

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Bc. Lenka Jiruchová, DiS.

**Stáří z pohledu pomáhajících profesí v sociálních službách pro seniory v Ústí nad Orlicí**

Olomouc 2014

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením paní doc. PhDr. Jitky Skopalové, Ph.D., a že jsem uvedla veškerou použitou literaturu a použité prameny.

V Olomouci dne.....2014

.....

Bc. Lenka Jiruchová, DiS.

## **Poděkování**

Děkuji paní doc. PhDr. Jitce Skopalové, Ph.D. za odborné vedení, konzultace a rady při zpracování diplomové práce.

# Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>5</b>
<b>1 DEFINOVÁNÍ VÝCHOZÍCH POJMŮ .....</b>	<b>7</b>
<b>2 DEMOGRAFICKÉ UKAZATELE .....</b>	<b>9</b>
2.1 <i>Charakteristika sociálních služeb pro seniory v České republice.....</i>	<i>10</i>
<b>3 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....</b>	<b>12</b>
3.1 <i>Charakteristika a periodizace stáří .....</i>	<i>12</i>
3.2 <i>Tělesné a psychické změny ve stáří .....</i>	<i>15</i>
3.2.1 <i>Demence .....</i>	<i>17</i>
3.3 <i>Význam rodiny pro starého člověka .....</i>	<i>19</i>
3.4 <i>Odchod do důchodu.....</i>	<i>22</i>
<b>4 VÝZNAM POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ .....</b>	<b>25</b>
4.1 <i>Charakteristika a motivace pomáhajících profesí.....</i>	<i>25</i>
4.2 <i>Pomoc a moc pomáhajících profesí.....</i>	<i>27</i>
4.3 <i>Úskalí a emoce v pomáhajících profesí.....</i>	<i>28</i>
<b>5 DEMOGRAFICKÁ SITUACE MĚSTA ÚSTÍ NAD ORLICÍ .....</b>	<b>31</b>
5.1 <i>Zařízení sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí .....</i>	<i>33</i>
<b>6 VÝSLEDKY ILUSTRATIVNÍHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>43</b>
6.1 <i>Popis metody a techniky ilustrativního šetření.....</i>	<i>43</i>
6.2 <i>Realizace výzkumného šetření .....</i>	<i>44</i>
6.2.1 <i>Analýza anketních lístků .....</i>	<i>45</i>
6.3 <i>Vyhodnocení výzkumného šetření.....</i>	<i>59</i>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>66</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>72</b>

# Úvod

Má diplomová práce nese název „*Stáří z pohledu pomáhajících profesí v sociálních službách pro seniory v Ústí nad Orlicí*“ a je zaměřena na problematiku stárnutí a stáří. Touto oblastí jsem se již zabývala v bakalářské práci, která se jmenuje „*Stáří očima pomáhajících profesí (Domova důchodců Ústí nad Orlicí)*.“

Osobně mi je cílová skupina seniorů velmi blízká, protože pracuji v domově pro seniory jako sociální pracovnice. Klidné a důstojné prožití „podzimu života“, jak bývá často stáří jako poslední životní etapa označována, považuji za velmi podstatné. Záleží na každém z nás, jak se ke stáří postavíme a jak si toto období prožijeme. Zda barevná škála pomyslného podzimu bude laděna do pozitivních či negativních barev. Samozřejmě to souvisí s řadou činitelů, které mohou zásadně změnit život jedince o 360 stupňů, aniž by je v některých případech dotčným mohl nějakým způsobem ovlivnit. Jedná se například o změnu zdravotního stavu, s čímž souvisí možná ztráta dovedností a schopností, což má za následek úbytek vlastní nezávislosti a vznik závislosti na pomoci druhé osoby. Dále to může být ztráta partnera, ekonomické zajištění, vztahy mezi rodinnými příslušníky, ale třeba i samotný odchod do důchodu.

Přikládám význam pečujícím osobám, ať už to jsou rodinní příslušníci či pracovníci v sociálních službách, pracovníci v přímé péči nebo pečovatelky. Právě tyto osoby mají zásadní vliv na výše zmiňované klidné a důstojné prožití závěrečné etapy života, protože naplňují uspokojení základních životních potřeb seniorů. Není to lehká práce nejen po fyzické, ale i po psychické stránce. Všechny pečující obdivuji a skládám jim velkou poklonu. Přesto široká veřejnost nemá leckdy ani ponětí o náročnosti výkonu pomáhajících profesí. Často jsou tito pracovníci finančně podhodnoceni a jejich profese nemá žádnou prestiž.

Cílem práce je nejen deskripce procesu stárnutí a stáří, ale zejména interpretace názorů respondentů (pracovníků pomáhajících profesí v zařízení sociálních služeb pro seniory – sociální pracovnice, pracovníci v sociálních službách, pečovatelky, zdravotní sestry, aktivizační pracovnice, osobní asistenty, rehabilitační pracovnice) na seniory. Dílčími cíli je operacionalizace základních pojmů, objasnění demografických ukazatelů, charakteristika procesu stárnutí a stáří, demonstrace významu pomáhajících profesí, specifikace zařízení sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí, včetně interpretace výsledků

ilustrativního šetření. Pomocí kvantitativní metody, techniky anketních lístků se pokusím naplnit výše uvedený cíl.

Stárnutí populace je celosvětový problém. Týká se tedy i České republiky. Demografická data dlouhodobě ukazují, že se snižuje porodnost a zvyšuje se počet osob v seniorském věku. Prodlužuje se též střední délka života. To má dopad nejen do oblasti zdravotnictví, ale hlavně do sociální sféry. Nelze tato dvě odvětví od sebe oddělovat, jsou úzce propojena. A to z důvodu potřeby jak sociálního zabezpečení seniorů prostřednictvím sociálních služeb, tak zdravotní péče v rámci zdravotních služeb. Je nutné zamýšlet se nad otázkami zajištění starých lidí po materiální, finanční, zdravotní a sociální stránce.

Tato práce nesměřuje pouze do sociální oblasti, ale má také pedagogický aspekt. Protože výsledky ilustrativního šetření mohou napomoci pracovníkům pomáhajících profesí prohloubit své vzdělání v sociální a zdravotní oblasti. V celé práci jsem vycházela jak z domácí, tak zahraniční literatury.

Problematika procesu stárnutí a stáří je velmi rozsáhlá. Každého se dotýká jiným způsobem a odlišným rozsahem. Velmi záleží na individuálních zkušenostech ať už pracovního nebo osobního rázu. I na našem skutečném kalendářním věku. Někteří lidé si nechtějí připustit postupné změny, které souvisí se stárnutím. Ovšem každý je stár podle toho, jak se cítí po tělesné a duševní stránce.

# 1 Definování výchozích pojmů

V této kapitole se zabývám vymezením základních pojmů, které jsou použity v práci. Je to důležité z hlediska pochopení a sjednocení jejich významu. Řada autorů ovšem vysvětluje termíny trochu odlišně. Pro srovnání u některých uvedu několik vymezení.

Základní vědní disciplínou, která se zabývá stárnutím a stářím je **gerontologie**. Podle Kalvacha a Mikeše (2004, s. 48) to je „*nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří.*“ Z této definice vyplývají další pojmy a to stárnutí, stáří a staří lidé.

Hrozenková a Dvořáčková (2013, s. 12) považují **stárnutí za** „*proces charakterizovaný strukturálními a funkčními změnami organismu a také poklesem schopností a výkonnosti jedince.*“ Z pohledu pozitivní psychologie Křivohlavý (2011, s. 16) vnímá **stárnutí** jako určitý úkol a posláním „*třetího úseku životní cesty je kulturně i osobnostně zrát a dozrát v plně rozvinutou, ucelenou a úctyhodnou harmonickou osobnost, která se stále ještě snaží podílet na kulturním dědictví a předávat je dále.*“ Stuart-Hamilton (1999, s. 18) vymezuje **stárnutí** za „*závěrečnou fázi lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny.*“ Avšak je velmi obtížné vystihnout okamžik přechodu středního věku ve stáří.

**Stáří** Matoušek (2008 s. 214) popisuje jako „*věkové období začínající v současné západní kultuře v 60 – 65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu.*“ Kalvach a Mikeš (2004, s. 47) chápou **stáří** jako „*označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života.*“

Dále vymezím pojem **starý člověk**. Janečková (in Matoušek a kol. 2005, s. 163) charakterizuje tento termín „*...příslušností k věkové skupině definované dosažením 60, resp. 65 let. Je spojován se sociálním statusem důchodce, je považován za neaktivního či neproduktivního a předpokládány jsou i zdravotní charakteristiky spojené s involucí...*“ Pichaud a Thareauová (1998, s. 25) uvádí, že **starý člověk** „*je ten, kdo v určitém společenství žije déle než ostatní nebo který žil déle než většina v té době žijících lidí.*“

Křivohlavý (2011, s. 39) užívá pojmu **stárnoucí člověk** a rozlišuje jeho tři podoby. „*První skupinu tvoří starší lidé, kteří jsou v relativně normálním stavu. Druhou tvoří ti, kteří jsou v tzv. optimálním stavu a třetí starší lidé v tzv. patologickém stavu.*“ Za normální stav u jedinců lze pokládat v případě, kdy jsou zdraví. Optimální stav je ideál za předpokladu působení nejvhodnějších podmínek životního prostředí během období od narození až do současnosti. Patologický stav popisuje přítomností nemoci.

Považuji za nutné vysvětlit pojem sociální služby. Podle Haškovcové (2012, s. 155) **sociální služby** představují „*soubor účinných forem pomoci potřebným občanům...*“ Matoušek (2008, s. 203) charakterizuje **sociální služby** za „*všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti.*“ Výčet jednotlivých druhů a forem těchto služeb upravuje zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

V rámci sociálních služeb je poskytována pomoc a péče pracovníky v sociálních službách. V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je pojem **pracovník v sociálních službách** definován v § 116 odst. 1 takto „*Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb... základní výchovnou nepedagogickou činnost... pečovatelskou činnost v domácnosti osoby... pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*“ ([http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf))

Pracovník v sociálních službách je profese, kterou řadíme do tzv. **pomáhajících profesí**, které Géringová (2011 s. 21) definuje jako „*...skupinu povolání, která jsou založená na profesní pomoci druhým lidem.*“ Podle Matouška (2008 s. 140) **pomáhající profese** vznikají „*v souvislosti se slábnoucí úlohou rodiny a jiných tradičních systémů sociální podpory. Cílem pomáhajících profesí je institucionalizované poskytování této podpory.*“

Shrnu-li výše uvedené, tak stárnutí je přirozený proces, jenž je doprovázen řadou psychických a fyzických změn v závěrečné fázi lidského vývoje, která je označována jako stáří. Gerontologie je potom zastřešující disciplínou tohoto procesu a životní etapy. V tomto období se jedinec stává ekonomicky neaktivní, je označován za starého člověka a nabývá sociální role důchodce. Senioři mohou využívat sociální služby, které jim nabízejí určitou formu pomoci v případě, že se stanou potřebnými. Samotná pomoc a péče je realizována pracovníky v sociálních službách, které zahrnujeme do tzv. pomáhajících profesí.

Výchozí terminologie této práce je tedy gerontologie, stárnutí, stáří, starý člověk, sociální služby, pracovník v sociálních službách a pomáhající profese.



## 2 Demografické ukazatele

Tato kapitola je zaměřena na popis demografické situace v České republice v souvislosti se stárnutím populace. Zabývá se příčinami změn porodnosti a důvody prodlužování střední délky života. Z toho vyplývá nutná existence sociálních služeb pro seniory. Proto charakterizují obecně sociální služby, které mohou být poskytnuty seniorům. Jedná se zejména o odlehčovací službu, pečovatelskou službu, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a denní stacionář.

Sak a Kolesárová (2012) považují stárnutí populace za významný jev dnešní české společnosti. Každoročně se zvyšuje počet seniorů, snižuje se podíl dětí a mládeže, což vede ke zvýšení průměrného věku. Tento fenomén se objevuje ve většině vyspělých zemí. Odhaduje se, že i do budoucna se bude zvyšovat počet seniorů v české společnosti. Důvodem je vstup silné generace jedinců do věkové kategorie 65+, kteří se narodili po druhé světové válce. V České republice je nepravidelná věková struktura, pro kterou je příznačné střídání populačně slabých a silných generací. Tuto strukturu lze označit jako regresivní, kdy převažují ženy vyššího věku. Je pro ni typické stárnutí populace, kdy se dle Saka a Kolesárové (2012, s. 86) „*při nízké úrovni plodnosti a zlepšování úmrtnostních poměrů zvyšuje zastoupení starých osob v populaci a zároveň se snižuje podíl dětí a mládeže.*“ Autoři se zaměřují také na příčiny změn porodnosti, které spatřují v sociální, biologické a ekonomické rovině. Díky hormonální antikoncepci se reprodukce dostala pod kontrolu žen. Výrazně proto poklesl podíl interrupcí a zvýšil se podíl plánovaných dětí. Její užívání souvisí, v negativním slova smyslu, se sociokulturní a vzdělanostní úrovní žen (vyšší porodnost je zaznamenána u žen s nižší úrovní). Z ekonomického hlediska nízká porodnost souvisí s nejistotou v zaměstnání a pořízení bydlení na dluh. Opatření dítěte se odsouvá na pozdější věk, kdy ovšem vzrůstá riziko neplodnosti. U mladých lidí došlo v posledních letech k posunu v žebříčku hodnot, kdy hodnota dítěte klesla na nižší příčku a naopak hodnota majetku a vysoké životní úrovně zabírají přední příčky. V České republice dochází k souběhu sociálních, ekonomických a biologických příčin, které zapříčiňují pokles porodnosti.

Sak a Kolesárová (2012) se zabývají otázkou důvodů prodlužování střední délky života, protože od začátku 20. století došlo k jejímu prodloužení asi o třicet let. V této souvislosti se užívá termínu naděje dožití, což je pravděpodobnost jedince v konkrétním věku, že se dožije určitého věku a bude žít určitý počet let. Délku života ovlivňují činitele např. pohlaví, stavba těla, genetika, životní styl, prostředí aj.

Na stárnutí populace může být nahlíženo jako přímý důsledek socioekonomického vývoje. Zlepšováním životních podmínek a přístupu zdravotní péče, klesá úmrtnost během porodu a v dětství. Prodleva mezi klesající úmrtností a klesající plodností vytváří dočasný růst v podílu dětí v populaci. Růst ekonomiky bude upevněn v okamžiku, jak tato generace vstoupí do produktivního věku. Nakonec ovšem vstoupí do věkové kategorie stáří. Za předpokladu, že míra plodnosti setrvá nízko, tak se podíl starší generace v populaci zvýší. Tento trend je umocněn zvyšující se délkou dožití. Tyto změny dramaticky mění populační strukturu od dominantní skupiny mladých lidí. Se stárnutím populace se potýká každé země. V polovině 20. století bylo na celé planetě 14 milionu lidí ve věku 80 let nebo starších. V roce 2050 to bude 400 milionu lidí, v této věkové kategorii, po celém světě. ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf))

Světová zdravotnická organizace uvádí, že je důležité, aby se společnost těmto změnám přizpůsobila. Proto zdůrazňuje maximalizaci zdraví a funkční schopnosti seniorů stejně jako společenskou participaci a zabezpečení. ([www.who.int/topics/ageing/en/](http://www.who.int/topics/ageing/en/))

## 2.1 Charakteristika sociálních služeb pro seniory v České republice

Smysl **respitní (odlehčovací) služby** Haškovcová (2010) spatřuje v odpočinku pečujících osob a regeneraci sil potřebných k dalšímu pečování. Tyto služby jsou zabezpečeny buď denními, nebo týdenními stacionáři. V případě potřeby delšího oddechu či pauzy se hovoří o tzv. parciální péči. Znamená to přijetí seniora do zařízení a to na základě předem dohodnutého období, ve kterém převezmou péči profesionální pracovníci. V tomto vzniklém mezičase pečující osoba získá čas pro sebe a svou rodinu (často jej využijí pro dovolenou). Náklady vzniklé v souvislosti s poskytnutím péče hradí rodina (jedná se o ubytování, stravu, pomoc při sebeobsluze, praní osobního prádla a dohled nad užitím léků).

**Pečovatelská služba** poskytuje, dle Vágnerové (2000), pomoc v domácím prostředí starého člověka, který je závislý na pomoci druhých. Pečovatelka zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, psychickou podporu a je významnou osobou v životě seniora. V jejich vztahu se může objevit nadměrná fixace nebo naopak podezíravost či obviňování ze strany opečovávaného. Další možností je umístění v **domově pro seniory, domově se zvláštním režimem**. Je to pobytová forma sociální služby, která obrátí život seniora vzhůru nohama. Z mé pětileté praxe mám vypozerované, že je to změna, která zasáhne nejen dotyčného samotného, ale také celou jeho rodinu. Klienti potřebují na všechno dostatek času.

Důležité je seznámení s personálním obsazením a prostředím poskytované služby. Personál by měl přistupovat trpělivě, nespěchat, v případě potřeby informace zopakovat, přizpůsobit komunikaci a umožnit klientovi zachování zvyklostí z domova, pokud to je možné. Adaptace na nové prostředí je u každého různě dlouhá než si zvykneme na nový režim dne čili nový způsob života. V tomto období by měla probíhat intenzivnější spolupráce s rodinnými příslušníky, kteří mohou poskytnout pracovníkům cenné informace. Tato sociální služba zajišťuje komplexní péči o klienty.

Kubalčíková (in Matoušek a kol. 2013) shrnuje klienty **denního stacionáře** jako osoby, které se neobejdou bez pomoci druhé osoby z důvodu zdravotního postižení, věku nebo dlouhodobého chronického onemocnění. Podstata služby tkví v tom, že rodina či blízká osoba se o ně postará v přirozeném prostředí a na část dne dochází do denního stacionáře. Pečující jedinci tak mají možnost odpočinku, vyřízení úředních a osobních záležitostí, vykonávat zaměstnání.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů jsou uvedeny další sociální služby, které směřují k pomoci a péči o seniory. Patří mezi ně např. osobní asistence, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče aj. ([www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf))

V této kapitole jsem uvedla, že se zvyšuje počet obyvatel starších 65 let. Není to problém pouze české společnosti, ale celého světa. V České republice je tzv. regresivní věková struktura populace, což znamená, že se ženy dožívají vyššího věku. V české populaci dochází ke střídání silných a slabých generací. Díky kumulaci sociálních, ekonomických a biologických příčin dochází k poklesu porodnosti. Mladí lidé se k rodičovství odhodlávají ve vyšším věku, kdy existuje zvýšené riziko neplodnosti. Důvodem je možné zadlužení (v souvislosti se zajištěním bydlení), nejisté zaměstnání nebo touha po vysoké životní úrovni. Bohužel se těmto párům změnil hodnotový systém a hodnota dítěte je odsunuta na zadní příčky. Od počátku 20. století došlo k prodloužení střední délky života téměř o 30 let. Na délku života má vliv např. genetika, prostředí, ve kterém žijeme atd.

Zabývala jsem se popisem odlehčovací služby, pečovatelské služby, domova pro seniory, domova se zvláštním režimem a denního stacionáře z obecného hlediska.

### 3 Bio-psycho-sociální aspekty stárnutí a stáří

V kapitole popisují proces stárnutí a stáří. Přibližují periodizaci tohoto období a zaměřují se na jeho tělesné a psychické změny. U každého jedince se projevy stárnutí liší. Nelze jej proto vnímat jen z jednoho úhlu pohledu a je dobré si uvědomit, že na vlastní stárnutí má vliv dosavadní způsob života. Zaměřím se na problematiku demence. Významnou roli v životě seniora sehrávají rodinní příslušníci, kteří představují pro mnohé z nich určitou jistotu, bezpečí a oporu. Zlomový okamžik pro každého z nás je odchod do důchodu, proto se v následujícím textu věnuji této sociální události. Objasňuji změnu způsobu života, která nastává v důsledku omezení soběstačnosti a vzniku závislosti starších lidí na druhé osobě v rámci sociální služeb.

#### 3.1 Charakteristika a periodizace stáří

Sýkorová (2007) vymezuje stárnutí jako dynamický a komplexní proces, který v sobě zahrnuje psychologické, biologické a sociální aspekty. Podle Kalvacha a Mikeše (2004) stáří představuje řadu involučních změn, které mají specifickou rychlost, variabilitu a vedou ke stařeckému vzhledu. Ten je ovlivněn prostředím, životním stylem, zdravotním stavem, sociálně ekonomickými a psychickými vlivy. Rozlišují stáří kalendářní, sociální a biologické:

- Kalendářní stáří – za začátek stáří se pokládá věk 65, a za vlastní stáří věk 75 let.
- Sociální stáří – zahrnuje změnu potřeb, sociálních rolí, životního stylu a ekonomického zabezpečení. Začíná vznikem nároku na starobní důchod.
- Biologické stáří – lze charakterizovat individuální mírou změn přirozeného stárnutí jedince.

Stejně členění stáří uvádí i Mühlpachr (2004). Dle něho lze kalendářní stáří jednoznačně a jednoduše definovat, což je jistou výhodou. Je určeno dosažením stanoveného věku, od kterého se zřetelněji projevují involuční změny. Biologické stáří je vykazováno mírou těchto změn, které souvisí s řadou nemocí vyskytujících se častěji v období stáří. Sociální stáří je vnímáno jako sociální událost, protože souvisí se změnou životního způsobu a ekonomického zajištění. Jedná se o kombinaci sociálních změn. Nejvíce souvisí se splněním kritéria přiznání starobního důchodu (více viz podkapitola 3.4 Odchod do důchodu). Sociální stáří lze dále diferencovat na:

- první věk – charakterizuje období dětství a mládí,
- druhý věk – vystihuje období dospělosti,

- třetí věk – je typický pro postproduktivní období (tedy stáří),
- čtvrtý věk – tento termín je občas používán pro fázi závislosti, což není příliš vhodné, protože vzbuzuje dojem nesoběstačnosti.

Baltes (in Gruss a kol., 2009) označuje třetí věk jako rané stáří, patří sem tedy jedinci od 60 do 80 let. Až ve čtvrtém věku dochází k úpadku lidského života ve všech směrech a zahrnuje seniory ve věku od 80 let a výše.

Kalvach (2010) vymezuje stáří z negativního a pozitivního hlediska. Pojetí negativní spojuje se snížením psychické, tělesné, sociální, výkonové úrovně, hromaděním nemocí a funkční ztráty. Pojetí pozitivní je vázáno na zkušenosti, mnoho prožitého a schopnost vyprávět příběhy.

Vymětal (2003) uvádí, že kvalita stáří závisí na přijetí nejbližšími lidmi, zdravotním stavu, hodnotové orientaci a možnostech uplatnění seniora. Jestliže je jedinec po fyzické stránce zdravý, ostatními vnímán jako potřebný a psychicky integrován, pak se může osobnostně vyvíjet a růst až do smrti. Je důležité, aby měl jeho život smysl.

Podle Giddense (1999) mají jednotlivá vývojová životní období jak biologickou, tak sociální povahu a jsou ovlivněna kulturními odlišnostmi a hmotnými podmínkami lidského života dané společnosti. V současnosti se po celém světě zvyšuje počet osob starších 65 let, což má dopad nejen na oblast zdravotnictví, ale i sociální. Společenský význam stárnutí je tedy rozsáhlejší. To ovšem souvisí i se změnou povahy stáří, protože poskytuje nové možnosti a i problémy. Také se zvyšuje průměrný věk člověka a to z důvodu kvalitnější zdravotní péče, hygienických podmínek a lepší výživy. Dále uvádí, že výskyt zdravotních problémů s přibývajícím věkem narůstá. U každého z nás můžeme zaznamenat individuální rozdíly v rozsahu onemocnění souvisejících se stářím. Jsou mezi námi totiž i tací, kteří se po 65 roku věku těší výbornému zdraví. Na fyzický stav seniorů má velmi špatný vliv ztráta členů rodiny a přátel, odchod do penze, i odloučení od dětí.

Janečková (in Matoušek 2013) popisuje, že jedinci ve vysokém stáří již v současnosti nejsou žádnou výjimkou. Unikátní je kvantitativní nárůst v této věkové kategorii, který souvisí s politickými, ekonomickými, sociálními a psychologickými aspekty. Populace vnímá stárnutí za neproduktivní a drahé. I přesto se snažíme své stáří prodloužit. Stárnutí a stáří má dvě strany. Jednak senioři slouží prostřednictvím svých zkušeností, moudrostí a dovedností k rozvoji společnosti. Na druhou stranu většina starších lidí bude potřebovat péči dlouhodobou, efektivní a dostupnou.

Na rozdílnost seniorů podle Křivohlavého (2011) má vliv genetika, prostředí, ve kterém žijí, způsob života, životní události atd. Za velmi podstatný proto považuje způsob prožití předchozích fází života již od narození, který udává směr prožití poslední fáze života.

Holmerová a kol. (2007) stejně jako Janečková (in Matoušek a kol., 2005) považuje za počátek stáří dosažení 65 let věku. A to jak z pohledu lékařství, tak demografie. Rozděluje závěrečnou fázi života na:

- 60 až 74 let – počínající stáří,
- 75 až 89 let – vlastní stáří,
- 90 let a více – dlouhověkost.

Dále uvádí toto rozdělení:

- 65 až 74 let – mladí senioři,
- 75 až 84 let – staří senioři,
- 85 let a více – velmi staří senioři.

Světová zdravotnická organizace (in Malíková, 2010) periodizuje stáří takto:

- 60-74 let senescence (počínající, časně stáří),
- 75-89 kmetství (senium, vlastní stáří),
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost).

Jarolímová (in Holemrová a kol., 2007) popisuje stáří za stádium vývoje, které má své specifické rysy. Stárnutí definuje souborem změn ve struktuře a funkci organismu v oblasti psychické, somatické, sociální a emoční. Ty mohou vyvolat vyšší zranitelnost organismu, úbytek schopností a výkonu. Fyzické proměny jsou patrnější než psychické. Ostatními jsou více vnímány. Pro seniory je podstatné nejen hodnocení sebe sama, ale především druhými lidmi.

Podle Vágnerové (2000) je postoj dnešní společnosti ke stárnutí, stáří a seniorům spíše negativní. V této fázi vývoje se předpokládá jen chátrání, starý člověk není pro společnost ničím prospěšný. Odborně se tento jev nazývá ageismus, který může vést k podceňování, odmítání, dokonce i k odporu vůči seniorům. Z pohledu ageismu souvisí období stárnutí a stáří pouze se ztrátami, úpadkem a zhoršením kvality života. Výsledkem tohoto jevu je diskriminace jedinců na základě stáří, jejich izolace vůči majoritní společnosti. Ovšem tento postoj nebere v úvahu individuální rozdílnost mezi lidmi v tomto věku. U mladší generace chybí pocit sounáležitosti s generací starší. Se seniory je spojováno nízké sociální postavení, jsou vnímáni spíše jako přítěž s nízkými kompetencemi.

Na druhou stranu Pichaud a Thareauová (1998) uvádí, že stárnutí a stáří není jenom úpadek, protože v každém věku jedinec něco získává, rozvíjí se a zároveň může prožívat strádání a ztráty. Pro jedince je významné, jak vidí sám sebe a jak ho vnímají ostatní. Pokud máme spíše negativní náhled na stáří, tak si všímáme především jeho negativních stránek. Máme-li vyváženější mínění o stáří, tak si všímáme vedle negativních stránek i těch pozitivních.

Za charakteristické zátěžové situace po 75. roce života považuje Vágnerová (2000) nemoc, úmrtí partnera nebo blízkých osob, zhoršení zdravotního stavu (jak po psychické tak tělesné stránce) a změnu životního způsobu (např. hospitalizace ve zdravotním zařízení nebo využití sociální služby domov pro seniory...). Způsob života ve stáří je ovlivněn podle Pacovského (1990) mírou soběstačnosti a zdravím seniora, ekonomickým zajištěním, množstvím sociálních kontaktů (možné osamocení), pracovní aktivitou, hlavními životními jistotami (sociální zabezpečení prostřednictvím sociálních služeb).

### **3.2 Tělesné a psychické změny ve stáří**

Proces stárnutí dle Dessaintové (1999) probíhá po celý náš život s individuálními rozdíly u každého z nás. Fyziologické změny přichází kolem čtyřicátého roku, což je dříve než se objeví vnější příznaky stárnutí. Vágnerová (2000) spojuje stárnutí se zhoršením psychického a tělesného stavu. V podstatě jde o vztah nahromadění genetických předpokladů a následků různorodých vlivů prostředí v organismu seniora. V důsledku stárnutí dochází k proměně zevnějšku jedince, ovšem existují individuální rozdíly v míře a rychlosti změn např. zešedivění vlasů, objevení vrásek, ztloustnutí či zhubnutí... Někdy může dojít ke ztrátě určitých typických rysů a jedinec proto vypadá zcela odlišně než dříve. Pichaud a Thareauová (1998) vymezují další projevy stárnutí, mezi které řadíme vysušení a svaštění kůže, zhoršuje se zrak a sluch, ochabuje svalstvo, ubývají vlasy aj.

Jarolímová (in Holmerová, 2007) uvádí, že během stárnutí dochází ke zpomalení reakcí, je proto vhodné dát seniorům dostatek času a nespěchat na ně. Projevuje se také zpomalení psychomotorického tempa a dochází snáze k psychické unavitelnosti. Horší výbavnost paměťových obsahů, což lze posílit tréninkem paměti. Dlouhodobá paměť je většinou na lepší úrovni než paměť krátkodobá. Změny nastávají i v citovém prožívání. Ve stáří se zvyšuje význam rodiny. Staří lidé bývají mnohdy ohroženi sociální izolací nebo deprivací (emoční či podnětovou), proto je vhodný návyk aktivního způsobu života již z předešlých vývojových stádií. Za nejobtížnější vývojový úkol ve stáří je považován

přechod z domácího prostředí do zařízení zdravotní nebo sociální péče, který ovšem nemusí potkat každého.

Podle Tošnerové (in Jiráková a kol., 2013) se ve stáří mění všechny smysly ve své citlivosti. Nejčastěji se u seniorů vyskytuje postupná sluchová ztráta. Většina nemocí a ztrát je často spojována s obdobím stárnutí. Senioři nemusí být připraveni si přiznat možné problémy a mohou proto žít ve strachu a sociální izolaci. Autorka zdůrazňuje, že všechny pomůcky např. chodítka, naslouchátka aj. nesmí devalvovat, hendikepovat staré lidi. Měly by být i vzhledově zajímavé při zachování reálné potřeby, znalosti o stáří a typu postižení.

Změny ať už tělesného či psychického rázu mohou, dle Vágnerové (2000), u starých lidí vyvolat i proměnu v jejich osobnosti. Zdůrazní se některé vlastnosti a tím se transformuje chování novým směrem, které bývá nápadné např. posílení introverze může vést k samotářství. Rozlišuje tři druhy změny osobnosti:

- První kategorie je spojována se snížením kompetencí, což vede k nižší sebedůvěře a vyšší nejistotě. Zesílí se tím vlastnosti např. nerozhodnost, pečlivost či obezřetnost.
- Druhá kategorie souvisí s úbytkem funkcí v rozdílných oblastech a to zapříčiní snížení tolerance k zátěži projevující se přeměnou emocionálních projevů. Zvýrazní se vlastnosti jako úzkostnost, tendence k nespokojenosti nebo bázlivost.
- Třetí kategorie se váže k nejistotě ve vztahu k druhým lidem, na kterých může být jedinec více závislý než dříve. Vlastnosti, které se, proto vyhraní jsou dotěrnost, sobectví (egoismus), vztahovačnost, podezřívavost, chamtivost, nesnášenlivost nebo samotářství.

Tošnerová (in Jiráková a kol., 2013) spojuje proces stáří s přirozeností a předvídatelností. Týká se jak duševních schopností, tak fyzického vzhledu, společenského života a energického stavu. Souvisí se změnami, které jsou většinou okolím vnímány jako ztráty.

Je zřejmé, že u každého z nás se stárnutí a stáří projeví odlišným způsobem. Změny a projevy, které jsou s touto etapou života spojeny, nastupují individuálním tempem i rozsahem. Proto je podstatné vnímat každého seniora jako individualitu a podle toho s ním také jednat.



Říčan (1990) vysvětluje, že v důsledku přibývání let je obtížné rozlišovat změny, které vznikly na podkladě přímého nebo nepřímého důsledku onemocnění, protože potkají dříve či později každého. Ve stáří hovoříme o polymorbiditě, což znamená, že se současně vyskytuje více onemocnění. Mezi nejčastější nemoci ve stáří patří např. srdeční choroby, chronické záněty kloubů, vysoký krevní tlak, cukrovka, demence (více viz podkapitola 3.2.1 Demence), neurózy atd.

### 3.2.1 Demence

Podle Buijssena (2006) je demence destruktivní onemocnění, které v první fázi není příliš patrné. V závěrečné fázi je jedinec závislý na pomoci druhých, protože vše, co se v předchozích životních etapách naučil, tak zapomněl. Demence se vyskytuje v mnoha formách např. Parkinsonova, Pickova, vaskulární demence aj. Ta nejčastější se nazývá Alzheimerova choroba (dále ACH), kdy jsou zasaženy nervové buňky (postupně sesychají a odumírají). ACH se vyvíjí velmi pozvolna. Někdy bývá označována jako „nemoc stáří“, přestože se vyskytuje i u osob mladších 65 let. Díky prodlužování střední délky života vzrůstá počet jedinců trpících touto nemocí. Přesné příčiny vzniku ACH nejsou známy, ale určitou roli zde sehrává genetika a stárnutí.

Mezi první příznaky této nemoci řadí Regnault (2011) poruchu krátkodobé paměti. Posledně prožité události jsou zapomenuty nejdříve a ty starší jsou vybavovány podstatně lépe. Dále ztrátu orientačního smyslu (jedinec neví kde je, přestává se orientovat i v dobře známém prostředí). V počátcích nemoci se jedinec může snažit příznaky skrývat. Výstražnými signály jsou změna chování, nezvyklá agresivita, špatná orientace v domácnosti, opakování činností a duševní nepřítomnost.

K dalším symptomům patří apraxie, afázie a agnózie. Apraxie představuje neschopnost jedince vykonat cílevědomou činnost navzdory faktu, že svalová síla a koordinace je nedotčená. V běžném životě se to může projevit např. neschopností zavázat tkaničku u boty nebo zapnout rádio. Afázie souvisí s obtížností nebo ztrátou schopnosti mluvit, psát, rozumět mluvené a psané řeči v důsledku poškození příslušného nervového centra. Znamená to, že se jedinci snaží nahradit slovo jiným, které má podobný význam. Užívají špatná slova, která ovšem obdobně zní. Může se projevit i bezděčnou reprodukcí slov a frází jiné osoby. Velmi časté je i opakování slov, frází. Termín agnózie lze vymezit jako ztrátu schopnosti rozpoznat věci a určit k jakému účelu slouží např. použijí lžíci místo tužku ke psaní. Tato neschopnost souvisí i s nepoznáním rodinných příslušníků a blízkých

osob, jedinci neví, kdo dotyčné osoby jsou. ([www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer-s-disease/Main-characteristics-of-Alzheimer-s-disease#fragment-2](http://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer-s-disease/Main-characteristics-of-Alzheimer-s-disease#fragment-2))

Jednotlivé příznaky mají individuální charakter, nenastupují a nezhoršují se, dle Glennera a kol. (2012), stejně rychle. Přesto lze vymezit tři základní fáze demence. V první fázi označujeme demenci za mírnou či počínající. Není ji proto lehké rozpoznat. Objevuje se zmatenost, snížená míra pozornosti, uzavřenost, zhoršení řečových schopností a krátkodobé paměti aj. V druhé fázi je demence již rozvinutá a příznaky, které se objevují v první fázi, jsou zesílené. Může se k nim přidat neklid, dezorientace ve známém prostředí, zhoršení dlouhodobé paměti, problémy s motorikou a při činnostech běžného dne, utkvělost, opakování slov a jednání atd. Demence ve třetí fázi je pokročilá, terminální, kdy je nutná nepřetržitá pomoc a dohled. Mohou se objevovat halucinace, inkontinence, obtíže s polykáním a z toho vyplývající hubnutí. Jedinec, který má diagnostikovaný tento třetí stupeň, již není schopen reagovat na podněty a uvědomovat si okolní svět.

Buijssen (2006) uvádí, že ACH zasáhne nejen do života postiženého člověka, ale zejména do života jeho rodinných příslušníků a svého okolí. Doslova lze říci, že se jim obrátí život vzhůru nohama. Každý člen rodiny se postupně vyrovnává s bolestí, která vyvstává v důsledku loučení s osobou, kterou mají rádi. V průběhu smířování se objevuje celá řada emocí jako popření, vzpoura, stud, hněv, bezmocnost, osamělost, vina atd. Jedná se o pomalou ztrátu milovaného člověka. Pečovatel ztrácí svůj dosavadní způsob života, svobodu, protože se ho nemoc dotýká mentálně i fyzicky. Má strach z budoucnosti a tendenci ke smíšeným a protichůdným pocitům. Jeho snaha nebývá oceňována okolím, je brána za samozřejmost. Je pro něho velmi těžké požádat o pomoc druhých. V rámci rodiny mohou vznikat dohady, kdo má péči poskytovat a jaká forma je nejlepší. Velmi důležité je myslet na vlastní zdraví a zcela se nepodřizovat nemocnému. Když bude pečující osoba odpočatá a uvolněná, tak vytváří klidnou atmosféru. Ta je významná, jelikož nemocní jsou velmi vnímaví vůči okolnímu světu. Déle také vydrží pečovat o svého blízkého.

Wehner a Schwinghammer (2013) zdůrazňují ocenění zásluh pečujících osob (většinou rodinných příslušníků) o jedince s demencí. Obzvláště v situaci, kdy již nejsou samy schopny péči zajistit a vyhledají pomoc prostřednictvím pobytových sociálních služeb. Díky tomu jsou vystaveni výčítkám svědomí. Je dobré jim poskytnout morální podporu.

Účastnila jsem se ve dnech 24. a 25. 3. 2014 mezinárodní konference v Litomyšli, kterou pořádalo A-FORUM CS (Mezinárodní platforma příspěvkových organizací sociálních služeb zaměřených na uživatele s Alzheimerovou chorobou). Byla orientována na téma „Strategie společného postupu příspěvkových organizací v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou.“ V této souvislosti jsem v rámci workshopu zaměřeného na „Sociální práci v pobytových zařízeních sociálních služeb“ měla možnost setkat se s paní N, která sama trpí touto nemocí již 6 let. Hovořila o svém životě, o tom jak se u ní objevily první příznaky onemocnění v 48 letech a jak se jí zcela změnil život. Velmi si cením její odvahy vystoupit se svým životním příběhem. Paní N má atypickou formu ACH. Zpočátku si lékaři mysleli, že má epilepsii, schizofrenii a až po 9 měsících ji diagnostikovali Alzheimerovu chorobu. Průběh jejího vyprávění byl velmi emočně silný, protože si uvědomuje důsledky své nemoci např. změnu chování, ulpívavost, že její schopnosti klesají a naopak u její tříleté vnučky stoupají, neschopnost říci, co před pěti minutami dělala atd. Tvrdí, že když mají lidé s demencí dobré podmínky, podporu blízkých a pevnou vůli, tak dokáží mnohé např. se paní N naučila jména všech amerických prezidentů nebo sto desetinných čísel od Ludolfova čísla pí, čemuž se mnozí lékaři velmi divili, že to není možné. Zdůrazňovala, aby lidé okolo lidí s Alzheimerovou chorobou byli trpěliví, mluvili pomalu a nekladli otázku „Jak si tohle nemůžeš pamatovat?“ Paní N se nevzdala a bojuje s touto nemocí velmi statečně. Rozhodla se též pro destigmatizaci demence, snaží se o osvětu. Stala se proto členkou Svépomocné, podpůrné skupiny pro osoby s demencí a Evropské pracovní skupiny lidí s demencí. Velmi výstižné je motto paní N, které zní „*Minulost je historií, zítřek záhadou a dnešek je dar.*“ (Čerpáno z materiálů mezinárodní konference v Litomyšli – workshopu na téma Sociální práce v pobytových zařízeních sociálních služeb.)

Velmi důležitá je pro každého z nás podpora rodinných příslušníků a blízkých osob. O to více v seniorském věku, především v případě diagnostikované demence různého typu.

### **3.3 Význam rodiny pro starého člověka**

Pacovský (1990) popisuje, že struktura rodiny se v průběhu let mění. V současnosti je snaha o rozpad vícegenerační rodiny na menší rodiny, což má vliv na život seniorů. Pomoc rodinných příslušníků je významná pro udržení soběstačnosti starších lidí v domácím prostředí. Důležitá je také vzdálenost mezi rodinnými příslušníky. Dříve se děti usazovaly v dostatečné blízkosti svých rodičů, ale dnes tomu tak již není a mnohdy jsou prostorově i sociálně odloučeni od svých dětí. Přesto má rodina nezastupitelné místo. Vztahy mezi

jednotlivými členy rodiny mají svou úlohu, stránku společenskou a etickou. Někdy mohou senioři pociťovat osamělost a to z důvodu přerušení kontaktů či konfliktů s rodinnými příslušníky i blízkými lidmi. Potom jsou ohroženi sociální izolací. V okamžiku, kdy starý člověk přestává být soběstačný a začíná být závislý na pomoci druhých, nastává v rodině obtížná situace. Péče a pomoc poskytnutá v rámci rodinných příslušníků v domácím prostředí je možná, pokud mohou, chtějí a umí pečovat o nemocného. Tato péče je velmi fyzicky i psychicky náročná. Pokud již není v možnostech a silách rodiny zajistit potřebnou péči, tak lze využít sociálních služeb (více viz podkapitola 2.1 Charakteristika sociálních služeb pro seniory v České republice).

Haškovcová (2010) se shoduje s Pacovským, že současná rodina prošla řadou změn ve vztahu k minulým letům. Autorka se věnuje budoucnosti seniorů, kdy předpokládá model placených služeb. Znamená to, že si staří lidé budou muset našetřit v jejich produktivním věku, aby si mohli dopřát služby na profesionální úrovni v závěrečné fázi života. Dále se domnívá, že další generace budou náročnější ve svých požadavcích na sociální služby. Uvádí, že jedinci, kteří jsou v současnosti kategorizováni jako senioři, se narodili za první republiky. A ti, které teprve čeká odchod do důchodu, se narodili po druhé světové válce. Problém, že senioři nerozumí mladým lidem a opačně spatřuje v tom, že nejmladší generace (narozena po roce 1989) neví nic o socialismu, tedy době, ve které jejich předci žili. Dříve rodina zabezpečovala péči o své nemocné a závislé rodiče a jejich umístění v domovech důchodců bylo spatřováno jako morální úpadek. Dnes to již takhle vnímáno není. Každý z nás je samozřejmě rád doma a chce být v domácím prostředí po co nejdelší možnou dobu. V momentě, kdy se stáváme závislími a do určité míry ztratíme soběstačnost, očekáváme, že se o nás postará rodina. Již od mala se v nás vytváří vztah k prarodičům. Přestože již rodiče se svými dětmi nebývají v jedné domácnosti, určitá závislost mezi nimi existuje. Zejména děti využívají pomoc ve formě péče o vnoučata či finanční podpory. Ovšem i senioři se mohou dostat do situace, kdy budou potřebovat pomoci od svých dětí popřípadě vnoučat. Záleží na celkových vztazích v rodině, které jsou značně individuální. Stává se, že se děti tzv. „nepovedou“ (i přes veškerou péči rodičů), ale totéž lze říci i o jejich rodičích (když neposkytují potřebnou péči svým dětem).

Klevetová (2008) zdůvodňuje, že stáří může být pro někoho těžké, protože senioři vnímají nedostatek času, rychlé životní tempo a uspěchanost svých dětí. Nemají odvahu je zdržovat, což mnohdy vede k osamělosti. Jde zejména o kvalitu, nikoli o délku, společně stráveného času (o vzájemné porozumění, trpělivost, lásku...). Dále uvádí, že v dobře

fungující rodině dochází ke vzájemné podpoře, pomoci, pochopení, pocitu bezpečí, svých prarodičů si rodinní příslušníci váží.

Již jsem zmiňovala, že Pacovský (1990) uvádí tři podmínky poskytnutí péče, které by měla rodina splňovat a to umět, moci a chtít. Totéž se domnívá i Haškovcová (2010), když rodina chce, tak s největší pravděpodobností si zjistí i jak (tedy umět). Oblast moci pečovat je ohrožena:

- tím, že rodinný příslušník může mít pár let do penze a opustit zaměstnání v této době je dost ekonomicky náročné,
- prodloužením délky studia pro uplatnění na trhu práce, tudíž střední generace má delší vyživovací povinnost vůči svým dospělým dětem,
- malou odolností pečujících (po stránce psychické i fyzické).

Dále Haškovcová (2010, s. 297) uvádí, že by bylo dobré „*Aby každá generace věděla, že ve svém individuálním životě bude péči dvakrát přijímat a dvakrát dávat. V produktivním věku 20-65 let se nejvíce dává. V dětství, tedy v rozmezí 0-20, se přijímá poprvé, ve stáří 70+ podruhé. Původní závislost je střídána dospělou nezávislostí a posléze opět závislostí.*“

S přibývajícím věkem může vzrůstat závislost na pomoci druhé osoby v důsledku ztráty nebo omezení vlastní soběstačnosti. Haškovcová (2010) charakterizuje dlouhodobou péči v domácím prostředí za velmi psychicky a fyzicky náročnou, přičemž psychická zátěž je snášena hůře. Tato poskytovaná péče nemá žádnou perspektivu zlepšení a pečující osoba se nachází v obtížné životní situaci, která má povahu tzv. bludného kruhu, ze kterého není úniku. Z tohoto důvodu existuje řada sociálních služeb, které jsou vymezeny v zákoně číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Úbytek schopností je, podle Vágnerové (2000), nejčastější důvod změny způsobu života. Senior může využívat **pečovatelskou službu, domov pro seniory**. Haškovcová (2010) doplňuje tento výčet sociálních služeb ještě o **respitní (odlehčovací) službu** (více viz podkapitola 5.1 Zařízení sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí).

Markovicsová (2013) prezentuje, že jak péče poskytovaná institucionálně (prostřednictvím domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem), tak rodinnými příslušníky má svá pozitiva i negativa. Uspokojování nižších a vyšších potřeb seniorů je základním cílem pečování. Mezi negativní důsledky řadí závislost starého člověka na poskytovaných sociálních službách z důvodu ztráty autonomie, soukromí, vzniku

pravidelného režimu a absence individuálního přístupu. Veškerá péče by měla vycházet ze schopností a potřeb seniora, předpokladem je tedy individuální charakter.

Z mé pětileté praxe sociální pracovnice v domově pro seniory a roční praxe sociální pracovnice v domově se zvláštním režimem mohu říci, že pečovat o seniora v domácím prostředí je velmi náročné. Obzvláště, když trpí demencí (např. stařeckou nebo Alzheimerovou chorobou). Setkávám se s rodinnými příslušníky, kteří jsou mnohdy na pokraji svých sil a je pro ně velmi těžké smířit se s variantou využití pobytové sociální služby. Nachází se v situaci, která je nutná řešit jiným způsobem než prostřednictvím vlastní péče a terénních služeb. A to pobytovými sociálními službami a i z hlediska svého vlastního zdraví, protože se u nich projevuje psychické i fyzické vyčerpání.

### **3.4 Odchod do důchodu**

Odchod do důchodu považují Pichaud a Thareuová (1998) za významný moment, zlom, přechod a událost v životě, z níž vyplývá nejistota. Důchod pro většinu znázorňuje vstup do závěrečné fáze života – stáří a tudíž i sounáležitost se starými lidmi, blízkost smrti. Vede k novému uspořádání života, k vlastní organizaci volného času. Charakteristické znaky odchodu do důchodu vymezuje Vágnerová (2000) takto:

- Ztráta profesní role a s ní související společenské prestiže.
- Vytvoření role důchodce, která je spojována s horším společenským postavením.

Přiznání starobního důchodu, je dle Vágnerové (2000), významným znakem stáří. Jedinec se stává závislým na společnosti, přestává být ekonomicky aktivní a výkonný. Lidé v důchodovém věku jsou majoritou chápáni jako neproduktivní, nedůležitý a neprospěšný. Odchod do důchodu můžeme vnímat jako důležitou sociální událost či sociální mezník, kdy se transformují a přehodnocují role, postoje i hodnoty. Reakce na tuto událost je ovlivněna postojem k pracovní roli a mírou hodnoty, kterou pro jedince má. Někteří lidé se snaží udržet v zaměstnání co nejdéle a to z důvodu např. samotná profese je pro ně zároveň i koníčkem, zachování společenské prestiže, stávajícího způsobu života, ekonomické důvody. Odchod do důchodu obvykle způsobí ambivalentní pocity, kdy se můžeme těšit na tento okamžik (na klid, zbavení povinností, dostatek volného času aj.) a zároveň tímto ztrácíme kontakty, sociální postavení, pocit zisku pro společnost, pocit seberealizace atd.

Vágnerová (2000) rozlišuje následující fáze adaptace na odchod do důchodu:

- 1) Fáze přípravy na důchod – je spjata s postojem ke stáří, kdy každý jedinec začíná přemýšlet nad změnami, které tuto sociální událost budou provázet a má určité představy, jak bude jeho život vypadat.
- 2) Fáze bezprostřední reakce na změnu, spojená s pocitem vykořenění a ztráty zafixovaných jistot – jedná se o období přechodu z dosavadního způsobu života do nového. Reakce na ukončení ekonomické aktivity je různá - ať už se jedná o zachovávání starých zvyklostí, vnímání důchodu jako neomezené dovolené (dostatek času na veškeré zájmové činnosti) nebo období odpočinku (útlum aktivity).
- 3) Fáze deziluze a postupného přizpůsobování nové životní situaci – jedinci v této etapě pociťují prázdnotu, samotu, nudu, nedostatek aktivity, úbytek sociálních kontaktů... Až nyní si uvědomují plný dopad nastalé změny a je pro ně nutné naložit s volným časem efektivně, aby byly zachovány jejich schopnosti, dovednosti a kompetence na přiměřené úrovni.
- 4) Fáze adaptace na životní styl důchodce a stabilizace nového stereotypu – znamená přijetí nového způsobu života, přeměna hodnotové orientace a zafixování životního plánu. Do značné míry je toto ovlivněno nejen zdravotním stavem, ale i ekonomickou situací a rozsahem sociálních kontaktů.

Odchod do důchodu je sociální událost, která potká každého z nás. Vyrovnání se s novou rolí důchodce není lehké vzhledem k tomu, že se jedinci změní dosavadní způsob života. Tedy to, na co je zvyklý. Důležité je neztratit smysl svého života a umět jej prožívat naplno.

V této kapitole jsem přiblížila jen malou část celé problematiky procesu stárnutí a stáří. Je to široká oblast, která se týká nebo bude týkat každého z nás. Projevy a změny související se závěrečnou fází života jsou velice individuální, rozmanité a specifické. Za počínající stáří považujeme věk 60 let. V této životní etapě se výrazně transformují dosavadní sociální role v nové, se kterými se musíme zvnitřnit a přijmout je za své. Setkáváme se i s řadou sociálních událostí, změn, mezi které Pichaud a Thareuová (1998) řadí odchod do důchodu, biologické a fyzické proměny, narození vnoučat, smrt partnera a blízkých osob, institucionální péče. Já jsem více popsala odchod do důchodu, protože jím ztrácíme jistotu, určité bezpečí ve formě navyklého, možná i stereotypního způsobu života. Získáváme novou roli důchodce a tím přestáváme být ekonomicky aktivní.

Zaměřila jsem se také na problematiku demence, zejména Alzheimerovy choroby. Uvedla jsem typické příznaky a jednotlivé fáze demence. Chtěla bych zdůraznit nutný odpočinek u pečujících osob, a aby nezapomínaly na uspokojování svých potřeb. Nelze se zcela podřít svému blízkému, který má diagnózu Alzheimerova choroba či jiný typ demence. Dále jsem charakterizovala význam rodiny pro seniora a zabývala jsem se změnou způsobu života z důvodu závislosti na pomoci druhé osoby. Stáří nemá jen negativní stránky, ale i pozitivní. Ovšem ty si musí nalézt každý sám, ne pro všechny jsou totiž stejné.



## 4 Význam pomáhajících profesí

V této kapitole se zaměřuji na pomáhající profese. Vysvětluji jejich podstatu. Popisuji nejen motivy vedoucí k těmto povoláním, ale také úskalí těchto pracovníků. Zabývám se emocemi, které jsou velmi důležité při pomáhání, stejně jako osobnost a vlastnosti pomáhajícího. Věnuji se též otázce moci pomáhajících profesí. Zaměstnání, která řadíme do pomáhajících profesí je celá řada. K těm, které se váží k pomoci a péči o seniory patří sociální pracovníce, pracovník v sociálních službách, pečovatelka, zdravotní sestra, lékař, aktivizační pracovníce aj.

### 4.1 Charakteristika a motivace pomáhajících profesí

Michalík (2011) uvádí, že je velmi obtížné definovat pojem pomáhající profese. Přesto lze obecně říci, že se jedná o profese, které směřují k uspokojení potřeb jedince. Vyznačují se jednáním, které je orientováno na řešení individuálních potřeb člověka a poskytování podpory a pomoci. Mezi pomáhající profese řadíme například sociální pracovníky, lékaře, psychology, pedagogy, advokáty, pracovníky v sociálních službách... Pomáhající profese mají i svá specifika, do nichž patří:

- požadavky na specializované vzdělání,
- orientace na individuální potřeby člověka,
- významná je praxe a další vzdělávání,
- předpoklady ve struktuře osobnosti pracovníka (tím je míněna empatie, ochota, tolerance a řada dalších vlastností),
- ohrožení syndromem vyhoření,
- uplatňování etických norem,
- komunikační schopnosti na vysoké úrovni (zejména přizpůsobení se v komunikaci svému klientovy nebo uživateli).

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je vymezeno v § 109 odst. 1, že sociální pracovník „*vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace,*

*zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“  
([www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf))

Pro výběr povolání v pomáhajících profesích je pro jedince významná motivace. Michalík (2011, s. 20) říká, že „*Motivace pro působení v pomáhajících profesích je vždy různá. Zjednodušeně můžeme předpokládat následující krajní typové postoje vedoucí k rozhodnutí realizovat pracovní potenciál v rámci některé z těchto profesí:*

- *altruistický přístup k životu, zaměření na potřeby okolí, uspokojení z pomáhání;*
- *realistický přístup zahrnující vyhodnocení osobnostních možností a dispozic, profesních požadavků a regionální charakteristiky na trhu práce;*
- *mocensko-manipulativní zaměření, uspokojení z ovládnutí a ovlivňování situací a lidí.*“

Tyto postoje se vzájemně překrývají, ovšem vždy jeden vystupuje do popředí.

Schmidbauer (2008) užívá pojmu syndrom pomocníka. Vysvětluje jej jako neschopnost dát najevo vlastní potřeby a city, která je součástí osobnostní struktury. Zabývání se tímto jevem vede ke zlepšení duševní hygieny a budování stabilní motivace pomáhajících. Pomáhání rozděluje na spontánní (vyplývající ze soucitu), jako racionální, plánovanou interakci a jako narcistické uspokojení (souvisí s uplatněním, uznáním, mocí a zároveň udržením kontroly). Rozeznává následující čtyři typy pomocníků:

1. Oběť povolání – pro takového jedince je charakteristické, že se zcela odevzdává své profesní roli. Na soukromý život již nemá dostatečný prostor.
2. Pomocník, který štěpí – jedná se o pracovníka, který se chová v soukromí a v rámci své profese odlišně.
3. Perfekcionista – povolání je považováno za prostředek k dosažení ideálního vztahu. Důraz se klade na dokonalé intimní vztahy. Jedná se o přenos části profesní role do soukromí.
4. Pirát – opak perfekcionisty, kdy pracovník zneužívá pracovních možností k naplnění soukromého života a osobního prospěchu.

Z mé pětileté praxe na pozici sociální pracovníce mám vyzorované, že je velmi důležité stanovit si vlastní hranice, nenosit si „problémy klientů“ domů a dodržovat zásady duševní hygieny. Soukromý život je pro každého z nás velmi důležitý, proto není vhodné se zcela odevzdat své profesi. Je dobré, když si pracovník v pomáhajících profesích uvědomí dosah své pomoci a moci.

## 4.2 Pomoc a moc pomáhajících profesí

Úlehla (1999) rozděluje veškeré činnosti pomáhajících profesí do dvou kategorií. Buď jde o pomoc klientovi, nebo o jeho kontrolu (pro ni je charakteristická potřebnost, nevyhnutelnost a účelnost). Odlišují se od sebe tím, že kontrola je postavena na zájmech druhých lidí. Pomoc je způsob práce, na kterém se společně dohodli na základě přání klienta.

Kopřiva (1997) uvádí, že podstatou pomáhajících profesí je pomáhat lidem. Pomáhání je činnost smysluplná a je zaměřena na životní problémy konkrétních lidí. Důležitou roli zde hraje mezilidský vztah mezi pomáhajícím a jeho klientem, který tvoří zásadní složku povolání. Klient by měl vnímat bezpečí, důvěru, přijímání a vlastní hodnotu. Na druhou stranu vzájemný vztah může být narušen:

- nadměrnou kontrolou klientů bránící rozvoji jejich autonomie,
- obětováním se pro klienty, kdy vlastní potřeba odpočinku je odsunuta do pozadí,
- mravními soudy nad klienty (platí pravidlo zásadně se tomuto vyvarovat, v opačném případě se jedná o silně neprofesionální přístup).

Práce se zdravotně znevýhodněnými, osamělými, chudými a starými jedinci je podle Kopřivy (1997) ovlivněna životní filozofií pomáhajícího. Péče o seniory může být pojata jako neproduktivní nebo naopak např. při řešení otázky osamělosti ve stáří jako významný boj. Životní historie a aktuální osobní situace pomáhajícího má vliv na práci s klientem. Hraje zde roli individuální zkušenost. Proto je dobré si uvědomit, že nikdo z nás není schopen akceptovat každého. Pomáhající pracovníci se setkávají s potřebnými jedinci, kteří v nich vyvolávají negativní vztah, což lze řešit třeba předáním případu kolegovi. Všichni vnímáme okolní svět po svém a pro pomáhajícího je nejdůležitější realita klienta. Dále zmiňuje, že je nezbytné vytvoření hranice mezi pomáhajícím a klientem. Spojujeme ji s určitými kompetencemi. Někdy v této souvislosti nastává při pomáhání problém tzv. splývání, kdy pracovník záležitosti klienta chápe nadměru za svoje vlastní. Obranou může být netečnost, což tvoří další problém. Asertivita je způsob zachování hranic, který zabraňuje případné manipulaci ze strany potřebného.

Jankovský (2003) očekává u pomáhajících profesí spontánní prosociální jednání, které uznává prospěch druhých lidí. Podstatou těchto profesí je empatické chování, ochota pomoci, sdílení problémů druhých, prosazování kladných společenských cílů... Důležitá je také etika pro pomáhající profesie. Jankovský (2003, s. 22) etiku definuje jako filozofickou vědu

*„...o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit, společné a obecné základy, na nichž morálka (předmět etiky) stojí.“*

Z pohledu pomáhajících profesí je významná profesní etika, která uplatňuje všeobecná etická ustanovení (tzv. etický kodex) na určitou profesionální činnost. S vykonáváním pomáhajících profesí spojujeme různé obtíže a problémy. Pomáhající by měli disponovat odborným vzděláním, jistými osobnostními předpoklady a někdy i ochotou přinášet oběti.

Guggenbühl-Craig (2007) tvrdí, že většina zaměstnání v určitém smyslu vedou k prospěchu ostatních. Pomáhající profese se odlišují svým specifickým přímým výkonem pomoci. Ve své knize se zabývá otázkou moci v souvislosti s motivy pomáhat. Na jedné straně stojí motiv ochota pomáhat a na straně druhé to je moc nad klientem, jeho ovládnutí. Zejména když pomáhající pracovník jedná proti jeho vůli. Nikdo z nás nejedná na principech výhradně čistých motivů. Hovoří také o kolektivním obrazu (tj. všeobecném mínění veřejnosti) pomáhajících profesí, který rozlišuje pozitivní (jasné, světlé mínění) a negativní (tmavé mínění). Tyto obrazy je nutné chápat do určité míry jako předsudky.

Problematicke moci se věnuje i Kopřiva (1997). Prezentuje míru bezmoci klienta tím, že něco potřebuje a míru moci pomáhajícího ve smyslu poskytované pomoci. Paralelně má pracovník ještě moc vymezenou legislativně, pravidly dané organizace, společenskými nepsanými normami a moc vzniklou ve vzájemném vztahu pomáhající - potřebný. Moc je tedy významná součást tohoto vztahu. Projevy mocenského postavení by si měl pracovník uvědomovat, protože vedou k ovlivnění způsobu a možností pomoci. Rozlišuje několik typů moci např. krutá, nevlídná, laskavá... Klienti reagují na mocenské chování různě např. pasivitou, stažením z kontaktu, zlostí... Na druhou stranu pomáhající musí některé pravomoci provádět.

### **4.3 Úskalí a emoce v pomáhajících profesích**

Venglářová (2007) popisuje úskalí pomáhajících profesí, jejichž cílovou skupinou jsou senioři. Spatřuje je v navázání vztahu s uživateli, kteří nám nemusí být vždy všichni sympatičtí. Zde je namístě zapojit profesionalitu a vůli k překonání, aby vzájemný vztah fungoval. Je to emocionálně náročné, protože budování vztahu je ohroženo odmítáním, nedůvěrou a zklamáním ze strany seniora. Smrt uživatele vztah ukončuje. Ochranou pomáhajícího může být podvědomá snaha o menší citové angažování. Dalším nebezpečím jsou stresové situace, se kterými se pomáhající pracovníci mohou běžně setkat. Jako příklad mohu uvést rozpor mezi nároky uživatele (či jeho rodiny) a profesionalitou.

Na straně jedné to jsou nepřiměřená očekávání seniora, kdy si myslí, že o něj bude komplexně postaráno, přestože ještě některé úkony zvládá sám. Na druhé straně pomáhající mají naopak vést uživatele k zachování jeho samostatnosti po co nejdelší možnou dobu a potom jsou vystaveni útokům ze strany rodiny nebo samotného seniora, že nejsou dost ochotní. Mezi úskalí patří i to, že pomáhající pracovníci mohou být ohroženi odmítáním profesionální podpory, a to z důvodu:

- nepřiměřených, příliš vysokých, očekávání na sebe sama,
- podporování obrazu silného pomáhajícího profesionála společností,
- preference bezproblémového pracovníka institucí,
- osobního problému s přijetím pomoci od druhých,
- vlivu profesní a rodinné výchovy.

Pomáhající jsou podle Venglářové (2007) vystaveni zátěžovým situacím, které vznikají při práci s uživateli. Může to zapříčinit vznik syndromu vyhoření, což je nejvíce nebezpečné úskalí.

Géringová (2011) uvádí, že u pracovníků v pomáhajících profesích se objevuje altruismus. Je to v podstatě ochota někomu pomoci bez očekávání odměny, ale zároveň možné nabytí osobního přínosu např. dobrého pocitu, osobního uspokojení... Základem altruistického činu je jeho prospěch pro ostatní. Pro takovéto jednání je významná schopnost empatie. Užívá ještě pojmu afiliace v souvislosti s pomáhajícími. Vysvětluje je jako potřebu hledat přítomnost druhých jedinců (sociálních kontaktů). Osobnost pomáhajících pracovníků považuje za nástroj, který užívají ve své práci a jenž má vliv na její kvalitu. Rozsah zapojení vlastní osobnosti do vztahu s klientem je různý. Při výkonu své práce se pohybují v určitých rolích, které mají jasná očekávání a pravidla. Autorka vymezuje vlastnosti, které by měl mít pomáhající. Jedná se o vlídnost, ochotu, vyrovnanost, klidnost, zapálení pro věc, mít rád svou práci a empatie. Důležitá je reflexe a sebereflexe, které umožňují zpracovávat, zvládat náročné situace plné emocí. Dále uvádí, že kvalita vztahu mezi pomáhajícím a klientem má vliv na proces pomáhání. Každý vztah je doprovázen emocemi, které obsahují výrazové i tělesné změny, chování a prožívání. Emoce jsou jak na straně pomáhajícího, tak na straně klienta. Je důležité, aby se s nimi pracovník naučil pracovat. Jakmile dobře porozumí vlastnímu prožívání, tak bude citlivější vůči emocím druhých. Vyjadřování emocí je ovlivněno kulturou dané společnosti. Je pro ně charakteristická nakažlivost neboli jejich přejímání od expresivně aktivnějšího jedince. Schopnost porozumění pocitům a chápání druhých je empatie (vcítění). U každého se vyskytuje v různé míře.

Problematika pomáhajících profesí je velmi zajímavá a rozsáhlá. A to v proměnlivosti typu osobnosti klientů. Každý je jiný a potřebuje individuální přístup, rozsah pomoci i péče. Úkolem těchto profesí je pomáhání potřebným. Vlastní motiv je důležitý pro volbu tohoto povolání, stejně jako osobnost pomáhajícího, jeho vlastnosti (např. empatie, ochota, vyrovnanost, tolerance, naslouchání atd.) a osobní minulá zkušenost. Příkladám důraz vzdělání a porozumění emocím. Pracovník si musí umět poradit nejen s vlastními emocemi, ale i s emocemi klienta, kterými je vystaven při vzájemné spolupráci. Výkon těchto profesí je velmi náročný, fyzicky i psychicky. Je založený na vzájemném vztahu pracovník – klient, který určuje kvalitu pomoci a péče. Důležité je vytvoření a dodržování hranic spolupráce. Pracovník by neměl přebírat zodpovědnost za klienta a nepřijímat jeho problémy za své. Při práci je důležité dodržovat etické zásady. Popsala jsem možná úskalí, kterými mohou být ohroženi pracovníci pomáhajících profesí. Mezi ně řadíme samotný vztah pomáhající – klient (někdy do tohoto vztahu vstupují také rodinní příslušníci), stresové situace a odmítání profesionální podpory. Nejzávažnější je syndrom vyhoření. Popsala jsem několik typů pomáhajících pracovníků. Věnovala jsem se též moci pomáhajícího, která vyplývá z dané legislativy, vnitřních pravidel instituce, společenských norem a samotného vztahu pomáhající – klient.

## 5 Demografická situace města Ústí nad Orlicí

V této části se zabývám demografickými ukazateli a to porodností, úmrtností a počtem obyvatel ve městě Ústí nad Orlicí, jelikož souvisí se stárnutím a stářím. Mají významný vliv na existenci sociálních služeb. Z tohoto důvodu charakterizují konkrétní zařízení, která poskytují sociální služby seniorům na území města Ústí nad Orlicí.

Město Ústí nad Orlicí bylo založeno ve 2. polovině 13. století. Rozkládá se v údolí nedaleko soutoku Tiché Orlice a Třebovky v nadmořské výšce 350 m, 150 km východně od Prahy. ([www.ustinadorlici.cz/mesto/mesto-usti-nad-orlici/](http://www.ustinadorlici.cz/mesto/mesto-usti-nad-orlici/)) Nalézá se ve východních Čechách Pardubického kraje. ([www.ustinadorlici.cz/podnikatel/strategicke-dokumenty/komunitni-plan/](http://www.ustinadorlici.cz/podnikatel/strategicke-dokumenty/komunitni-plan/))

V minulém století docházelo, dle Křivohlávka (2005), k integraci okolních obcí k městu Ústí nad Orlicí. V roce 1945 se připojila obec Hylváty, v roce 1949 obec Kerhartice, v roce 1950 obec Oldřichovice (dnes s Ústím zcela splynuly), v roce 1960 část obce Dolní Libchavy zvaná Hutvald, v roce 1974 obec Černovír (součástí katastru této obce je osada Václavov) a v roce 1989 se připojila obec Knapovec s osadami Dolní Houžovec a Horní Houžovec. V současné době se město Ústí nad Orlicí díky slučování dělí na několik částí a má rozšířenou působnost (vykonává jak státní správu, tak samosprávu pro své okolí).

Na webových stránkách Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ) jsou uvedena demografická data. Zaměřila jsem se na město Ústí nad Orlicí v letech 2003 až 2012. Vyhledala jsem údaje, které se týkají stavu obyvatel vždy k 31. 12., počtu živě narozených a zemřelých jedinců. Tato data jsou shrnuta v následující tabulce č. 1 Demografická data města Ústí nad Orlicí v období 2003-2012.

Rok	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
<b>Stav obyvatel k 31.12.</b>	<b>15 031</b>	<b>15 007</b>	<b>14 918</b>	<b>14 864</b>	<b>14 707</b>	<b>14 667</b>	<b>14 565</b>	<b>14 499</b>	<b>14 582</b>	<b>14 472</b>	
v tom ve věku:	0 – 14	2 367	2 333	2 227	2 168	2 090	2 075	2 074	2 043	2 154	2 115
	15 – 64	10 435	10 447	10 433	10 377	10 290	10 223	10 086	10 004	9 812	9 633
	65 +	2 229	2 227	2 258	2 319	2 327	2 369	2 405	2 452	2 616	2 724
<b>Průměrný věk</b>	39,8	40,0	40,4	40,7	41,0	41,2	41,5	41,8	41,9	42,3	
<b>Index stáří (65+ / 0 -14 v %)</b>	94,2	95,5	101,4	107,0	111,3	114,2	116,0	120,0	121,4	128,8	
<b>Muži</b>	7 270	7 270	7 243	7 218	7 177	7 151	7 093	7 066	7 095	7 041	

v tom ve věku:	0 – 14	1 187	1 192	1 134	1 116	1 083	1 086	1 093	1 057	1 136	1 113
	15 – 64	5 165	5 163	5 172	5 141	5 127	5 065	4 998	4 987	4 862	4 783
	65 +	918	915	937	961	967	1 000	1 002	1 022	1 097	1 145
<b>Ženy</b>		7 761	7 737	7 675	7 646	7 530	7 516	7 472	7 433	7 487	7 431
v tom ve věku:	0 – 14	1 180	1 141	1 093	1 052	1 007	989	981	986	1 018	1 002
	15 – 64	5 270	5 284	5 261	5 236	5 163	5 158	5 088	5 017	4 950	4 850
	65 +	1 311	1 312	1 321	1 358	1 360	1 369	1 403	1 430	1 519	1 579
<b>Živě narození</b>		162	171	145	179	155	173	160	132	143	144
v tom	Muži	83	96	63	91	80	96	79	69	79	78
	Ženy	79	75	82	88	75	77	81	63	64	66
<b>Zemřelí</b>		176	175	158	159	183	166	165	151	144	163
v tom	Muži	83	86	76	74	75	82	91	71	74	82
	Ženy	93	89	82	85	108	84	74	80	70	81
v tom ve věku	0-14	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-
	15-64	47	29	40	26	33	38	34	23	24	32
	65+	129	146	118	131	149	127	131	128	120	131

**Tabulka 1 Demografická data města Ústí nad Orlicí v období 2003-2012**

(Zdroj: [www.czso.cz/xsl/redakce.nsf/i/demograficka\\_data\\_za\\_mesta\\_pardubickeho\\_kraje\\_v\\_letech\\_2003\\_az\\_2012](http://www.czso.cz/xsl/redakce.nsf/i/demograficka_data_za_mesta_pardubickeho_kraje_v_letech_2003_az_2012))

Z tabulky výše uvedené vyplývá, že počet obyvatel se snižuje. Nejvíce obyvatel žilo ve městě v roce 2003 a od té doby má sestupnou tendenci až na rok 2011, kdy došlo k mírnému zvýšení. Zajímavé je, že se průměrný věk obyvatel zvyšuje. V roce 2003 byl průměrný věk 39,8 let a v roce 2012 to je již 42,3 let, což je o 2,5 let více. Souvisí to s fenoménem zvyšování počtu lidí ve věku 65+. Město Ústí nad Orlicí v tomto směru není výjimkou. Důkazem je i výše indexu stáří (vyjadřující počet jedinců nad 65 let na 100 osob ve věku 0-14 let), jenž se také neustále zvyšuje. V roce 2003 činil index stáří 94,2% a v roce 2012 128,8%. Ve městě žije více žen než mužů a to i ve věku 65+. Ve sledovaných letech zemřelo více občanů, než se narodilo dětí až na rok 2006 a 2008, kdy tomu bylo naopak.

Data za rok 2013 jsem získala z interních zdrojů Městského úřadu Ústí nad Orlicí Odboru dopravy, silničního hospodářství a správních agend. Počet obyvatel k 31. 12. 2013 činil 14658. Z čehož počet mužů starších 60 let byl 1684 a počet žen činil 2206.



Podle věkových rozmezí lze muže a ženy starší 60 let rozdělit následovně viz tabulka č. 2. Počet živě narozených chlapců za rok 2013 byl 64 a dívek 59. V témže roce zemřelo 84 mužů a 74 žen starších 60 let.

	Věkové rozmezí <b>60 – 74 let</b>	Věkové rozmezí <b>75 – 89 let</b>	Věkové rozmezí <b>nad 90 let</b>
počet <b>mužů</b> k 31. 12. 2013	1265	399	20
počet <b>žen</b> k 31. 12. 2013	1528	642	36

**Tabulka 2 Demografická data města Ústí nad Orlicí za období 2013**

(Zdroj: Městský úřad Ústí nad Orlicí Odbor dopravy, silničního hospodářství a správních agend)

Jak je patrné z výše uvedeného, tak vzhledem ke zvyšujícímu se počtu seniorů v populaci města Ústí nad Orlicí jsou velmi důležité sociální služby pro seniory.

## **5.1 Zařízení sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí**

Ve městě Ústí nad Orlicí se nachází několik zařízení, dle Katalogu sociálních služeb a pomoci v Pardubickém kraji (2012), jejichž cílovou skupinou jsou senioři. Mezi ně patří Oblastní charita Ústí nad Orlicí, Centrum sociální péče města Ústí nad Orlicí a Domov důchodců Ústí nad Orlicí. V následující části jej charakterizují.

### **OBLASTNÍ CHARITA ÚSTÍ NAD ORLICÍ**

Dle interních materiálů Oblastní charity Ústí nad Orlicí je zřizovatelem Oblastní charity Ústí nad Orlicí Biskupství královéhradecké s právním statutem církevní právnické osoby. V rámci Oblastní charity Ústí nad Orlicí mohou senioři využít:

#### *a) služby Denního stacionáře při Domě pokojného stáří sv. Kryštofa*

Služba denní stacionář je vymezena v § 46 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů takto: „*V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ V tomto zákoně jsou uvedeny základní činnosti, které zahrnují pomoc při úkonech péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, aktivizační činnosti, poskytnutí stravy, zprostředkování kontaktu se společností, pomoc při uplatňování a ochrany práv. ([www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf))

Následující informace jsou čerpány z interních materiálů Domu pokojného stáří sv. Kryštofa. Cílovou skupinu služby tvoří částečně soběstační senioři a tělesně postižení od 40 let věku. Služba není určena psychiatricky nemocným jedincům, kteří ohrožují sami sebe nebo své okolí a osobám trvale upoutaným na lůžko. Posláním je možnost trávit uživateli část dne mimo své domácí prostředí, kdy po zbytek dne o něj pečují rodinní příslušníci či osoba blízká. Díky tomu si mohou odpočinout nebo plnit jiné povinnosti. Je zde poskytována individuální péče. Uživatelé si mohou vybrat z nabízených aktivit nebo si program dne naplňují sami. Mezi cíle služby patří umožnit klientovi po co nejdelší dobu pobyt v domácnosti, poskytování kvalitní péče, zlepšení či udržení schopností a soběstačnosti uživatele prostřednictvím aktivizace a jistota rodinných příslušníků, že uživatel nezůstane v domácím prostředí bez dohledu. Kapacita služby je 8 uživatelů. Vzhledem k možnosti využití pomoci a péče pouze v některých pracovních dnech využívá této služby, dle interních materiálů Domu pokojného stáří sv. Kryštofa, k 26. 3. 2014 celkem 9 klientů (z toho 3 ženy a 6 mužů ve věku od 60 do 90 let). Jedná se o ambulantní službu, což znamená, že sem dochází. Služba je poskytována pouze v pracovní dny od 7 do 15.30 hodin. Jedná se o placenou službu, kterou si uživatel může hradit prostřednictvím příspěvku na péči. Výši příspěvku na péči nezjišťují a ani není podmínkou poskytnutí služby. Uživatel služby může být pouze jedinec, který pobírá buď invalidní, nebo starobní důchod. Pomáhající profese jsou zde zastoupeny vedoucí sociální pracovníci (zároveň je i vedoucí sociální pracovníci Charitní pečovatelské služby) a jednou pracovníci přímé péče.

#### *b) Charitní pečovatelskou službu Ústí nad Orlicí*

Pečovatelská služba je definována v § 40 odst. 1 zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů jako: „...*terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.*“ V rámci služby jsou prováděny základní činnosti, mezi které řadíme pomoc při úkonech péče o vlastní osobu, zajištění podmínek a pomoc při hygieně, pomoc při zabezpečení a podání stravy, chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společností. ([www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf))

Informace uvedené níže, jsou čerpány z interních materiálů Domu pokojného stáří sv. Kryštofa. Senioři a osoby se zdravotním postižením představují cílovou skupinu. Pečovatelská služba je poskytována v rámci města Ústí nad Orlicí a přilehlých obcí. Posláním

je zajištění pomoci při činnostech, které již uživatel nezvládne sám z důvodu zdravotního stavu a věku. Cílem je zachování dosavadní úrovně schopností, dovedností a soběstačnosti uživatelů po co nejdelší dobu, aby mohli žít ve svém přirozeném prostředí. Dále poskytovat kvalitní služby, které vedou k redukci osamělosti a možné sociální izolaci. Je to placená služba, kterou lze využít v pracovní dny od 7 do 15.30 hodin. V roce 2013 byla poskytnuta pomoc a péče celkem 38 klientů (z toho 25 žen a 13 mužů ve věku od 57 do 92 let). Terénní formy využilo 20 uživatelů a ambulantní formy 18 uživatelů (služba má k dispozici 18 nájemních bytů, tudíž kapacita ambulantní formy je 18 uživatelů). Podmínkou poskytnutí služby je přiznání buď invalidního, nebo starobního důchodu. Přiznání příspěvku na péči nezjišťují. Pomáhající profese jsou vykonávány na pozici vedoucí sociální pracovnice a pracovníci přímé péče (celkem dvěma). Je zde kladen důraz na hospodárnost, proto jsou zjišťovány další možné služby, které by potencionální uživatel mohl využít. Není totiž efektivní vynaložit převážnou část pracovního času na dojezd k uživateli, když v blízkosti jeho bydliště existuje jiná srovnatelná služba.

### *c) Osobní asistenci*

Osobní asistence je sociální služba, která je definovaná v § 39 odst. 1 zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů ve smyslu terénní služby poskytované osobám, „*kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.*“ Mezi základní činnosti osobní asistence řadíme pomoc při hygieně, stravě, chodu domácnosti, s péčí o vlastní osobu, zajištění kontaktu se společností, aktivizační, výchovné a vzdělávací aktivity, pomoc při prosazování práv a zájmů jedince. ([www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf))

Oblastní charita Ústí nad Orlicí tuto službu poskytuje v rámci celého okresu Ústí nad Orlicí. Osobní asistence je detašované pracoviště zařízení se sídlem ve městě Letohrad. Cílová skupina je tvořena jedinci od 3 let věku (horní hranice věku je neomezená), kteří potřebují pomoc druhé osoby z důvodu věku, chronického duševního onemocnění, mentálního, tělesného či kombinovaného postižení. Služba není poskytována lidem, o něž je dlouhodobě pečováno ve zdravotnickém zařízení. Posláním je poskytnutí pomoci a péče jedincům s rozdílnými typy postižení v jejich domácnosti a přirozeném prostředí mimo

domov. Všechny činnosti by měly vést k plnohodnotnému životu klienta. Mezi cíle této služby patří:

- umožnit klientům žít podle svých potřeb a přání ve své domácnosti,
- usnadňovat začleňování klientů do společnosti a napomáhat mezilidským vztahům,
- prostřednictvím aktivizačních činností obnovovat, rozvíjet nebo na stávající úrovni udržovat schopnosti a dovednosti uživatele,
- zachovávat a přispívat k samostatnosti a nezávislosti klienta.

Osobní asistence je založena na několika zásadách např. vzájemná spolupráce, partnerství, úcta, respekt, samostatnost, nezávislost. Jedná se o placenou službu podle aktuálního ceníku od 75Kč do 100Kč za hodinu. Je poskytována od 7 do 20 hodin po celý týden. Kapacita služby je 16 uživatelů. K 1. 4. 2014 ji využívá celkem 14 uživatelů (9 žen, 4 muži a 1 dítě). Pracovní pozice, které lze zařadit mezi pomáhající profese jsou osobní asistenti v počtu 13 pracovníků. Pro výkon profese je nutný rekvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách. Výše uvedené informace jsou čerpány z interních zdrojů Oblastní charity Ústí nad Orlicí.

Další dvě služby poskytované Oblastní charitou Ústí nad Orlicí jsou spíše zdravotního charakteru. Pro ucelený přehled je také popíši. Následující informace jsou čerpány z interních zdrojů Oblastní charity Ústí nad Orlicí.

#### *d) Charitní ošetrovatelská péče Ústí nad Orlicí*

Tato služba představuje odbornou zdravotní péči, která je poskytovaná nemocným sedm dní v týdnu od 6 do 19 hodin v domácím prostředí na základě ordinace lékaře. Velký důraz je kladen na vzájemnou spolupráci s rodinami. Cílem je poskytnout ošetrovatelskou péči pacientům, která směřuje k podpoře soběstačnosti, zlepšení zdravotního stavu nebo zmírnění bolestí. Dále prožívat důstojně nemoc a stáří v přirozeném prostředí mezi rodinnými příslušníky a známými. V rámci této služby je možné využít celé řady úkonů např. zaškolení a podpora rodiny v péči o nemocného, nacvičování sebeobsluhy, bazální stimulace, prevence a léčba proleženin, kontrola užívání léků, odběry krve, nutriční výživa, proškolení pacienta o dietním režimu včetně zaučení aplikace inzulínu aj. Za rok 2013 poskytli ošetrovatelskou péči cca 700 pacientům. Tyto údaje jsem čerpala z interních zdrojů Oblastní charity Ústí nad Orlicí.

#### *e) Domácí hospicová péče Ústí nad Orlicí*

Domácí hospicová péče je služba umožňující lidem v terminálním stádiu života strávit poslední dny života v domácím prostředí mezi svými blízkými. Je poskytována na základě doporučení lékaře, potřeb a přání nemocného i pečujících jedinců. Předpokladem je aktivní spolupráce rodinných příslušníků či blízkých osob nemocného. Hospicovou péči zajišťují speciálně vyškolené a zkušené zdravotní sestry podle potřeb pacienta i několikrát za den. Jsou k dispozici 24 hodin denně díky pohotovostnímu mobilu. Jedná se o kombinaci péče lékařské a ošetrovatelské. Z tohoto důvodu pracovníci spolupracují s lékaři, nutričním terapeutem, psychologem, sociálním pracovníkem a duchovními. Významná je podpora pečujícím osobám o umírajícího jedince a pomoc zvládat vlastní zármutek po smrti blízkého. Úkonů domácí hospicové péče je velké množství např. ošetrovatelská péče, zaškolení pečujících do ošetřování nemocného, převazy ran, hydratace nemocného, základní sociální poradenství (možná další návaznost služeb občanské poradny, osobní asistence, půjčovny kompenzačních pomůcek nebo zprostředkování kontaktu na psychologa či duchovního). Za rok 2013 byla poskytnuta hospicová péče 50 pacientům v terminálním stádiu. Tyto údaje jsou čerpány z interních zdrojů Oblastní charity Ústí nad Orlicí.

Charitní ošetrovatelskou péči Ústí nad Orlicí a Domácí hospicovou péči zajišťuje dohromady celkem deset zdravotních sester, které musí být registrované, mít 3 roky praxe u lůžka a kurz paliativní péče. Obě služby jsou hrazeny prostřednictvím smluv se zdravotními pojišťovnami na základě ordinace ošetřujícího lékaře pacienta. Tyto služby jsou využívány na základě předaných kontaktů od lékařů, sociálních pracovníků v nemocnicích nebo léčebnách dlouhodobě nemocných pacientům a jejich rodinným příslušníkům. Výše uvedené informace jsem získala z interních zdrojů Oblastní charity Ústí nad Orlicí.

## **CENTRUM SOCIÁLNÍ PÉČE MĚSTA ÚSTÍ NAD ORLICÍ (dále jen CSP ÚO)**

CSP ÚO je příspěvkovou organizací města Ústí nad Orlicí a poskytuje seniorům sociální službu Chráněné bydlení a Pečovatelskou službu, dle Katalogu sociálních služeb a pomoci v Pardubickém kraji (2012).

### *a) Chráněné bydlení*

Pojem chráněné bydlení je formulován v § 51 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů jako: „...*pobyťová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.*“ Mezi základní činnosti této služby řadíme pomoc při zprostředkování stravy či její

poskytnutí, ubytování, pomoc při zabezpečení chodu domácnosti, aktivizační činnosti, zajištění kontaktu se společností, pomoc při ochraně a uplatňování práv. ([www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf))

Následující informace jsem čerpala z interních materiálů CSP ÚO. Cílovou skupinu lze charakterizovat jako osoby, které mají sníženou soběstačnost vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, postižení, věku nebo chronickému onemocnění včetně duševního a jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Posláním Chráněného bydlení je poskytovat uživatelům se sníženou soběstačností podporu a motivaci k rozvoji jejich samostatnosti. Podstatou je překonávání tíživé sociální situace a vedení k běžnému způsobu života. Samotná pomoc respektuje individuální rozdíly osobnosti a lidskou důstojnost. Cílem služby je prožití aktivního a důstojného života klientů. Služby chráněného bydlení jsou poskytovány od pondělí do pátku od 6.30 do 15.00 hodin. Jednotlivé úkony klient hradí dle aktuálního ceníku. Zařízení disponuje s 64 byty pro jednotlivce a 30 byty pro dvojice. Celková kapacita činí 124 uživatelů. K 27. 3. 2014 využívá služeb Chráněného bydlení, dle interních materiálů CSP ÚO, celkem 112 uživatelů (78 žen a 34 mužů) ve věku od 48 do 93 let. Příspěvek na péči I. stupně pobírá 19 klientů, II. stupně 5 klientů, III. stupně 3 klienti. IV. stupeň příspěvku na péči nemá přiznaný žádný klient, protože by poskytované služby Chráněného bydlení nestačily na zajištění kvalitní péče potřebné úrovně (v tomto případě lze využít sociální služby domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem). 85 klientů tedy nepobírá žádný příspěvek na péči. Pracovní pozice, které řadíme do pomáhajících profesí, jsou sociální pracovníce a pět pracovníků v sociálních službách.

#### *b) Pečovatelská služba*

Pečovatelská služba v Ústí nad Orlicí je součástí Centra sociální péče města Ústí nad Orlicí, příspěvkové organizace, která své služby poskytuje podle § 40 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (viz výše popsaná Charitní pečovatelská služba Ústí nad Orlicí) na území zřizovatele města Ústí nad Orlicí a okolních obcí. CSP ÚO Pečovatelská služba vlastní 7 domů s pečovatelskou službou s celkovým počtem 140 bytů (68 jich je bezbariérových). Činnosti Pečovatelské služby jsou poskytovány v domácnosti klienta v pracovní dny od 6.30 do 15.00 hod. O víkendu a ve svátky jsou poskytovány od 8.00 do 13.00 hod. Posláním Pečovatelské služby je poskytnutí pomoci a podpory uživatelům, které směřují ke zvládnutí nepříznivé situace, zapříčiněné sníženou schopností péče o sebe a svou domácnost. Důležité je zachování

stávajícího způsobu života aniž by došlo k narušení vazeb na blízké osoby a vrstevníky při setrvání ve své domácnosti. Pečovatelská služba zahrnuje terénní a ambulantní služby, které jsou poskytovány podle individuálních potřeb klientů v jejich domácnostech. Cílem terénních služeb je zachovávat běžný způsob života uživatele po co nejdelší možnou dobu, zprostředkování základního sociálního poradenství, podporovat samostatnost uživatelů v jejich přirozeném prostředí. Cílem ambulantní služby je poskytnutí základního bezplatného sociálního poradenství a hygienické péče ve Středisku osobní hygieny (součást domů s pečovatelskou službou) uživatelům z terénu. Cílovou skupinou jsou osoby, které dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, osoby se zdravotním postižením a se sníženou schopností péče o sebe a svou domácnost z důvodu věku, zdravotního stavu nebo ztráty soběstačnosti a jsou závislé na pomoci druhé osoby. Dál to jsou osoby, které potřebují v průběhu své rekonvalescence pomoc druhé osoby k zajištění svých potřeb a rodiny s dětmi, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby ve své životní situaci. Maximální počet je 250 klientů pro terénní službu a 15 klientů pro ambulantní službu. Podle interních materiálů CSP ÚO za rok 2013 využilo pečovatelské služby celkem 201 klientů (z toho 129 žen a 72 mužů). I. stupeň příspěvku na péči mělo přiznáno 44 klientů, II. stupeň mělo 24 klientů, III. stupeň měli 3 klienti. 130 klientům nebyl přiznán příspěvek na péči žádný. V personálním obsazení jsou zastoupeny pomáhající profese v podobě koordinátora pečovatelské služby, sociální pracovníce a devíti pracovníků v sociálních službách. Výše uvedené informace jsou čerpány z interních zdrojů CSP ÚO – Pečovatelská služba.

## **DOMOV DŮCHODCŮ ÚSTÍ NAD ORLICÍ (dále jen DDÚO)**

DD ÚO je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je město Ústí nad Orlicí. Poskytuje službu Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem a Poradnu pro rodiny osob s Alzheimerovou chorobou. (<http://www.dduo.cz/>)

### *a) Domov pro seniory*

V § 49 odst. 1 zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů se uvádí, že „*V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ V domovech pro seniory se poskytují základní činnosti, které zahrnují zprostředkování stravy, ubytování, kontaktů se společností, pomoc při úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, aktivizační činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů uživatele. ([www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf))

Níže uvedené informace jsem čerpala z interních materiálů DDÚO. Do DDÚO služby domova pro seniory jsou přijímáni uživatelé starší 65 let (případně mladší), kteří potřebují pomoc druhé osoby. Služba není určena osobám, které vyžadují specifický přístup pracovníků nebo speciální technické vybavení. Celková kapacita je 89 lůžek. Dle interních materiálů DDÚO je skladba uživatelů k 27. 3. 2014 je následující. Služby domova pro seniory využívá k tomuto datu celkem 109 uživatelů ve věku od 56 do 101 let. 30 mužů, jejichž průměrný věk je 81,5 roků a 79 žen, jejichž průměrný věk činí 84,2 let. Z čehož 4 uživatelé nemají přiznaný žádný příspěvek na péči, 25 uživatelů má I. stupeň, 37 uživatelů má II. stupeň, 23 uživatelů má III. stupeň a 20 uživatelů má IV. stupeň příspěvku na péči. (Kapacita služby je přesáhnuta o 29 klientů a to z důvodu rekonstrukce domova se zvláštním režimem za běžného provozu v roce 2013 a 2014 ze stávajícího domova pro seniory. Nebylo tedy prakticky možné obsadit lůžka novými uživateli, protože jsou obsazena stávajícími uživateli domova pro seniory.) Posláním služby je umožnit seniorům plnohodnotný život, který respektuje individualitu a osobní potřeby. Cílem služby domova pro seniory je poskytovat dlouhodobé, kvalitní, finančně dostupné sociální a zdravotní služby. Provoz služby je 24 hodin denně. Veškeré činnosti jsou poskytovány v rámci celého dne podle individuálních potřeb uživatelů. Mezi pomáhající profese, které jsou zde zastoupeny, řadíme dvě sociální pracovnice, jednu aktivizační pracovnici, dvě rehabilitační pracovnice, deset zdravotních sester + jedna zdravotní setra na půl pracovního úvazku, vedoucí pracovnice v sociálních službách a 20 pracovníků v sociálních službách. Sociální pracovnice, rehabilitační pracovnice a zdravotní sestry jsou zároveň pracovníci domova se zvláštním režimem.

#### *b) Domov se zvláštním režimem*

Termín domovy se zvláštním režimem je definován v § 50 odst. 1 zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů takto „ *V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ Základní činnosti, které se poskytují v domovech se zvláštním režimem, jsou stejné s činnostmi, které se poskytují v domovech pro seniory. Je to zprostředkování stravy, ubytování, kontaktů se společnostmi, pomoc při úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, aktivizační činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů uživatele. ([www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf))



Sociální služba domov se zvláštním režimem je určena jedincům od 45 let věku, kteří potřebují pomoc druhé osoby z důvodu Alzheimerovy choroby nebo jiného typu demence. Služba není určena osobám, které vyžadují specifický přístup pracovníků nebo speciální technické vybavení. Celková kapacita je 50 lůžek. Dle interních materiálů DDÚO k 27. 3. 2014 využívá této služby celkem 15 uživatelů. 5 mužů a 10 žen ve věku od 64 do 93 let. Průměrný věk mužů je 74,3 let a u žen činí 84,1 roku. I., III. a IV. stupeň příspěvku na péči mají přiznaní 3 uživatelé v každé kategorii a II. stupeň má celkem 6 uživatelů. Kapacita je výrazně nenaplněna kvůli již zmiňované rekonstrukci, která bude ukončena až v měsíci dubnu 2014. Posláním služby lze definovat jako prožití co nejvíce plnohodnotného života při zachování individuality, naplnění osobních potřeb a zajištění bezpečného prostředí každého klienta. Cílem služby domova pro seniory je poskytovat dlouhodobé, kvalitní, finančně dostupné sociální a zdravotní služby. Provoz služby je 24 hodin denně. Veškeré činnosti jsou poskytovány v rámci celého dne podle individuálních potřeb uživatelů. Mezi pomáhající profese, které jsou zde zastoupeny, řadíme dvě sociální pracovnice, dvě aktivizační pracovnice, dvě rehabilitační pracovnice, deset zdravotních sester + jedna zdravotní setra na půl pracovního úvazku, vedoucí pracovnice v sociálních službách a 21 pracovníků v sociálních službách. Výše uvedené informace jsem čerpala z interních materiálů DDÚO.

DDÚO má zaregistrovanou službu Poradna pro rodiny osob s Alzheimerovou chorobou, která doplňuje předchozí dvě poskytované služby. Z mé pětileté praxe mám vypozařované, že je velmi důležité, když se osoby pečující o své blízké v domácím prostředí mohou poradit s pracovníky na profesionální úrovni nejen o projevech, průběhu, důsledcích demence, ale i jak naložit s vlastními emocemi nebo které sociální služby lze využít (pobytových, terénních i ambulantních) pro snížení náročnosti péče. Ať už fyzické či psychické, které může být příliš. Poradna je určena laické i profesní veřejnosti.

Charakterizovala jsem demografickou situaci ve městě Ústí nad Orlicí a to prostřednictvím ukazatelů počtu obyvatel, živě narozených jedinců a zemřelých osob v období od roku 2003 do roku 2013. Je zřejmé, že dochází k poklesu celkového počtu obyvatel. Zvyšuje se průměrný věk a to z důvodu navýšení počtu jedinců starších 65 let. Též se snížila porodnost. Znamená to, že se narodilo méně dětí, než kolik zemřelo jedinců.

Dále jsem charakterizovala samotné sociální služby ve městě Ústí nad Orlicí, které jsou poskytovány Centrem sociální péče města Ústí nad Orlicí, Oblastní charitou Ústí nad Orlicí a Domovem důchodců Ústí nad Orlicí. V rámci těchto zařízení je poskytována celá

škála služeb, které poskytují pomoc a péči seniorům. Jedná se o Denní stacionář při Domě pokojného stáří sv. Kryštofa, Charitní pečovatelskou službu, Osobní asistenci, Charitní ošetrovatelskou službu, Domácí hospicovou péči, CSP – chráněné bydlení, CSP - pečovatelská služba, Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem. Výčet těchto služeb doplňuje Poradna pro rodiny osob s Alzheimerovou chorobou. U každého zařízení jsem se zaměřila hlavně na cílovou skupinu, poslání a cíle dané služby. Ve městě Ústí nad Orlicí jsou zastoupeny všechny formy sociálních služeb a to ambulantní, terénní a pobytové.

## 6 Výsledky ilustrativního šetření

V této části práce se zaměřuji na naplnění stanoveného empirického cíle, kterým je „*interpretace názorů respondentů (pracovníků pomáhajících profesí v zařízení sociálních služeb pro seniory – sociální pracovníce, pracovníci v sociálních službách, pečovatelky, zdravotní sestry, aktivizační pracovníce, osobní asistenty, rehabilitační pracovníce) na seniory.*“ Chtěla jsem především zjistit, jaký byl pro pracovníky v pomáhajících profesích motiv<sup>1</sup> pracovat s cílovou skupinou seniorů a také, jaký mají obecně vztah<sup>2</sup> ke starším lidem. Zvolila jsem si kvantitativní metodu, konkrétně techniku ankety.

### 6.1 Popis metody a techniky ilustrativního šetření

Cílem kvantitativního výzkumu je získat přesné a objektivně ověřitelné informace o zkoumané problematice. Základem tohoto výzkumu je měření, což je postup získávání přesných údajů, které jsou vyjádřeny numericky. Výzkumník vystupuje nestranně. ([www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/veda-a-vyskum/kvantitativny\\_vyskum.php?id=i1p6](http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/veda-a-vyskum/kvantitativny_vyskum.php?id=i1p6))

Pelikán (2007) uvádí, že anketa je do jisté míry obdobou dotazníku. Rozdíl mezi nimi spatřuje ve výběru osob. Dotazník je určen pro jednoznačně vymezený okruh osob, obrací se tedy na konkrétní skupiny nebo osoby. U ankety se oslovuje určitý okruh lidí, který nemusí být výrazněji a přesněji specifikován. Respondenti odpovídají na anketu, jsou-li k tomu motivováni např. když je problém zajímavý, z důvodu možnosti prosazení svého názoru aj. Na anketu odpovídají pouze ti, kteří chtějí. Výsledky ankety tedy nelze použít k vědeckým účelům. Svým rozsahem je podstatně kratší než dotazník. A obsahem je orientována na daný problém z užšího hlediska. Používá se pro orientaci v dané problematice.

Anketa je, podle Reichela (2009), zvláštní metoda dotazování, která má písemnou podobu. Velmi vzácně lze použít anketu v ústní formě. Je tvořena několika málo otázkami, které směřují k jednomu tématu a je doplněna otázkami sociálně demografické povahy. Lze využít jak otevřených, tak polouzavřených nebo uzavřených otázek. Otevřené otázky

---

<sup>1</sup> Haškovcová (2012, s. 118) definuje motivaci jako „*souhrn pohnutek k určité činnosti, k výkonu.*“ Matoušek (2008, s. 129) vymezuje motivy jako „*síly, které člověka vedou k jednání.*“

<sup>2</sup> Hartl (2004, s. 296) vymezuje vztah jako „*působení mezi dvěma nebo více jevy, objekty či osobami; v psychologii provázený emocionální vazbou a určitou mírou odpovědnosti.*“

(též volné) nenabízí žádnou variantu odpovědi. Respondenti tak mohou zcela volně vyjádřit, popsat své názory. Veliká nevýhoda je jejich obtížné zpracování. Polouzavřený typ otázek zahrnuje možnosti odpovědi, ale i vlastní variantu odpovědi. Uzavřené otázky obsahují pouze varianty odpovědi. Poměrně dobře se zpracovávají, ale mohou být v určitém smyslu zkresleny z důvodu zvoleného kompromisu respondentem. V anketě se využívá meritorních, výzkumných otázek. Plní funkci získávání potřebných údajů a informací. Záleží na respondentech, zda anketu vyplní. Výsledky lze interpretovat pouze pro soubor lidí, kteří se jí zúčastnili. Nikoli pro širší populaci, nelze ji proto zobecnit. Často je využívána jako předvýzkumný nástroj.

## **6.2 Realizace výzkumného šetření**

Nejdříve jsem si sestavila anketní lístek. Obsah a forma otázek byla formulována tak, aby směřovala k dosažení stanoveného cíle. Použila jsem pouze meritorních otevřených otázek, aby respondenti měli dostatek volného prostoru pro vyjádření svého názoru. Anketní lístek jsem nejprve konzultovala se svou kolegyní v práci a s vedoucí diplomové práce pro ověření srozumitelnosti otázek. Poté jsem vytištěné anketní lístky roznesla do jednotlivých zařízení, které poskytují sociální služby seniorům ve městě Ústí nad Orlicí - Centra sociální péče města Ústí nad Orlicí, Domova důchodců Ústí nad Orlicí a Oblastní charity Ústí nad Orlicí (v teoretické části jsem charakterizovala jejich činnost). Zde jsem spolupracovala se sociálními pracovníci a vrchní sestrou, se kterými jsem se domluvila, že v rámci pracovních porad seznámí pracovníky v pomáhajících profesích s anketním lístkem, kde si ho budou moci vyzvednout a kam vracet zpět. Anketní lístky jsem již předem složila do obálek a popsala údaje (Anketní lístek, vyplněný vrátit zpět sociální pracovníci/vrchní sestře). Sběr vyplněných anketních lístků probíhal od 24. 3. 2014 do 4. 4. 2014. Celkem jsem rozdala 95 anketních lístků v sociálních službách určených seniorům, z čehož 55 mám zpět vyplněných. Je to 57,9% návratnost. A 10 anketních lístků ve zdravotních službách, z čehož mám zpět 8 vyplněných. Je to 80% návratnost.

Následovala analýza a vyhodnocení anketních lístků. U každé otázky jsem definovala několik kategorií podle získaných odpovědí od respondentů, ke kterým jsem stanovila absolutní četnost (což je celkový počet respondentů v dané kategorii) prostřednictvím čárkovací metody. A i relativní četnost v %. V každé kategorii jsem citovala uvedenou odpověď, jež ji charakterizovala. Vzhledem k malému počtu respondentů, kteří poskytují zdravotní služby, jsem získané odpovědi nekategorizovala. Pouze jsem je shrnula a stanovila

absolutní četnost. Na závěr jsem celkově zhodnotila všechny otázky jak za sociální, tak zdravotní služby. Vzor nevyplněného anketního lístku je připojen v příloze číslo 1.

Tazatelské otázky jsem rozdělila do pěti celků, které jsou zaměřeny na:

- a) charakteristiku respondentů,
- b) motivy pro výkon pomáhající profese a vztah k seniorům,
- c) základní činnosti a náročnost pomáhající profese,
- d) syndrom vyhoření,
- e) síť sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí.

Nyní uvedu ke každému celku seznam dílčích tazatelských otázek.

#### **a) Charakteristika respondentů**

Délka Vaší praxe v tomto oboru.

Jste žena/muž?

#### **b) Motiv pro výkon pomáhající profese a vztah k seniorům**

Jaký byl Váš motiv pracovat se seniory?

Prosím, zkuste pár slovy popsat svůj vztah k seniorům obecně.

#### **c) Základní činnosti a náročnost pomáhající profese**

Charakterizujte nejdůležitější činnosti, které vykonáváte v souvislosti s Vaší profesí.

Jak hodnotíte náročnost (psychickou, fyzickou) své profese (možná pozitiva i negativa)?

#### **d) Syndrom vyhoření**

Zaznamenali jste u sebe příznaky syndromu vyhoření?

Jestliže jste v předchozí otázce odpověděli ano, jakým způsobem je řešíte?

#### **e) Síť sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí**

Myslíte si, že ve městě Ústí nad Orlicí je sociální péče poskytovaná seniorům dostatečně pokryta? Popřípadě napište, která služba dle Vašeho názorů chybí nebo je nadbytečná.

### **6.2.1 Analýza anketních lístků**

V této části následuje vlastní zpracování anketních lístků, včetně vyhodnocení v jednotlivých celcích. Odděluji od sebe zpracování a vyhodnocení anketních lístků získaných od pracovníků poskytujících sociální služby a pracovníků vykonávajících služby zdravotního charakteru. Data získaná od respondentů ze zdravotních služeb mají pouze doplňující povahu, protože celá práce je zaměřena na pomáhající profese v sociálních službách pro seniory.

## A. SOCIÁLNÍ SLUŽBY

### a) charakteristika respondentů

Anketní lístky vyplňovali pracovníci pomáhajících profesí ve výše zmiňovaných zařízeních poskytujících sociální služby seniorům ve městě Ústí nad Orlicí. Jedná se o služby – denní stacionář, charitní pečovatelská služba, osobní asistence, chráněné bydlení, pečovatelská služba, domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Pracovní pozice pracovníků pomáhajících profesí se nazývají:

- sociální pracovnice,
- pracovníci v sociálních službách,
- pečovatelky,
- zdravotní sestry,
- aktivizační pracovnice,
- osobní asistenti,
- rehabilitační pracovnice.

Ankety se zúčastnilo celkem 55 respondentů. Z toho 54 žen a 1 muž. Délka jejich praxe v oboru je různá. Pro větší přehlednost jsou získaná data o délce praxe zpracovaná v následující tabulce č. 3.

Délka praxe (v letech)	Počet respondentů	
	Absolutní četnost $n$	Relativní četnost $f$ (%)
0 – 1 rok	14	25,5
2 – 5 let	14	25,5
6 – 10 let	10	18,2
11 – 15 let	5	9,1
16 – 20 let	3	5,5
21 – 25 let	1	1,8
26 – 30 let	4	7,3
Neuvedena	4	7,3
	$\Sigma$ 55	$\Sigma$ 100

**Tabulka 3** Délka praxe  
(Vlastní zdroj)

Z tabulky vyplývá, že čtvrtina respondentů má délku praxe v rozmezí do 1 roku a další čtvrtina od 2 do 5 let. Hned poté je nejčastější délka praxe od 6 do 10 let (18,2%). Je zajímavé, že 7,3% respondentů pracuje v oboru téměř 30 let. A naopak 25,5% respondentů má praxi v řádu několika měsíců, maximálně jednoho roku. 7,3% respondentů délku praxe neuvedla vůbec. Nejkratší praxe je v délce 1 měsíce a nejdelší v délce 30 let.

#### b) motivy pro výkon pomáhající profese a vztah k seniorům

Otázkami v tomto celku jsem chtěla zjistit motiv respondentů pracovat se seniory a jaký k nim mají obecně vztah. Z pětileté praxe mám vyzorované, že je velmi důležitá volba vhodného zaměstnání, které by mělo každého uspokojovat a do jisté míry i naplňovat. Na práci se seniory má v profesionální rovině zajisté vliv jejich vztah k seniorům v rámci práce, ale i z obecného hlediska. Od toho se odvíjí kvalita odvedené práce a atmosféra na pracovišti.

*Jaký byl Váš motiv pracovat se seniory?*

Ze získaných odpovědí vyplynuly tyto kategorie - pozitivní vztah k seniorům, pracovní příležitost, potřeba pomáhat, pracovat s lidmi, potřeba zaměstnání, vlastní zkušenost v péči o své rodinné příslušníky a smysluplnost vykonané práce. V následující tabulce č. 4 jsou uvedeny jednotlivé kategorie s příklady odpovědí respondentů, včetně jejich četností.

Kategorie	Počet respondentů	
	Absolutní četnost <i>n</i>	Relativní četnost <i>f</i> (%)
POTŘEBA POMÁHAT <i>„Pomoci jim prožít klidné stáří. Být jim nablízku, když potřebují. Snažit se jim poradit, pokud je něco tíží a stojí o to. Pomoci jim nebát se smrti.“</i>	16	29,1
PRACOVNÍ PŘÍLEŽITOST <i>„Jsem vyučená v oboru, a proto je mým motivem se v tomto oboru dále zdokonalovat a získávat zkušenosti praxí.“</i>	8	14,5
PRACOVAT S LIDMI <i>„Zajímá mě práce s lidmi, nové zkušenosti.“</i>	8	14,5
VLASTNÍ ZKUŠENOST V PÉČI O SVÉ RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY <i>„V minulosti jsem se starala o svou mamku. Toto byl impuls, který mě k tomu dovedl.“</i>	6	10,9

POZITIVNÍ VZTAH K SENIORŮM <i>„Vyrůstala jsem v rodinném domku, kde s námi byla babička i děda, měla jsem je ráda a často s nimi trávila volné chvíle.“</i>	5	9,1
SMYSLUPLNOST VYKONANÉ PRÁCE <i>„Zkušenosti z předchozího zaměstnání (interní oddělení, kde byli převážně starší lidé), tato práce je potřebná, má smysl, není úplně stereotypní, přináší pocit, že jsme pro někoho potřební.“</i>	3	5,5
POTŘEBA ZAMĚSTNÁNÍ <i>„Nemohla jsem sehnat práci a baví mě se starat o seniory.“</i>	3	5,5

**Tabulka 4** Motivy pracovat se seniory

(Vlastní zdroj)

Další příklady odpovědí (vždy se jednalo o jednoho respondenta):

- *„Dosavadní práce mne nenaplňovala.“*
- *„Pozitivní zpětná vazba.“*
- *„Dobrá pracovní doba.“*
- *„Se skupinou lidí spolu vytvářet jejich nový domov.“*
- *„Osobní zkušenost ovlivněná výchovou, na které se podílela i babička, po její smrti jsem měla pocit, že mám co vrátet.“*
- Motiv neuveden.

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že naprostou převahu má motiv potřeby pomáhat seniorům a to u 29,1% respondentů. Dále se na stejné úrovni umístily motivy pracovní příležitost a pracovat s lidmi (vždy u 14,5% respondentů). Poté se postupně umístily motivy – vlastní zkušenost v péči o své rodinné příslušníky, pozitivní vztah k seniorům, smysluplnost vykonané práce a potřeba zaměstnání. Jeden respondent žádný motiv neuvedl. Všechny zmíněné motivy jsou důležité.

*Prosím, zkuste pár slovy popsat svůj vztah k seniorům obecně.*

Získané odpovědi na tuto otázku jsem následovně kategorizovala na kladný vztah, respektující a uctivý vztah, individuální vztah, vztah jako ke každému člověku, vztah založený na pochopení. V následující tabulce č. 5 jsou uvedeny jednotlivé kategorie s příklady odpovědí respondentů, včetně jejich četností.



Kategorie	Počet respondentů	
	Absolutní četnost <i>n</i>	Relativní četnost <i>f</i> (%)
<p style="text-align: center;">KLADNÝ VZTAH</p> <p><i>„Můj vztah k seniorům je kladný, vřelý, milý, tolerantní, trpělivý. Tato práce mě baví, snažím se s každým vycházet.“</i></p>	28	50,9
<p style="text-align: center;">RESPEKTUJÍCÍ A UCTIVÝ VZTAH</p> <p><i>„Seniori mají mnohem více zkušeností než mladí lidé, mohou tyto zkušenosti předávat. Proto se snažím seniorům naslouchat. Snažím se vcítit do jejich prožívání, respektovat jejich potřeby. Chovám se k seniorům s úctou, tolerancí a trpělivostí.“</i></p>	14	25,5
<p style="text-align: center;">VZTAH ZALOŽENÝ NA POCHOPENÍ</p> <p><i>„Jsem ve věku, kdy chápu mentalitu a potřeby seniorů.“</i></p>	3	5,5
<p style="text-align: center;">INDIVIDUÁLNÍ VZTAH</p> <p><i>„Vztahy jsou individuální.“</i></p>	2	3,6
<p style="text-align: center;">VZTAH JAKO KE KAŽDÉMU ČLOVĚKU</p> <p><i>„Můj vztah k seniorům je stejný jako ke všem ostatním lidem. Upřímný, otevřený, vřelý, starostlivý.“</i></p>	2	3,6

**Tabulka 5**      **Vztahy k seniorům**  
(Vlastní zdroj)

Další příklady odpovědí (vždy se jednalo o jednoho respondenta):

- *„Mám ráda lidi obecně a seniory zvláště.“*
- *„Kdo nezažije – nepozná. Milé babičky v šátku působí úžasnou atmosférou a krásně se s nimi vzpomíná. Bohužel to má ale i druhou stranu, ty nemoci, které oni pořád řeší.“*
- *Většinou to jsou zajímaví lidé se zajímavými osudy.“*
- *„Stáří pro mne znamená určitým způsobem moudrost, ráda naslouchám jejich povídání. Vnímám, že doprovázet seniory k závěru života je velmi obohacující.“*
- *„Je mi jich líto, prožívají příliš mnoho bolesti, samoty a pocitů, že už nejsou k ničemu.“*
- Vztah neuveden.

Jak je patrné z tabulky většina dotazovaných (50,9%) uvedla, že jejich vztah k seniorům je kladný, plný tolerance, trpělivosti, otevřenosti, vřelosti, empatie aj. U čtvrtiny respondentů (25,5%) je jejich vztah založen na respektu a úctě k seniorům, stáří a stárnutí.

Dále uváděli, že jejich vztah je založen na pochopení, individualitě a že je stejný jako ke každému člověku. Jeden respondent svůj vztah k seniorům neuvedl.

### c) základní činnosti a náročnost pomáhající profese

Prostřednictvím otázek v tomto celku jsem chtěla charakterizovat nejdůležitější činnosti, které pracovníci v pomáhajících profesích vykonávají v rámci své profese. Jak hodnotí náročnost výkonu své profese. Na základě mého pětiletého pozorování je nutné, aby jednotlivé činnosti každého pracovníka na sebe navazovaly a doplňovaly se. K tomu je zapotřebí velice kvalitní komunikační tok adekvátních a příslušných informací mezi nimi. Ale i dobrá vzájemná spolupráce. Spatřuji jak fyzickou tak i psychickou náročnost u každé pracovní pozice v pomáhajících profesích. Z tohoto důvodu jsou velice ohroženi syndromem vyhoření.

*Charakterizujte nejdůležitější činnosti, které vykonáváte v souvislosti s Vaší profesí.*

Na základě získaných odpovědí jsem vymezila několik kategorií. Patří mezi ně aktivizace, komplexní úkony péče o vlastní osobu a domácnost, zdravotní úkony, rehabilitace, sociální práce, uspokojení základních potřeb klientů, činnosti spojené s vedením podřízených. Tyto kategorie vyplývají z podstaty pracovních pozic v jednotlivých zařízeních sociálních služeb (viz podkapitola 5.1 Zařízení sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí.) Bylo velmi obtížné provést kategorizování, protože každé zařízení poskytuje jiný typ sociální služby, ale některé činnosti jsou buď stejné, nebo hodně podobné. Převážná část respondentů vypsala několik činností. Proto jsem odpovědi roztřídila podle klíče, co v odpovědi převažovalo. V následující tabulce č. 6 jsou uvedeny jednotlivé kategorie s příklady odpovědí respondentů, včetně jejich četností.

Kategorie	Počet respondentů	
	absolutní četnost <i>n</i>	relativní četnost <i>f</i> (%)
KOMPLEXNÍ ÚKONY PÉČE O VLASTNÍ OSOBU A DOMÁCNOST <i>„Přímá péče – dle stupně obtížnosti provádění i podpora hygienických a stravovacích návyků seniora. Komunikace se seniory – plánování péče a osobních cílů seniora.“</i>	24	43,6
AKTIVIZACE <i>„Vytváření a zajišťování volnočasových aktivit – vycházky, příprava výtvarných činností, aktivní rozhovory, naslouchání, trénink paměti.“</i>	6	10,9

ZDRAVOTNÍ ÚKONY <i>„Příprava a podávání léků, převazy, polohování, komunikování s klienty, spolupráce s lékaři.“</i>	6	10,9
ČINNOSTI SPOJENÉ S VEDENÍM PODŘÍZENÝCH <i>„Administrativa, konzultační činnost. Spolupráce v rámci zařízení. Kontrolní činnost. Specializované odborné výkony s vyšší náročností. Vedení kolektivu, zabezpečení zázemí a pracovních podmínek.“</i>	3	5,5
REHABILITACE <i>„Je to rehabilitační cvičení u jednotlivců podle schopností a diagnózy. Chůze s různými typy chodítek. Skupinové cvičení. Přikládání tepla, masáže, fyzikální terapie (přístroje). Aktivují seniory, aby se co nejdéle udrželi v dobré fyzické kondici dle zdravotního stavu.“</i>	3	5,5
SOCIÁLNÍ PRÁCE <i>„Převážně sociální šetření v místě bydliště zájemce o službu a později uživatele, pravidelné kontroly podřízených, zjišťování spokojenosti uživatelů služby, v případě zástupu vše co se týká přímé péče o uživatele (pomoc při oblékání, hygieně,...), základní poradenství co se týká vyřizování na úradech – příspěvek na péči, na speciální pomůcku,..., poradenství týkající se kompenzačních pomůcek, navazujících služeb.“</i>	2	3,6
USPOKOJENÍ ZÁKLADNÍ POTŘEB KLIENTŮ <i>„Nejdůležitější činnosti, aby každý měl správně, dle své potřeby, službu.“</i>	2	3,6

**Tabulka 6** Základní činnosti pracovníků v pomáhajících profesích  
(Vlastní zdroj)

Další příklady odpovědí (vždy se jednalo o jednoho respondenta):

- „Vzájemné pochopení, nalezení jejich smyslu života, úcty sami k sobě a vhodnou motivaci.“
- „Nejdůležitější je na tomto povolání způsob komunikace.“
- „Pomoc potřebným klientům v úkonech, které nezvládají.“
- „Starost o psychickou a fyzickou pohodu.“
- „Starám se o ně po všech stránkách.“
- „Pomoc s chůzí, psychická pomoc, vysvětlování věcí a situací, motivování a aktivizace.“
- „Individuální plánování, vedení klienta od začátku do konce služby, zjišťování efektivity nastavených služeb.“

Základní činnost byla neuváděna u 2 respondentů.

Skoro polovina respondentů (43,6%) uvedla činnosti spojené s péčí o vlastní osobu a chodem domácnosti (např. pomoc s osobní hygienou, stravováním, nákupem, úklidem atd.). Dále se umístila na stejné úrovni kategorie aktivizace a zdravotní úkony vždy podle 10,9% respondentů. Postupně následují kategorie činnosti spojené s vedením podřízených, rehabilitace, sociální práce a uspokojení základních potřeb klientů. Toto pořadí je ovlivněno počtem pracovníků, kteří zastupují jednotlivé pracovní pozice v rámci pomáhajících profesí.

*Jak hodnotíte náročnost (psychickou, fyzickou) své profese (možná pozitiva i negativa)?*

Ze získaných odpovědí vyplynuly tyto kategorie – psychická náročnost, fyzická náročnost, vysoká náročnost psychická i fyzická, vysoká náročnost profese a náročnost dle konkrétního případu a situace. V následující tabulce č. 7 jsou uvedeny jednotlivé kategorie s příklady odpovědí respondentů, včetně jejich četností.

Kategorie	Počet respondentů	
	Absolutní četnost <i>n</i>	Relativní četnost <i>f</i> (%)
VYSOKÁ NÁROČNOST PSYCHICKÁ I FYZICKÁ <i>„Tato práce je náročná jak psychicky, tak fyzicky. Spokojený uživatel je odměnou. Když je naopak někdo smutný a nespokojený hledáme příčiny. Někteří uživatelé neumí vyjádřit, co se jim stalo, proč jsou nešťastní, vystrašení.“</i>	29	52,7
PSYCHICKÁ NÁROČNOST <i>„Jelikož pracuji na oddělení s lidmi. Kteří mají problémy s demencí, je to velice náročné na psychiku. Ale v tomto oboru jde hlavně o trpělivost. A tu já do určité míry mám.“</i>	8	14,5
VYSOKÁ NÁROČNOST PROFESE <i>„Práce je náročná velmi. Není prostor pro vlastní pocity a negativní emoce. Tato práce vyžaduje velké nasazení a potřebuje otevřený přístup ke sdílení radostí a starostí uživatelů. Přináší však nové poznání a radost z dobře odvedené práce.“</i>	7	12,7
FYZICKÁ NÁROČNOST <i>„Fyzická náročnost se mi zdá větší než psychická, samozřejmě jsou dny velice náročné, ale i dny klidnější.“</i>	4	7,3
NÁROČNOST DLE KONKRÉTNÍHO PŘÍPADU A SITUACE  - <i>„Obě náročnosti se odvíjejí od jednotlivého případu a situace každého seniora. Vzhledem k práci v týmu se dají snadněji zvládat. Za nutnost i výhodu považuji používání různých pomůcek pro fyzickou náročnost. Psychickou náročnost je nutné vyvažovat vhodnou pozitivní relaxací a odpočinkem.“</i>	2	3,6

**Tabulka 7** Náročnost profese  
(Vlastní zdroj)

Další příklady odpovědí (vždy se jednalo o jednoho respondenta):

- „Průměrná náročnost.“
- „Pozitivem – práce s lidmi, je příjemná, má určitou přidanou hodnotu a užitečnost. Negativem je časová náročnost, schůzky jsou převážně v odpoledních hodinách, kdy mají čas i rodinní příslušníci, kteří převážně službu organizují. Dalším negativem je psychická náročnost, pokud v rodinách nefungují vztahy a problémy mezi uživateli a rodinou zasahují do služby.“
- „Pozitiva – pocit uspokojení z toho, že jsem mohla nabídnout pomoc nebo vyřešila konflikt mezi seniory ke spokojenosti obou. Negativa – riziko řešení dilemat např. jak moc pomáhat uživatelům, aby nebyli zcela závislí na naší službě, emočně zatěžující je pro mě řešení konfliktů. K negativům řadím také syndrom vyhoření.“
- „Na půl psychická a na půl fyzická – záleží, o jakého klienta se právě starám.“
- „Pozitiva: možnost profesního růstu a vzdělávání se. Negativa: stále se zvyšující nároky na vzdělání, odpovědnost, samostatnost při snižování počtu personálu. Nedostatečná podpora státu, měst a zaměstnavatelů. Zvyšující se administrativa.“

Z odpovědí dotazovaných vyplynulo, že více než polovina (52,7%) vnímá vysokou náročnost své profese po stránce psychické i fyzické. Za pozitiva pokládají např. smysl vykonané práce, ze které mají dobrý pocit, stálá komunikace s lidmi, zkušenost, radost uživatelů aj. Negativa spatřují v nízkém finančním ohodnocení, velké zodpovědnosti, zvyšující se administrativě, smutek nad koncem života atd. 14,5% respondentů se přiklonilo spíše k psychické náročnosti a 12,7% respondentů k vysoké náročnosti profese. Rozdíl v počtu respondentů v těchto kategoriích je nepatrný. Dále následuje kategorie fyzické náročnosti a náročnosti dle konkrétního případu a situace.

#### **d) syndrom vyhoření**

Cílem otázek tohoto celku bylo zjistit u respondentů, zda u sebe zaznamenali příznaky syndromu vyhoření<sup>3</sup>. Jestliže ano, jak jej řeší. Z mé pětileté praxe mám vyzorované, že pracovníci pomáhajících profesí jsou tímto syndromem velmi ohroženi a to z důvodu již zmiňované náročnosti profese po psychické i fyzické stránce. Důležitý je jejich odpočinek,

---

<sup>3</sup> Dle Hartla (2004, s. 269) se syndrom vyhoření „projevuje po létech terénní emočně vyčerpávající práce ztrátou profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí; spojen se ztrátou čínorodosti a poslání, s pocity zklamání, hořkosti; ztráta zájmu o práci, nastupuje každodenní stereotyp, rutina, snaha přežít a nemít problémy.“

nenosit si tzv. „pracovní problémy domů,“ mít dostatek volnočasových aktivit, ale i dobré zázemí v rodinném prostředí či dobrý kolektiv spolupracovníků. Dobrým prostředkem, který zabraňuje vzniku syndromu vyhoření, je též supervize.

*Zaznamenali jste u sebe příznaky syndromu vyhoření?*

Ze získaných odpovědí jsem stanovila kategorie – ne, únava, prevence a ano. V následující tabulce č. 8 jsou uvedeny jednotlivé kategorie s příklady odpovědí respondentů, včetně jejich četností.

Kategorie	Počet respondentů	
	Absolutní četnost <i>n</i>	Relativní četnost <i>f</i> (%)
NE <i>„Ne, doma se věnuji rodině a neřeším práci.“</i>	41	74,5
ANO <i>„Ano, v minulém zaměstnání – vyřešeno odchodem do jiné organizace, doplněním vzdělání... Dnes si dávám pozor na hranice ve vztahu k uživatelům, kolegům, i podřízeným, důležité je dodržovat zásady psychohygieny a dostatek odpočinku a naučit se říkat ne.“</i>	9	16,4
ÚNAVA <i>„Ne, spíše únavy.“</i>	2	3,6
PREVENCE <i>„Zatím ne, snažím se mu vyvarovat.“</i>	2	3,6
<i>„Občas.“</i>	1	1,8

**Tabulka 8** Příznaky syndromu vyhoření

*Vlastní zdroj*

Tři čtvrtě respondentů (74,5%) se shodla, že příznaky syndromu vyhoření dosud nezaznamenali. Důvodem může být jejich krátká praxe v oboru (viz celek Charakteristika respondentů). Mezi další důvody uváděli, že se snaží oddělit práci od soukromí, dobré rodinné zázemí a oporu kolektivu. U 16,4% respondentů se příznaky syndromu vyhoření určitým způsobem projeví. 3,6% respondentů pociťuje spíše únavu a 3,6% respondentů se snaží předejít syndromu vyhoření. U 1 respondenta se příznaky občas projeví.

*Jestliže jste v předchozí otázce odpověděli ano, jakým způsobem je řešíte?*

Na tuto otázku odpovědělo 9 respondentů, kteří uvedli, že se u nich projeví příznaky syndromu vyhoření (kategorie ano - viz otázka *Zaznamenali jste u sebe příznaky syndromu vyhoření?*). Dále 6 respondentů, kteří příznaky nezaznamenali, ale snaží se jim předejít (pouze část respondentů z kategorie ne - viz otázka *Zaznamenali jste u sebe příznaky syndromu vyhoření?*). Též shrnu jejich odpovědi. Na základě získaných odpovědí jsem stanovila kategorie – supervize a volnočasové aktivity. V následující tabulce č. 9 jsou uvedeny jednotlivé kategorie s příklady odpovědí respondentů, včetně jejich četností.

Kategorie	Počet respondentů	
	Absolutní četnost <i>n</i>	Relativní četnost <i>f</i> (%)
<p style="text-align: center;"><b>VOLNOČASOVÉ AKTIVITY</b></p> <p><i>„Pobyt v přírodě, zahrada to je můj velký koníček. Kulturní akce – divadlo, film. Snažím se mít vždy 14 dní dovolenou. Cestování – moře, památky. Rodina.“</i></p>	4	44,4
<p style="text-align: center;"><b>SUPERVIZE</b></p> <p><i>„Při dlouhodobé zátěži při práci v pomáhajících profesích je důležitým nástrojem supervize. Dává možnost otevřeně hovořit o své práci, o problémech a situacích, které s ní souvisejí, zamyslet se nad funkcí pracovních týmů a celého zařízení. Dále je důležité naučit se relaxovat, věnovat se svým koníčkům.“</i></p>	2	22,2

**Tabulka 9**      **Způsoby řešení syndromu vyhoření**  
(Vlastní zdroj)

Další příklady odpovědí (vždy se jednalo o jednoho respondenta):

- *„Najít si nějaké odreagování např. vycházky, zahrádka, cestování, posezení s kamarádkou. Odejít z práce – to bylo moje řešení, jelikož způsoby, které jsem uvedla, mi nepomohli.“*
- *„Změna pracovní náplně“*
- *„Řeším je lékařsky a vyrovnáním sebe sama.“*

Shrnutí odpovědí 6 respondentů, kteří syndrom vyhoření nezaznamenali:

- odpočinek, dostatek koníčků, kamarádů, hudba, tanec, společnost kolem sebe.

44,4% respondentů (téměř polovina) řeší příznaky syndromu vyhoření prostřednictvím svých volnočasových aktivit např. cestování, zahrada, vycházky do přírody, odpočinek, hudba aj. 1 respondent též uvedl krom volnočasových aktivit i modlitbu. 22,2% respondentů se přiklání k supervizi, jako vhodný prostředek v boji proti syndromu vyhoření. Pokud intenzita syndromu vyhoření dosáhne vysoké úrovně, je dobré odejít ze zaměstnání nebo změna pracovní náplně, jak uvedlo 22,2% respondentů.

Je zřejmé, že odpovědi respondentů v kategorii ano a v kategorii ne z předešlé otázky jsou shodné v kategorii volnočasových aktivit.

**e) síť sociální služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí.**

*Myslíte si, že ve městě Ústí nad Orlicí je sociální péče poskytovaná seniorům dostatečně pokryta? Popřípadě napište, která služba dle Vašeho názorů chybí nebo je nadbytečná.*

Ze získaných odpovědí vyplynuly tyto kategorie – ano, ne, nevím, dobrovolníci a chybějící služby. V následující tabulce č. 10 jsou uvedeny jednotlivé kategorie s příklady odpovědí respondentů, včetně jejich četností.

Kategorie	Počet respondentů	
	Absolutní četnost <i>n</i>	Relativní četnost <i>f (%)</i>
ANO <i>„Myslím si, že v Ústí nad Orlicí je dostatek služeb pro seniory, chybí pouze odlehčovací pobytová služba, kterou ale nabízí v Litomyšli nebo Poličce. Myslím si, že by to vyřešilo pár lůžek či krátkodobá smlouva v Domově důchodců, ale to je pouze můj osobní názor. Také by prospěla větší informovanost ze strany lékařů ne Úřadu práce, aby se užitečné a potřebné informace o službách dostali k těm, kdo je potřebují.“</i>	23	41,8
CHYBĚJÍCÍ SLUŽBY <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terénní a pobytové služby,</li> <li>- domácí péče,</li> <li>- denní stacionář,</li> <li>- asistenční služba po 24 hodin,</li> <li>- stacionář pro klienty s demencí,</li> <li>- zdravotně-sociální zařízení,</li> <li>- ústavní hospicová a paliativní péče,</li> <li>- odlehčovací služba,</li> <li>- duchovní péče a doprovázení.</li> </ul>	7	12,7
NEVÍM <i>„Nevím, nemám to zmonitorované.“</i>	6	10,9



NE		
<i>„Myslím si, že není dostatečně pokryta. Seniorů je hodně. Čekací lhůta na pobyt do DD je dost dlouhá! Chybí možná ještě nějaké podobné zařízení (hospic atd.).“</i>	5	9,1
DOBROVOLNÍCI		
<i>„Dobrovolníci, eventuálně lidé, kteří by seniorům naslouchali a měli pro ně neomezený čas.“</i>	3	5,5

**Tabulka 10** Pokrytí sociální péče  
(Vlastní zdroj)

Další příklady odpovědí (vždy se jednalo o jednoho respondenta):

- *„Myslím si, že ve městě Ústí nad Orlicí není žádná sociální péče seniorům nadbytečná. Seniori potřebují pomoc čím dál víc.“*
- *„V domově důchodců ano. O situaci mimo DD nemám moc informací.“*
- *„Více pánských pracovníků přímé péče a rehabilitačních pracovníků.“*
- *„Myslím si, že služba je poskytována dostatečně. Nic bych neměnila.“*
- *„Služby jsou OK – více nemohu k tomu dodat, jsem tu krátkou dobu.“*
- *„Nemám názor.“*

Téměř polovina respondentů (41,8%) předpokládá, že sociální služby a sociální péče poskytovaná seniorům ve městě Ústí nad Orlicí je dostatečně pokryta. Podle názoru 12,7% respondentů chybí tyto služby např. odlehčovací služby, ústavní hospicová a paliativní péče, domácí péče aj. 10,9% respondentů se vyjádřilo, že nemá představu, zda je či není dostatečně pokryta sociální péče o seniory. 9,1% respondentů uvedlo, že není. 5,5% respondentů zdůrazňuje nedostatečný počet dobrovolníků v sociální sféře. 5 respondentů k této otázce neuvedlo nic.

## **B. ZDRAVOTNÍ SLUŽBY**

### **a. Charakteristika respondentů**

Pro doplnění výše uvedených dat následně vyhodnocuji anketní lístky od pracovníků pomáhajících profesí, kteří poskytují služby zdravotního charakteru v rámci Oblastní charity Ústí nad Orlicí. Jedná se o službu charitní ošetrovatelská péče a domácí hospicová péče. Pomáhající profese jsou zde zastoupeny pouze zdravotními sestrami. Ankety se zúčastnilo celkem 8 respondentů, pouze ženy. Délka jejich praxe v oboru je různá:

- 22 let (1 respondent)

- 20 let (2 respondenti)
- 19 let (1 respondent)
- 15 let (2 respondenti)
- 13 let (1 respondent)
- 6 let (1 respondent)

Nejdelší praxe v oboru je 22 let a nejkratší 6 let. Je zajímavé, že všichni respondenti již pracují delší dobu v oboru.

### **b. Motivy pro výkon pomáhající profese a vztah k seniorům**

*Jaký byl Váš motiv pracovat se seniory?*

4 respondenti uvedli jako motiv „pomoc lidem, kteří to potřebují.“ Pro další 3 respondenty je motivem, že „rádi pracují s lidmi.“ Dále 1 respondent uvedl motiv „úcta ke stáří.“

*Prosím, zkuste pár slovy popsat svůj vztah k seniorům obecně.*

Většina respondentů se ztotožnila s „kladným vztahem k seniorům“ (6 respondentů). Další 2 respondenti odpověděli následovně:

- „Jsou svým způsobem krásní, nikam nespěchají, někteří mají životní moudrost, jsou pokladnicí vzpomínek. Také budeme staří – pro mě je to určitá příprava.“
- „Potřebují pomoci, často jsme jediným spojením s okolím (děti bydlí daleko, zdravotní stav jim neumožní chodit ven...).“

### **c. Základní činnosti a náročnost pomáhající profese**

*Charakterizujte nejdůležitější činnosti, které vykonáváte v souvislosti s Vaší profesí.*

Celkem 5 respondentů uvedlo „zdravotní úkony“ (např. komplexní ošetrovatelská péče, převazy, rehabilitace, péče o hospicové pacienty, aplikace injekcí, podávání léků, odběry biologického materiálu, podávání infuzí aj.) a z nich 2 respondenti ještě zmínili „psychickou podporu pacienta a rodiny.“ Následující odpovědi uvedl vždy 1 respondent:

- „Kdy nejde klientovi pomoc, ohledně stránky bolesti, nebo po stránce psychické (klientovi deprese: nechut' žít, léčit se).“
- „Volba přístupu k seniorům a jejich rodinám, protože každý člověk, rodina je jiná i situace.“

*Jak hodnotíte náročnost (psychickou, fyzickou) své profese (možná pozitiva i negativa)?*

4 respondenti uvedli, že zaznamenávají především „psychickou zátěž.“ 2 respondenti se shodli, že jejich „profese je náročná jak fyzicky, tak psychicky.“ 2 respondenti odpověděli, že profese je „celkově náročná.“ Za pozitiva považují zpětnou vazbu od klientů, výkon profese je naplňuje, obohacuje, různorodost a větší odbornost. 1 respondent zdůraznil nutnost prevence syndromu vyhoření.

#### **d. Syndrom vyhoření**

*Zaznamenali jste u sebe příznaky syndromu vyhoření?*

Většina respondentů, celkem 7, uvedlo, že u sebe příznaky syndromu vyhoření „nezaznamenali“ (z čehož 1 respondent pociťuje spíše únavu). 1 respondent se tomu snaží „vyvarovat.“

*Jestliže jste v předchozí otázce odpověděli ano, jakým způsobem je řešíte?*

Přestože v předchozí otázce respondenti odpověděli, že příznaky syndromu vyhoření nezaznamenali, napsali několik způsobů prevence např. střídání tras, školení, vedlejší mimopracovní aktivity, spánek, sport, knihy, zahrádka.

#### **e. Síť sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí**

*Myslíte si, že ve městě Ústí nad Orlicí je sociální péče poskytovaná seniorům dostatečně pokryta? Popřípadě napište, která služba dle Vašeho názorů chybí nebo je nadbytečná.*

6 respondentů předpokládá, že sociální péče poskytovaná seniorům je ve městě Ústí nad Orlicí „dostatečně pokryta.“ 1 respondent si myslí, že v Ústí nad Orlicí je „výjimečně velmi dobrá, chybí v odlehlejších vesnicích.“ 1 respondent uvedl, že „této práce je vždy málo. Hlavně je malá prezentace v terénu.“

### **6.3 Vyhodnocení výzkumného šetření**

Prostřednictvím kvantitativní metody, techniky anketních lístků, jsem získala mnoho informací. Nelze je zobecnit pro větší množství pracovníků v pomáhajících profesích, protože charakterizují pouze oslovené respondenty. Celkem jsem rozdala 95 anketních lístků v rámci sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí. Jejich návratnost dosáhla 57,9%, byl vyplněn 55 respondenty. Dále jsem rozdala 10 anketních lístků ve službách zdravotního

charakteru v Oblastní charitě Ústí nad Orlicí a to pouze pro doplnění informací. Návratnost dosáhla 80%, tedy 8 respondentů se ankety zúčastnilo.

Stanoveného cíle „*interpretovat názory respondentů (pracovníků pomáhajících profesí v zařízení sociálních služeb pro seniory – sociální pracovníce, pracovníci v sociálních službách, pečovatelky, zdravotní sestry, aktivizační pracovníce, osobní asistenty, rehabilitační pracovníce) na seniory,*“ jsem, dle mého názoru, dosáhla. A to díky pracovníkům v pomáhajících profesích, kteří odpovídali na otevřené otázky, jež jim umožnili vyjádřit své názory a myšlenky bez omezení.

Z analýzy anketních lístků vplynuly tyto **motivy pro práci se seniory** – potřeba pomáhat seniorům, pracovní příležitost, práce s lidmi, vlastní zkušenost v péči o rodinné příslušníky, pozitivní vztah k seniorům, smysluplnost vykonané práce a potřeba zaměstnání. Obecný vztah k seniorům lze kategorizovat jako kladný (plný trpělivosti, empatie a tolerance), respektující a uctivý k seniorům, založený na pochopení, individuální a stejný jako k ostatním lidem. **Každý motiv a vztah k seniorům je velice individuální, ovlivněný životními zkušenostmi a osobností konkrétního pracovníka.**

Pracovní činnosti respondentů jsou velmi různorodé. Jejich četnost je ovlivněna počtem pracovníků, kteří zastávají stejné pracovní pozice. **Ze získaných odpovědí vplynuly tyto kategorie nejdůležitějších činností** – podle 43,6% respondentů to je **komplexní péče o vlastní osobu a domácnost** (např. pomoc s osobní hygienou, stravováním, nákupem, úklidem atd.). 10,9% dotazovaných považuje za nejdůležitější činnost **aktivizaci**. Ve stejném procentním zastoupení byly uvedeny **zdravotní úkony** (např. příprava a podávání léků, převazy aj.). K dalším činnostem patří vedení podřízených, rehabilitace, sociální práce (např. sociální šetření, základní a odborné poradenství), uspokojení základních potřeb klienta. **Rozsah a druh poskytovaných činností se diferencuje podle typu sociální služby.**

**Většina respondentů (52,7%) se shoduje, že výkon vlastní profese je náročný jak po psychické, tak fyzické stránce.** 14,5% dotazovaných vnímá spíše psychickou náročnost výkonu profese. 12,7% respondentů celkově pokládá svou profesi za vysoce náročnou. K **pozitivům** profese podle respondentů patří užitečnost, pocit uspokojení, možnost profesního růstu, vzdělávání se, smysl vykonané práce atd. Naopak **negativa** spatřují ve zvyšujících se nárocích na vzdělání, odpovědnosti, syndromu vyhoření, časové náročnosti, v nízkém finančním ohodnocení aj.

Z důvodu vysoké náročnosti profese, jsou pracovníci v pomáhajících profesích velmi ohroženi syndromem vyhoření. **Tři čtvrtě respondentů (74,5%) dosud u sebe nezaznamenalo žádné příznaky syndromu vyhoření.** Může to být z důvodu krátké praxe v oboru, jak vyplynulo z odpovědí v celku charakteristika respondentů. **16,4% respondentů se s příznaky již setkalo a jejich řešení vidí zejména ve volnočasových aktivitách** (např. divadlo, film, příroda, cestování, zahrada, odpočinek atd.). Dále v **supervizi**, jako důležitý nástroj v boji proti vyhoření.

**Téměř polovina respondentů (41,8%) si myslí, že síť sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí, je dostatečně pokryta.** 10,9% respondentů nemá představu a 9,1% respondentů si myslí, že ne. **Mezi chybějící sociální služby uvedlo 12,7% dotazovaných** – terénní a pobytové služby, domácí péči, denní stacionář, asistenční službu 24 hodin denně, stacionář pro klienty s demencí, zdravotně-sociální zařízení, ústavní hospicovou a paliativní péči, odlehčovací službu a duchovní péči. 3 respondenti zmínili i nedostatek dobrovolníků v sociální oblasti.

**Respondenti ze služeb zdravotního charakteru se v odpovědích příliš neliší s respondenty ze sociálních služeb.** Hlavními motivy pro výkon profese je u nich pomoc lidem, kteří to potřebují, rádi pracují s lidmi a úcta ke stáří. Vztah k seniorům je kladný. Mezi nejdůležitější činnosti patří zdravotní úkony. Náročnost výkonu profese polovina respondentů označila jako spíše psychickou, čímž se odlišují od respondentů ze sociálních služeb (většina z nich odpověděla, že náročnost profese je po psychické i fyzické stránce). Pozitiva vidí ve zpětné vazbě od klientů, naplnění z výkonu profese. Příznaky syndromu vyhoření většina respondentů u sebe neznamenala. Přesto uvedli jejich řešení např. školení, vedlejší mimopracovní aktivity, spánek, sport aj. Většina respondentů odpověděla, že síť sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí je dostatečně pokryta.

## Závěr

Diplomová práce je zaměřena na deskripci procesu stárnutí a stáří. Je to velice rozsáhlá problematika. V současnosti aktuální po celém světě vzhledem ke zvyšujícímu se počtu lidí ve věku 65 let a výše oproti mladé generaci. Zasahuje jak do oblasti zdravotnictví, tak i sociální sféry. Je důležité zamýšlet se nad jejími důsledky. Cílem práce byla zejména interpretace názorů pracovníků pomáhajících profesí v zařízení sociálních služeb pro seniory v Ústí nad Orlicí na seniory.

Ze začátku jsem vymezila základní pojmy jako stárnutí, stáří, starý člověk, sociální služby a pomáhající profese. Pro snadnější orientaci v celé práci a ujasnění primárních termínů. Dále jsem zdůraznila nutnost zabývat se stárnutím a stářím prostřednictvím demografických ukazatelů snižování porodnosti a prodlužování střední délky života. Z toho vyplývá nezbytnost existence sociálních služeb pro jedince v seniorském věku např. pečovatelské služby, domova pro seniory, domova se zvláštním režimem nebo denního stacionáře. Účelem těchto služeb je zajištění seniorů i poskytnutí pomoci a péče v potřebné individuální míře.

Stárnutí je přirozený dynamický proces, který zahrnuje jak biologické, tak psychologické a sociální aspekty. Období stáří lze periodizovat na počínající stáří, vlastní stáří a dlouhověkost. Lze jej členit též na třetí a čtvrtý věk. Tělesné a psychické změny ve stáří jsou u každého jedince rozdílné v jejich míře a rychlosti. Mohou vyvolat proměnu osobnosti. U starých lidí se často vyskytuje více onemocnění najednou. Za „nemoc stáří“ je považována Alzheimerova choroba. Popsala jsem její tři fáze i s typickými příznaky. Velmi se mne osobně dotklo setkání s paní N, která vystoupila před nás, zcela cizí lidi a hovořila o svém onemocnění Alzheimerovy choroby. Nelze slovy popsat, jak moc byl tento okamžik nabitý emocemi. Zdůraznila jsem nezastupitelnou úlohu rodiny v životě seniora. Je významná z hlediska opory, jistoty, bezpečí a udržení soběstačnosti starého člověka v domácím prostředí. Péče poskytnutá rodinnými příslušníky je možná, jestliže chtějí, mohou a umí pečovat.

Během období stáří dochází k řadě sociálních událostí např. smrt partnera, odchod do institucionální péče aj. Já jsem se věnovala zejména problematice odchodu do důchodu, protože je spojena se změnou sociální role. Je to zajisté významný mezník v životě, se kterým je spojena nejistota. Charakterizovala jsem čtyři fáze adaptace na odchod do důchodu,

přičemž kladu důraz hned na tu první – fáze přípravy na důchod. Je důležité, aby se jedinci zamýšleli nad tím, jak bude jejich život v tomto období vypadat.

Zaměřila jsem se na charakteristiku pomáhajících profesí a vystižení jejich podstaty. Jedná se o profese, které uspokojují potřeby druhých lidí, poskytují podporu a pomoc. Velmi důležitá je motivace pro výběr tohoto povolání. Ale i vlastní uvědomění své pomoci a moci, kterou tyto profese oplývají. Významnou roli zde sehrává vztah mezi pomáhajícím a klientem, který je naplněn řadou emocí. Pracovníci v pomáhajících profesích jsou ohroženi syndromem vyhoření z důvodu vysoké psychické a fyzické náročnosti.

V další části práce jsem objasnila demografickou situaci ve městě Ústí nad Orlicí a z ní vyplývající potřebnost existence sociálních služeb pro seniory. Je zde zaregistrována celá řada služeb, které poskytují Oblastní charita Ústí nad Orlicí, CSP ÚO a DDÚO. Jednotlivé služby (např. denní stacionář, pečovatelská služba, domov pro seniory atd.) jsem stručně charakterizovala a zaměřila jsem se zejména na cílovou skupinu, cíle, poslání a personální obsazení. Je podstatné, aby se sociální služby navzájem doplňovali a byly potřebné v dané lokalitě.

Názory pracovníků pomáhajících profesí (v rámci sociálních služeb a služeb zdravotního charakteru) na seniory jsem zjišťovala pomocí kvantitativní metody prostřednictvím anketních lístků. Z ní vyplynuly tyto nejdůležitější motivy pro volbu pomáhající profese – potřeba pomáhat, pracovní příležitost a práce s lidmi. Vztah respondentů k této cílové skupině je kladný, plný tolerance, trpělivosti a vřelosti. Je založený na respektu a úctě ke stáří. Motivы i vztahy jsou velice individuální, spojené s osobními zkušenostmi. Respondenti vykonávají rozdílné činnosti vzhledem k pracovní pozici, ale i typu a formě sociální služby. Nejčastěji byla uvedena komplexní péče o vlastní osobu a domácnost, aktivizace a zdravotní úkony. Většina respondentů se shoduje, že jejich profese je vysoce psychicky i fyzicky náročná. Přesto pouze 16,4% z nich u sebe zaznamenalo příznaky syndromu vyhoření. Jejich obranou vůči vyhoření jsou volnočasové aktivity a supervize. Síť sociálních služeb ve městě Ústí nad Orlicí je, podle většiny respondentů, dostatečně pokryta.

Respondenti ze služeb zdravotního charakteru se v odpovědích příliš neliší s respondenty ze sociálních služeb. Pouze u náročnosti profese, kdy uváděli spíše psychickou náročnost.

Výsledky ilustrativního šetření nelze zobecnit, jsou charakteristické pouze pro odpovídající respondenty (pracovníky pomáhajících profesí v sociálních službách pro seniory v Ústí nad Orlicí).

Problematika stárnutí a stáří je rozsáhlá. Velice aktuální. Ráda pracuji na pozici sociální pracovníce v domově pro seniory, protože to je práce potřebná, zajímavá a obohacující. Ve smyslu životních zkušeností klientů, kteří mnohé zažili. Na druhou stranu, ale též vysoce psychicky náročná. Zdůrazňuji, že na průběh stárnutí má vliv řada činitelů (např. způsob života, sociální prostředí aj.). Popsala jsem proces stárnutí a stáří v rovině teoretické i praktické. Práce je orientována nejen do sociální oblasti, ale též do pedagogické. Může napomoci k prohloubení vzdělání pracovníků v pomáhajících profesích v sociálních službách pro seniory.



## Seznam zkratk

<b>ACH</b>	–	Alzheimerova choroba
<b>aj.</b>	–	a jiné
<b>atd.</b>	–	a tak dále
<b>CSP ÚO</b>	–	Centrum sociální péče města Ústí nad Orlicí
<b>č.</b>	–	číslo
<b>ČSÚ</b>	–	Český statistický úřad
<b>DDÚO</b>	–	Domov důchodců Ústí nad Orlicí
<b>např.</b>	–	například
<b>odst.</b>	–	odstavec
<b>s.</b>	–	strana
<b>Sb.</b>	–	sbírka

## Seznam tabulek

Tabulka 1	Demografická data města Ústí nad Orlicí v období 2003-2012 .....	32
Tabulka 2	Demografická data města Ústí nad Orlicí za období 2013 .....	33
Tabulka 3	Délka praxe.....	46
Tabulka 4	Motivy pracovat se seniory.....	48
Tabulka 5	Vztahy k seniorům.....	49
Tabulka 6	Základní činnosti pracovníků v pomáhajících profesích.....	51
Tabulka 7	Náročnost profese .....	52
Tabulka 8	Příznaky syndromu vyhoření.....	54
Tabulka 9	Způsoby řešení syndromu vyhoření .....	55
Tabulka 10	Pokrytí sociální péče.....	57

## Použitá literatura

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.

DESSAINTOVÁ, Marie-Paule. *Nezačínajte stárnout: jak žít co možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 232 s. ISBN 80-7178-255-6.

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: Tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2011. 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.

GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. 595 s. ISBN 80-7203-124-4.

GLENNER, Joy A. a kol. *Péče o člověka s demencí: průvodce pro rodinné příslušníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 136 s. ISBN 978-80-262-0154-0.

GRUSS, Peter a kol. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6.

GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-302-4.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 312 s. ISBN 80-7178-803-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

JIRÁK, Roman a kol. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk. *Kdy začíná stáří?* Můžeš. Časopis o překonávání možností. VII-VIII 2010. bez ISSN.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-1.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-318-8.

KŘIVOHLÁVEK, F. Jan. *Znaky, vlajky, pečeti a správní vývoj obcí okresu Ústí nad Orlicí*. 1. vyd. Ústí nad Orlicí: OFTIS, 2005. 384 s. ISBN 80-86845-25-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

MARKOVICSOVÁ, Martina. *Vzájemná spolupráce rodin a pobytových zařízení sociálních služeb*. Ošetrovatelská péče. Odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách. 1. číslo 2013. MK ČR E 19833. 6x ročně., bez ISSN.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

ODBOR SOCIÁLNÍCH VĚCÍ KRAJSKÉHO ÚŘADU PARDUBICKÉHO KRAJE. *Katalog sociálních služeb a pomoci v Pardubickém kraji: Ústeckoorlicko*. 2012. 88 s.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-8076-8.

PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 272 s. ISBN 978-80-7184-569-0.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7478-184-3.

REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 120 s. ISBN 978-80-262-0010-9.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 440 s. bez ISBN.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Slon, 1999. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 516 s. ISBN 80-7178-308-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0.

## **Prameny**

Interní materiály Centra sociální péče města Ústí nad Orlicí

Interní materiály Domova důchodců Ústí nad Orlicí

Interní materiály Domu pokojného stáří sv. Kryštofa

Interní materiály Městského úřadu Ústí nad Orlicí Odboru dopravy, silničního hospodářství a správních agend

Interní matriály Oblastní charity Ústí nad Orlicí

Materiály z mezinárodní konference v Litomyšli na téma „Strategie společného postupu příspěvkových organizací v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou,“ konané 24. až 25. 3. 2014, pořadatel A-FORUM CS

Demografická data za města Pardubického kraje v letech 2003 až 2012 [online]. 2013 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/demograficka\\_data\\_za\\_mesta\\_pardubickeho\\_kraje\\_v letech\\_2003\\_az\\_2012](http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/demograficka_data_za_mesta_pardubickeho_kraje_v letech_2003_az_2012)

Domov důchodců Ústí nad Orlicí [online]. 2012 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: <http://www.dduo.cz/>

Elektronická učebnica pedagogického výskumu [online]. 2010. [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/veda-a-vyskum/kvantitativny-vyskum.php?id=i1p6>

Good health adds life to years Global brief for World Health Day [online]. 2012 [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf)

Health topics Ageing [online]. 2014 [cit. 2014-04-02]. Dostupné z: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>

Main characteristics Alzheimer's disease [online]. 2009 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: [www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer-s-disease/Main-characteristics-of-Alzheimer-s-disease#fragment-2](http://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer-s-disease/Main-characteristics-of-Alzheimer-s-disease#fragment-2)

Město Ústí nad Orlicí [online]. 2013 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.ustinadorlici.cz/mesto/mesto-usti-nad-orlici/>

Sociodemografická analýza města Ústí nad Orlicí a okolí [online]. 2010 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://www.ustinadorlici.cz/podnikatel/strategicke-dokumenty/komunitni-plan/>

Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů [online]. 2006 [cit. 2013-12-13]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1      Vzor anketního lístku



## **Příloha číslo 1 Vzor anketního lístku**

### **Anketní lístek**

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Jiruchová a studuji obor Pedagogika – sociální práce na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Tématem mé diplomové práce je „*Stáří z pohledu pomáhajících profesí v sociálních službách pro seniory.*“ Cílem práce je interpretace názorů respondentů (pracovníků pomáhajících profesí v zařízení sociálních služeb pro seniory – sociální pracovníce, pracovníci v sociálních službách, pečovatelky, zdravotní sestry, aktivizační pracovníce) na seniory.

Z tohoto důvodu Vás velmi prosím o vyplnění této ankety. Získané informace budou použity pouze pro účel práce. Zachování anonymity je samozřejmostí. Děkuji Vám za Vaše názory.

Lenka Jiruchová (telefon 774 178 150, e-mail: lenour.jiruchu@seznam.cz)

- 1. Jaký byl Váš motiv pracovat se seniory?**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 2. Prosím, zkuste pár slovy popsat svůj vztah k seniorům obecně.**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 3. Charakterizujte nejdůležitější činnosti, které vykonáváte v souvislosti s Vaší profesí.**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 4. Jak hodnotíte náročnost (psychickou, fyzickou) své profese (možná pozitiva i negativa)?**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 5. Zaznamenali jste u sebe příznaky syndromu vyhoření?**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 6. Jestliže jste v předchozí otázce odpověděli ano, jakým způsobem je řešíte?**

7. **Myslíte si, že ve městě Ústí nad Orlicí je sociální péče poskytovaná seniorům dostatečně pokryta? Popřípadě napište, která služba dle Vašeho názorů chybí nebo je nadbytečná.**
  
8. **Délka Vaši praxe v tomto oboru.**
  
9. **Jste žena/muž?**

**Děkuji za Váš čas a Vaši spolupráci.**

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Lenka Jiruchová, DiS.
<b>Katedra:</b>	Ústav pedagogiky a sociálních studií
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Stáří z pohledu pomáhajících profesí v sociálních službách pro seniory v Ústí nad Orlicí
<b>Název v angličtině:</b>	Old Age From As Seen By Helping Professions In Social Services For Seniors In Ústí nad Orlicí
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zabývá procesem stárnutí a stáří. Cílem práce byla deskripce tohoto procesu a zejména interpretace názorů respondentů (pracovníků pomáhajících profesí v zařízení sociálních služeb pro seniory) na seniory. Dílčími cíli byla operacionalizace základních pojmů, objasnění demografických ukazatelů, charakteristika procesu stárnutí a stáří, demonstrace významu pomáhajících profesí, specifikace zařízení sociálních služeb pro seniory ve městě Ústí nad Orlicí. V závěrečné části jsou interpretovány výsledky ilustrativního šetření.
<b>Klíčová slova:</b>	stárnutí, stáří, senior, sociální služby, pomáhající profese
<b>Anotace v angličtině:</b>	This thesis examines the process of aging and old age. The aim of this study was the description of the process, especially the interpretation of respondents' ideas ( helping professionals in social service facilities for seniors) about seniors. Partial goals included the operationalization of key terms, explanation of demographic indicators, characterization of aging process and old age, demonstration of the importance of helping professions, specification of social service facilities for seniors in Ústí nad Orlicí. The final part presents the results of an illustrative research survey.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	ageing, old age, senior, social services, helping professions
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1 Vzor anketního lístku
<b>Rozsah práce:</b>	72 stran
<b>Jazyk práce:</b>	český