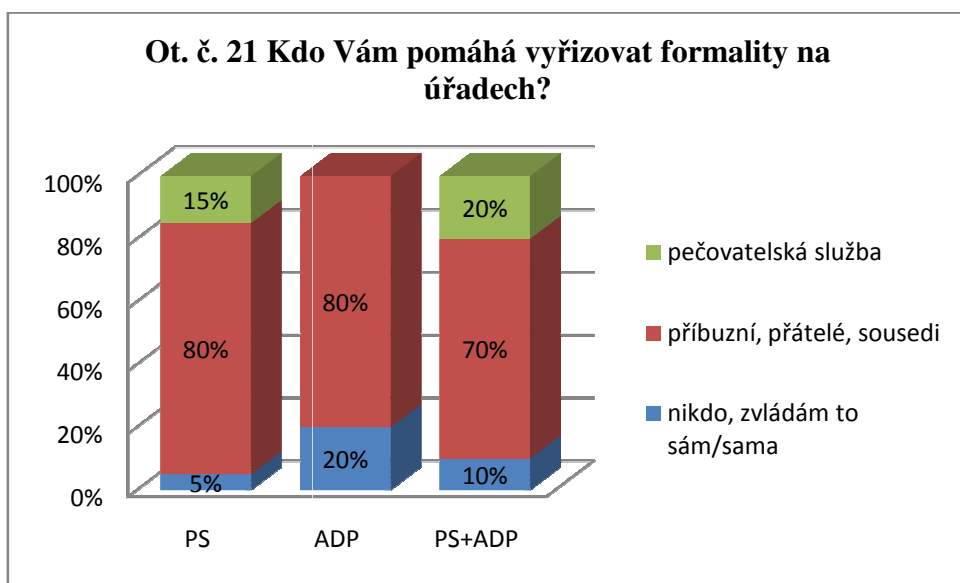


Obr. 19 Graf spokojenost s čistotou v domácnosti

S čistotou domácnosti je opět spokojena většina klientů. Nespokojený je 1 klient (5%) využívající služby ADP a rovněž 1 (10%) který má obě služby. Viz obr. 19.

21) Kdo Vám pomáhá vyřizovat formality na úřadech?

- a) Nikdo, zvládám to sám/sama
- b) Nikdo, ale potřeboval/a bych pomoci
- c) Příbuzní, přátelé, sousedi
- d) Agentura domácí péče
- e) Pečovatelská služba

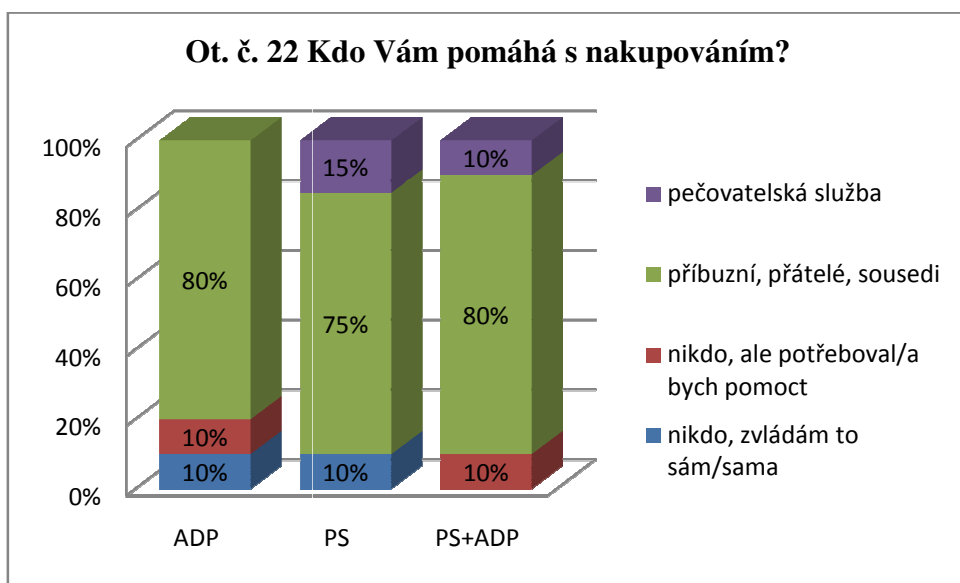


Obr. 20 Graf pomoc s vyřizováním na úřadech

Při vyřizování formalit na úřadech, pomáhají klientům nejvíce jejich blízcí. U dotazovaných ze skupiny mající jen PS je to 16 klientů (80%), stejně je tomu i u klientů majících jen ADP a z PS+ADP pomáhají blízcí 7 respondentům (70%). Na úřadech nepotřebují pomoc 4 klienti (20%) ADP, 1 klient (5%) PS a také 1 (10%) využívající obě služby. Pečovatelská služba pomáhá 3 (15%) svým klientům a také 2 (20%), kteří mají obě služby. Viz obr 20.

22) Kdo Vám pomáhá s nakupováním?

- a) Nikdo, zvládám to sám/sama
- b) Nikdo, ale potřeboval/a bych pomoci
- c) Příbuzní, přátelé, sousedi
- d) Agentura domácí péče
- e) Pečovatelská služba



Obr. 21 Graf pomoc s nakupováním

Klienti rozdělení opět do 3 skupin, uváděli, že jim s nakupováním pomáhají nejčastěji blízcí. U skupiny mající jen ADP takto odpovědělo 16 dotazovaných (80%), u skupiny PS to je 15 respondentů (75%) a u klientů s oběma službami je to 8 (80%) dotazovaných. 2 klienti (10%) z ADP a taktéž ze skupiny mající jen PS zvládají nákupy sami. Pečovatelská služba pomáhá 3 svým klientům (15%) a 1 (10%) ze skupiny PS+ADP. Pomoc by potřebovali 2 klienti (10%) z ADP a 1 dotazovaný (10%) ze skupiny PS+ADP. Viz obr. 21.

5 Diskuze

Výzkumný vzorek tvořilo 40% klientů ADP, 40% klientů PS a 20% klientů využívalo služeb obou institucí. Nejpočetnější věková skupina byla od 80-89 let, respondenti byli ve věkovém rozmezí 20-98 let. Většina klientů nežije sama. Otázky 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 se zabývají zjištěním, jakých služeb klient využívá, jak dlouho a v jaké frekvenci, kdo mu je zajistil a kdo ho poprvé o jejich existenci informoval. Otázky 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22 se zabývají oblastí potřeb a výkonů, jejich plnění, a zda je klient spokojen. Otázky 17, 18 zjišťují, zda mají klienti potřebné pomůcky a kdo jim je zajistil.

Výzkumný záměr číslo 1. Většině klientů Agentur domácí péče je poskytována komplexní péče.

Na tento výzkumný záměr jsem usuzovala na základě předchozí kladné zkušenosti se zajištěním péče klientům ADP. Výzkumný záměr sleduji na základě otázek 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22.

Otázka č. 8 se zabývala odpovědí, jak často ADP navštěvuje své klienty. Z celkového množství 25 klientů užívajících ADP, navštěvuje tato služba své klienty nejčastěji 7x týdně 56%, 3x týdně dochází k 28% klientů, 7x týdně s frekvencí návštěv 2-3x denně je to u 8% klientů, 2x týdně a 5x týdně je to vždy u 4% dotazovaných.

Otázka č. 11 zjišťovala, jak klient zvládá osobní hygienu. Nejvíce zvládají osobní hygienu klienti sami a to v 55% u skupiny mající jen ADP a ze skupiny PS+ADP je to 40% klientů. Pečovatelská služba pomáhá 40% klientů PS+ADP. S pomocí blízkých zvládá hygienu 35% klientů ADP, u klientů obou skupin zajišťují blízcí hygienu v 20%. V 5% případů z ADP, by potřebovali klienti více pomoci, ale nikdo jim nepomáhá a ADP zajišťuje hygienu u 5% svých klientů.

Otázka č. 12 zjišťovala spokojenost s osobní hygienou. Všichni klienti ADP jsou spokojeni a ze skupiny využívající ADP i PS bylo spokojeno 90% a nespokojeno 10% klientů.

Otázka č. 13 se zabývala odpovědí, jestli klient potřebuje pomoc při vyprazdňování a kdo mu popřípadě pomáhá. Většina klientů odpověděla, že pomoc nepotřebuje. Bylo to u 75% klientů z ADP a 60% klientů obou služeb PS+ADP. Klientům ADP pomáhají v 20% jejich blízcí a 5% klientů této agentury by potřebovalo více pomoci. 40% klientům PS+ADP pomáhá pečovatelská služba.

Otázka č. 14 ověřovala spokojenost v oblasti vyprazdňování. Všichni klienti ADP jsou spokojeni a ze skupiny využívající ADP i PS bylo spokojeno 90% a nespokojeno 10% klientů.

Otázka č. 15 zjišťovala, kdo pomáhá klientům s užívání léků. Většina klientů ADP, to je 75% pomoc nepotřebuje, tuto odpověď zvolilo i 80% klientů obou služeb PS+ADP. Pečovatelská služba zajišťuje pomoc při podávání léků u 10% klientů z PS+ADP. Blízcí pomáhají 20% klientům ADP a také 10% z PS+ADP. Agentura domácí péče pomáhá 5% svých klientů.

Otázka č. 16 ověřovala, v kolika případech si klienti zapomenou léky vzít. Většina dotázaných uvedla, že nezapomíná a to v 85% užívající jen ADP a ze skupiny mající zajištěné obě služby je to 70% klientů. Na užívání léků zapomíná 15% klientů z ADP a ze skupiny PS+ADP je to 30%.

Otázka č. 19 zjišťovala, kdo klientům pomáhá s domácností. Největšímu počtu z nich pomáhají jejich blízcí. U skupiny mající jen ADP je to 65% dotazovaných a ze skupiny mající PS+ADP je to 40% klientů. Domácnost zvládá samo 35% klientů ADP a ze skupiny PS+ADP je to 10%. Pečovatelská služba pomáhá s domácností 40% klientů PS+ADP. Ze skupiny PS+ADP potřebuje 10% více pomoci.

Otázka č. 20 ověřovala spokojenost s čistotou v domácnosti, opět byla spokojena většina klientů. Nespokojených je 5% využívající služby ADP a 10% mající obě služby.

Otázka č. 21 se zabývala odpovědí, kdo pomáhá dotazovaným s vyřizováním formalit na úřadech. Klientům nejvíce pomáhají jejich blízcí. U dotazovaných ze skupiny majících jen ADP to bylo v 80% a z PS+ADP pomáhají blízcí 70% respondentům. Na úřadech nepotřebuje pomoc 20% z ADP a také 10% klientů využívající obě služby. Pečovatelská služba pomáhá 20% respondentů, kteří mají obě služby.

Otázka č. 22 zjišťovala, kdo pomáhá dotazovaným s nakupováním. Opět to byli nejčastěji blízcí. U skupiny mající jen ADP takto odpovědělo 80% a u klientů s oběma službami to bylo také 80% dotazovaných. 10% z ADP zvládá nákupy samo. Pečovatelská služba pomáhá 10% ze skupiny PS+ADP. Pomoc by potřebovalo 10% z ADP a stejně tak ze skupiny PS+ADP.

Jak jsem mohla při návštěvách vypořádat, ADP navštěvuje své klienty dle předem smlouveného harmonogramu, který vyhovuje oběma stranám. Otázky zabývající se oblastí potřeb a výkonů, jejich plněním, a spokojeností klienta, měli ve většině případů kladnou odpověď, tedy, že je klient spokojen a jeho potřeby jsou pokryté.

Výzkumný záměr se tedy potvrdil.

Výzkumný záměr číslo 2. Většině klientů Pečovatelských služeb není poskytována komplexní péče.

Na tento záměr usuzuji z předpokladu, že klienti PS nemají v tolika případech zajištěnou ADP, která by jim zajistila ošetřovatelskou péči. Výzkumný záměr sleduji na základě otázek 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22.

Otázka č. 9 se zabývala odpovědí, jak často PS navštěvuje své klienty. Z celkového množství 25 klientů užívajících PS, navštěvuje tato služba své klienty nejčastěji v intervalu 7x týdně u 64% případů, 5x týdně u 32% a 2x týdně u 4% klientů.

Otázka č. 11 zjišťovala, jak klient zvládá osobní hygienu. Nejvíce zvládají osobní hygienu klienti sami a to v 20% z PS a ze skupiny PS+ADP volilo tuto odpověď 40% dotazovaných. S pomocí blízkých zvládá hygienu 35% klientů PS a u obou skupin PS+ADP, zajišťují blízcí hygienu z 20% případů. Pečovatelská služba obstarává hygienu u 40% svých klientů a u 40% PS+ADP. 5% z PS potřebuje více pomoci, ale nikdo nepomáhá.

Otázka č. 12 zjišťovala spokojenost s osobní hygienou. Všichni klienti PS jsou spokojeni a ze skupiny využívající ADP i PS bylo spokojeno 90% a nespokojeno 10% klientů.

Otázka č. 13 se zabývala odpovědí, jestli klient potřebuje pomoc při vyprazdňování a kdo mu popřípadě pomáhá. Většina klientů odpověděla, že pomoc nepotřebuje. Bylo to u 65% klientů z PS a 60% klientů obou služeb PS+ADP. Jako další pomáhá s vyprazdňováním nejvíce pečovatelská služba a to 35% svým klientům a 40% PS+ADP.

Otázka č. 14 ověřovala spokojenost v oblasti vyprazdňování. Všichni klienti PS jsou spokojeni a ze skupiny využívající ADP i PS bylo spokojeno 90% a nespokojeno 10% klientů.

Otázka č. 15 zjišťovala, kdo pomáhá klientům s užíváním léků. Většina klientů obou služeb PS+ADP v 80% pomoc nepotřebuje, z PS zvolilo tuto odpověď 20% dotazovaných. Pečovatelská služba zajišťuje pomoc při podávání léků u 65% svých klientů a u 10% z PS+ADP. Blízcí pomáhají 15% PS a 10% z PS+ADP.

Otázka č. 16 ověřovala, v kolika případech si klienti zapomenou léky vzít. Většina dotázaných uvedla, že nezapomíná a to v 75% případech užívající služby PS a ze skupiny mající zajištěné obě služby je to 70%. Na užívání léků zapomíná 25% klientů PS a ze skupiny PS+ADP je to 30%.

Otázka č. 19 zjišťovala, kdo klientům pomáhá s domácností. Největšímu počtu z nich pomáhají jejich blízcí. U skupiny mající jen PS je to 60% klientů a ze skupiny mající PS+ADP je to 40%. Domácnost zvládá samo klientů 25% mající jen PS a ze skupiny

PS+ADP to je 10%. Pečovatelská služba pomáhá s domácností 15% ze skupiny PS a u skupiny PS+ADP je to 40%. Ze skupiny PS+ADP potřebuje 10% více pomoci

Otázka č. 20 ověřovala spokojenost s čistotou v domácnosti. V PS jsou spokojeni všichni. Nespokojených je 10% klientů mající obě služby.

Otázka č. 21 se zabývala odpovědí, kdo pomáhá dotazovaným s vyřizováním formalit na úřadech. Klientům nejvíce pomáhají jejich blízcí. U dotazovaných ze skupiny mající jen PS je to 80% klientů a z PS+ADP pomáhají blízcí 70% respondentů. Na úřadech nepotřebuje pomoc 5% z PS a 10% u PS+ADP. Pečovatelská služba pomáhá 15% svým klientům a také 20%, kteří mají obě služby.

Otázka č. 22 zjišťovala, kdo pomáhá dotazovaným s nakupováním. Opět to byli nejčastěji blízcí, u skupiny PS to je 75% respondentů a u klientů s oběma službami je to 80%. 10% ze skupiny mající jen PS zvládají nákupy sami. Pečovatelská služba pomáhá 15% svých klientů a ze skupiny PS+ADP je to 10%. Více pomoci by potřebovalo 10% ze skupiny PS+ADP.

Opět je patrné, že velkou část péče zajišťuje rodina. Případy, kdy klienti odpověděli, že by potřebovali více pomoci, nebyly časté. Při mých návštěvách jsem se přesvědčila, že klienti jsou s péčí velmi spokojeni.

Výzkumný záměr se tedy nepotvrdil.

Výzkumný záměr číslo 3. Většina klientů Agentur domácí péče má také zajištěnou Pečovatelskou službu.

Na tento záměr usuzuji z předpokladu, že pokud mají klienti zajištěnou ADP, kterou jim předepisuje lékař, mají i informace o možnostech sociálních služeb.

Otázka č. 3 se zabývá touto problematikou. Z celkového počtu 25 klientů ADP má PS zajištěno jen 20% z nich.

Výzkumný záměr se tedy nepotvrdil.

Výzkumný záměr číslo 4. Většina klientů Pečovatelských služeb nemá zajištěnou Agenturu domácí péče.

Na tento záměr usuzuji z předpokladu, že sociální služby si klient zajišťuje a hradí sám. Nejsou mu zajištěny ošetřujícím lékařem, který by mu podal informace i o ADP.

Otázka č. 3 se zabývá touto problematikou. Z celkového počtu 25 klientů PS má ADP zajištěno jen 20% z nich.

Výzkumný záměr se tedy potvrdil.

Výzkumný záměr číslo 5. Většina respondentů potřebuje služby Agentury domácí péče i Pečovatelské služby.

Na tento výzkumný záměr usuzuji, protože klientovi, by měly být uspokojovány jeho potřeby nejen z hlediska zdravotnického, ale i sociálního.

Touto problematikou se zabývá většina otázek mého strukturovaného rozhovoru. Vyplývá z nich, že klienti potřebují jak péči odbornou zdravotnickou, tak i služby sociální. O tom jsem se přesvědčila i při návštěvách ADP i PS.

Výzkumný záměr se tedy potvrdil.

Výzkumný záměr číslo 6. Respondenti mají nejméně zajištěnou oblast uklízení a vyřizování formalit na úřadech.

Na tento výzkumný záměr usuzuji z předpokladu, že klienti mají problémy s vyhodnocením situace při řešení formalit na úřadech. A při snížené soběstačnosti budou potřebovat i lépe zajistit oblast uklízení.

Touto problematikou se zabývá otázka číslo 19, 21 a 10.

Otázka č. 19 se zabývá odpovědí, kdo klientům pomáhá s domácností. Většina klientů ADP a PS a klienti užívající obě služby PS+ADP mají pomoc zajištěnou. Nejčastěji od svých blízkých, pečovatelské služby nebo péči zvládají sami. Jen 10% klientů z PS+ADP uvedlo, že by potřebovalo více pomoci.

Otázka č. 21 se zabývá odpovědí, kdo klientům pomáhá vyřizovat formality na úřadech. Všichni klient ADP, PS a klienti užívající obě služby PS+ADP, uvádí, že mají pomoc zajištěnou. Nejčastěji od svých blízkých, pečovatelské služby nebo péči zvládají sami. Žádný s dotazovaných neuvedl odpověď, že mu nikdo nepomáhá.

Otázka č. 10 zjišťovala, ve které oblasti, by potřebovali klienti více pomoci. Z odpovědí vyplynulo, že nejvíce klientů potřebuje pomoc při vyřizování na úřadech, ze skupiny ADP je to 30%, ze skupiny PS je to 80% a u klientů PS+ADP je to u 60% klientů. Dále by klienti uvítali více pomoci při nakupování, ve skupině ADP je to 25% klientů, ve skupině PS by tuto pomoc uvítalo 5% a ve skupině PS+ADP to je 20%. Více pomoci při hygieně by chtělo 10% klientů ze skupiny užívající jen ADP, z PS 5%, a 10% využívající obě služby. Pomoc při udržení čistoty v domácnosti, by uvítalo 5% z ADP i z PS a u PS+ADP je to 10%. Ze skupiny využívající služeb ADP potřebuje 10% více pomoci při vyprazdňování a také při aplikaci léků. A 5% z ADP i z PS potřebuje pomoc v jiných denních činnostech.

Z otázek č. 19 a 21 vyplývá, že mají klienti oblast vyřizování na úřadech a pomoci s domácností ve většině případů pokrytou. Z otázky č. 10 však vyplynulo, že i přesto, že mají

klienti vyřizování na úřadech zajištěné, uvítali by v této oblasti více pomoci. Domnívám se, že je tomu tak kvůli vyššímu věku dotazovaných. A je to způsobeno menší schopností staršího člověka se adaptovat, na rychlé změny moderní doby.

Výzkumný záměr se tedy potvrdil jen částečně. Klienti by uvítali více pomoci ve většině případů na úřadech, ale na druhém místě uváděli pomoc při nákupech.

6 Závěr

Tato práce je o teoretickém zpracování problematiky poskytování komplexní péče a jde tedy o práci teoreticko-výzkumnou.

Cílem práce bylo prozkoumat spolupráci Agentur domácí péče a pečovatelských služeb při poskytování péče zdravotnické a sociální. Respondenti byli rozděleni do dvou základních skupin a to na klienty ADP a PS, z kterých jsem ještě utvořila skupinu klientů využívajících služeb obou institucí, PS+ADP. Výzkum mi přinesl mnoho poznatků, které mohou přispět v práci sester a sociálních pracovníků, právě při poskytování komplexní péče a hlavně v komunikaci mezi těmito pracovníky. Tato práce ukazuje, že ač mají klienti komplexní péči ve většině případů zajištěnou, nepodílí se na tom ADP a PS společně, ale ve většině případů ji zajišťuje rodina. Tento závěr, ale hodnotím velmi kladně, protože aspoň z části vyvrací, to že se změnil původní model rodiny a že se dobře a rádi dokážeme postarat o své blízké. ADP a PS jsou, ale určitě velmi přínosné a nezastupitelné. Svědčí o tom i spokojenost většiny klientů, se kterými jsem měla možnost mluvit.

Soupis bibliografických citací

1. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. Praha : Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
2. PICHAUD, Clément; THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi : Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. Praha : Portal, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.
3. KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. Praha : Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
4. TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. druhé nezměněné. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
5. HOLČÍK, Jan; KAŇOVÁ, Pavlína; PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví : východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
6. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. Praha : Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
7. SKLENČKOVÁ, Milica. Agentura domácí péče - péče zdravotní versus sociální. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, 2, 11, s. 356-357.
8. BOLECHOVÁ, Blanka. Kde domácí péče pomáhá. *Sestra*. 2008, 4, s. 32.
9. HORÁKOVÁ, Jana; BEDNÁŘOVÁ, Jana. Chronicky nemocný v domácí péči. *Sestra*. 2007, 7-8, s. 57-58.
10. FOGLAROVÁ, Petra. Vztah agentury domácí péče a praktického lékaře. *Sestra*. 2005, 11, s. 34-35.
11. MACKOVÁ, Marie. Sociální pracovník v domácí péči. *Sestra*. 2005, 11, s. 35.
12. Co nového v sekci domácí péče. *Florence*. 2007, 4, s. 152. ISSN 1801-464x.
13. MISCONIOVÁ, Blanka. *Chci větší rozsah domácí péče, říká Blanka Misconiová* [online]. 2006 [cit. 2010-04-10]. Národní centrum domácí péče české republiky. Dostupné z WWW: <www.elpidia.cz>.
14. PLŽIK, Roman. *SSmP* [online]. 2007, 16. 03. 2010 14:00 [cit. 2010-04-10]. Sociální služby města Pardubic. Dostupné z WWW: <<http://www.helphomepardubice.cz/ps.htm>>.

Seznam zkratek

ADP – agentura domácí péče

ADP+PS – skupina klientů mající agenturu domácí péče i pečovatelskou službu

Č. – číslo

Obr. - obrázek

Ot. – otázka

PS – pečovatelská služba

Tab. – tabulka

Tzv. - takzvaný

Viz. – lze vidět

Seznam příloh

Příloha 1 Formulář pro záznam strukturovaného rozhovoru

Příloha 1 Formulář na záznam strukturovaného rozhovoru

1) Kolik je Vám let?

2) Žijete sám/a?

a) Ano

b) Ne

3) Jaké služby využíváte ?

a) Agenturu domácí péče

b) Pečovatelskou službu

c) Obě výše jmenované

4) Kdo Vám tyto služby zajistil?

a) Já sám

b) Příbuzní, přátelé, sousedi

c) Lékař nebo jiná zdravotnická organizace

d) Pečovatelskou službu mi zajistila Agentura domácí péče

e) Agenturu domácí péče mi zajistila Pečovatelská služba

5) Jak dlouho už využíváte služeb Agentur domácí péče?

(prosím doplňte, pokud využíváte tyto služby)

.....

6) Jak dlouho už využíváte Pečovatelské služby?

(prosím doplňte, pokud využíváte tyto služby)

.....

7) Kdo Vás poprvé o existenci Agentur domácí péče a pečovatelských služeb informoval?

- a) Lékař
- b) Zdravotní sestra
- c) Letáky
- d) Denní tisk
- e) Televize
- f) Jiný zdroj

8) Kolikrát týdně Vás navštěvuje personál Agentury domácí péče?
(prosím doplňte, pokud vás navštěvuje)

.....

9) Kolikrát týdně Vás navštěvuje personál Pečovatelské služby?
(prosím doplňte, pokud vás navštěvuje)

.....

10) V které oblasti by jste potřeboval/a více pomoci?

- a) Hygiena
- b) Vyprazdňování
- c) Stravování
- d) Aplikace léků
- e) Nakupování
- f) Udržení čistoty v domácnosti
- g) Vyřizování formalit na úřadech
- h) Jiné běžné denní činnosti

11) Jak zvládáte osobní hygienu?

- a) Sám
- b) S pomocí příbuzných, přátel, sousedů
- c) S pomocí agentury domácí péče
- d) S pomocí pečovatelské služby

12) Jste spokojený se stavem Vaší osobní hygieny?

- a) Ano
- b) Ne. Uveďte prosím důvod vaší nespokojenosti:

.....

13) Potřebujete pomoc od druhé osoby v oblasti vyprazdňování, a pokud ano kdo Vám pomáhá?

- a) Pomoc nepotřebuji
- b) S pomocí se dopravím na toaletu
- c) Vyprazdňuji se na toaletním křesle vedle postele
- d) Vyprazdňuji se do plen
- e) Mám močový katétr
- f) Pomáhají mi příbuzní, sousedé, přátelé
- g) Pomáhá mi Agentura domácí péče
- h) Pomáhá mi pečovatelská služba

14) Jste spokojen/a s pomocí v oblasti vyprazdňování?

- a) Ano
- b) Ne. Uveďte prosím důvod vaší nespokojenosti:

.....

15) Kdo Vám pomáhá s užíváním léků?

- a) Nikdo, léky neberu
- b) Nikdo, léky užívám sám
- c) Příbuzní, přátelé, sousedi
- d) Agentura domácí péče
- e) Pečovatelská služba

16) Stane se Vám, že si léky zapomenete vzít?

- a) Ano
- b) Ne

17) Jaké máte doma pomůcky, které Vám pomáhají při denních činnostech?

(lze zahrnout i více odpovědí)

- a) Polohovací postel
- b) Antidekubitární pomůcky
- c) Berle, hůl
- d) Jídelní stůl
- e) Chodítko
- f) Sedák do vany
- g) Vozík
- h) Nástavec na toaletu
- i) Pomůcky usnadňující stravování
- j) Toaletní židli
- k) Jiné pomůcky
- l) Žádné pomůcky nepotřebuji
- m) Žádné, ale potřeboval/a bych nějaké

18) Pokud nějaké pomůcky máte, kdo Vám je poskytl?

- a) Zakoupil/a jsem si je
- b) Poskytla mi je nebo pronajala agentura domácí péče
- c) Poskytla mi je nebo pronajala pečovatelská služba
- d) Poskytla mi je nebo pronajala jiná organizace
(uved'te prosím která)

.....

19) Kdo Vám pomáhá s domácností?

- a) Nikdo, domácnost zvládám sám/a
- b) Nikdo, ale potřeboval bych pomoci
- c) Příbuzní, sousedi, přátelé
- d) Agentura domácí péče
- e) Pečovatelská služba

20) Jste spokojen/a s čistotou Vaší domácnosti?

- a) Ano
- b) Ne. Uved'te prosím důvod vaší nespokojenosti:

.....

21) Kdo Vám pomáhá vyřizovat formality na úřadech?

- a) Nikdo, zvládám to sám
- b) Nikdo, ale potřeboval bych pomoci
- c) Příbuzní, přátelé, sousedi
- d) Agentura domácí péče
- e) Pečovatelská služba

22) Kdo Vám pomáhá s nakupováním?

- a) Nikdo, zvládám to sám
- b) Nikdo, ale potřeboval bych pomoci
- c) Příbuzní, přátelé, sousedi
- d) Agentura domácí péče
- e) Pečovatelská služba