

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra andragogiky a managementu vzdělávání

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Aktivizační a edukační aktivity v domovech pro seniory v období
koronavirové krize

Activation and educational activities in retirement homes during the
coronavirus crisis

Bc. Anna Kučerová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D., MBA

Studijní program: Andragogika a management vzdělávání

Studijní obor: N AMGT

Odevzdáním této diplomové práce na téma Komparace nabídky aktivizačních a edukačních aktivit ve dvou pražských domovech pro seniory potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15. 4. 2021

Ráda bych poděkovala v první řadě svému vedoucímu práce prof. PhDr. Jaroslavu Veteškovi, Ph.D., MBA za metodické vedení této práce, veškerý čas i cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zapojili do výzkumu, a v neposlední řadě také svým blízkým za jejich podporu při zpracování této práce.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na problematiku nabídky aktivizačních a edukačních aktivit v domovech pro seniory v době koronavirové krize. Hlavním cílem této práce je analýza nabídky edukačních a aktivizačních programů v domovech pro seniory a následné zjištění a vymezení rozdílů v nabídce těchto programů v období před koronavirovou krizí a v jejím průběhu. Záměrem této práce by tak měl být popis aktuální nabídky aktivizačních a edukačních aktivit v domovech pro seniory, čím se tato nabídka liší od běžného stavu a zda má aktuální stav vliv na účast seniorů na těchto aktivitách či jejich preference.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů z této oblasti, popisuje kvalitu života seniorů a postoj společnosti k seniorům, funkce a cíle edukace seniorů, dále možné způsoby motivace a bariéry v edukaci seniorů, a nakonec význam a personální zajištění pro konání edukačních a aktivizačních činností v domovech pro seniory. Empirická část se poté zaměří na již zmíněnou analýzu nabídky aktivizačních a edukačních aktivit domovů pro seniory v období koronavirové krize. Prostřednictvím dotazníkového šetření a rozhovorů s aktivizačními pracovníci domovů pro seniory bude zjišťována nabídka aktivizačních a edukačních aktivit v domovech pro seniory a dopady vládních opatření na tuto nabídku. V závěru budou vymezeny rozdíly v nabídce těchto aktivit před obdobím koronavirové krize a v jejím průběhu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Edukace seniorů, stáří, stárnutí, aktivizační programy, domov pro seniory, senior, koronavirus, krize

ABSTRACT

The diploma thesis is focused on the issue of offering activation and educational activities in retirement homes during the coronavirus crisis. The main goal of this work is to analyze the offer of educational and activation programs in retirement homes and findings and definition of differences in the offer of these programs in the period before and during the coronavirus crisis. The aim of this work should be to describe the current offer of activation and educational activities in homes for the elderly, how it differs from the normal situation and whether the current state affects the participation of seniors in these activities or their preferences.

The work is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part describes the definition of basic concepts of this problematics, describes the quality of life of elderly and society's attitude towards the elderly, functions and goals of education of elderly, possible ways of motivation and barriers in education of elderly and finally the importance and staffing for educational and activation activities in retirement homes. The empirical part will focus on the already mentioned analyze of offering activation and educational activities in retirement homes during the coronavirus crisis. Questionnaire survey and interviews with activation staff of retirement homes will examine the offer of activation and educational activities in retirement homes and the impacts of government measures on this offer. In the end, the differences in the offer of these activities before and during the period of the coronavirus crisis will be defined.

KEYWORDS

Education of elderly, old age, aging, activation programs, retirement home, elderly, coronavirus, crisis

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 7 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 9 |
| 1 Základní pojmy | 9 |
| 1.1 Stáří | 9 |
| 1.1.1 Periodizace stáří | 10 |
| 1.1.2 Změny ve stáří | 12 |
| 1.2 Stárnutí | 15 |
| 1.2.1 Teorie stárnutí | 16 |
| 1.2.2 Aspekty stárnutí | 18 |
| 1.3 Senior | 19 |
| 1.4 Gerontagogika | 21 |
| 1.4.1 Vymezení pojmu | 21 |
| 1.4.2 Zdroje gerontagogiky | 22 |
| 1.5 Domov pro seniory | 23 |
| 1.6 Koronavirová krize | 24 |
| 2 Kvalita života seniorů | 26 |
| 2.1 Potřeby ve stáří | 27 |
| 2.2 Podpora aktivního stárnutí | 29 |
| 3 Postoj společnosti ke stáří | 32 |
| 3.1 Postavení seniora ve společnosti | 33 |
| 3.2 Ageismus | 35 |
| 4 Stárnutí společnosti a demografický vývoj | 37 |
| 4.1 Demografický vývoj v EU a ČR | 38 |
| 4.2 Strategické dokumenty a klíčové instituce | 39 |
| 5 Specifika edukace seniorů | 41 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 5.1 | Cíle a funkce | 44 |
| 5.2 | Motivace seniorů k dalšímu vzdělávání..... | 45 |
| 5.3 | Bariéry v dalším vzdělávání seniorů..... | 46 |
| 5.4 | Kompetence a vlastnosti edukátora | 48 |
| 5.5 | Didaktika edukace seniorů..... | 49 |
| 5.6 | Komunikace se seniorem | 51 |
| 6 | System sociální péče o seniory v ČR | 54 |
| 6.1 | Poskytování sociálních služeb a sociální péče v ČR | 55 |
| 6.2 | Edukace a aktivizace v domovech pro seniory | 56 |
| 6.3 | Personální zajištění domova pro seniory | 58 |
| | EMPIRICKÁ ČÁST | 60 |
| 7 | Výzkumné šetření..... | 60 |
| 7.1 | Cíl výzkumu a výzkumné otázky..... | 60 |
| 7.2 | Metodologie výzkumu | 61 |
| 7.3 | Vymezení objektu šetření | 63 |
| 7.4 | Harmonogram realizace výzkumu | 63 |
| 7.5 | Etika výzkumu | 64 |
| 7.6 | Interpretace získaných dat | 65 |
| 7.6.1 | Fáze I. | 65 |
| 7.6.2 | Fáze II. | 80 |
| 8 | Shrnutí a diskuse výsledků | 85 |
| | Závěr..... | 93 |
| | Seznam použitých informačních zdrojů | 95 |
| | Seznam grafů | 106 |
| | Seznam příloh..... | 106 |
| | Příloha č. 1 Dotazník | I |

Úvod

Další vzdělávání seniorů je jedním z témat, které je v dnešní době čím dál aktuálnější. Vzhledem k demografickému vývoji a zvyšujícímu se podílu seniorů ve společnosti je důležité této problematice věnovat pozornost. Vzdělávání seniorů (genrontagogika) je jednou z významných oblastí, která spadá pod andragogiku. Vzdělávání seniorů může mít různou podobu. Existuje velké množství kurzů, vzdělávacích programů a aktivit, které jsou určeny právě pro tuto věkovou skupinu. Aktivizace a edukace seniorů je také běžnou součástí denního programu v domovech pro seniory a dalších podobných zařízeních. Aktivizační a edukační aktivity napomáhají klientům těchto zařízení k udržení fyzické i duševní kondice, k zachování sociálních kontaktů a uspokojení množství rozličných potřeb (potřeby seberealizace, sociálního kontaktu, dalšího rozvoje apod.). Významně tak přispívají ke zlepšení kvality života seniorů v domovech a napomáhají jim k aktivnímu stylu života ve stáří. Od počátku roku 2020 musela však nabídka těchto aktivit projít mnoha změnami a došlo k jejímu značnému omezení. To vše v důsledku bezprecedentní události, kterou množství lidí označuje za koronavirovou krizi či pandemii. S rozšířením nákazy COVID-19 (nebo také SARS CoV-2) ve světě došlo k velkým změnám ve všech sférách společenského života, mimo jiné také v oblasti vzdělávání. Velké množství vzdělávacích aktivit muselo být dočasně přerušeno, běžná výuka na školách byla změněna na distanční formu a stejně tak byly značně omezeny také aktivizační a edukační programy v domovech pro seniory. Celá tato situace trvá již více než rok a veškeré vzdělávací instituce stále hledají možné cesty, jak poskytovat i za takto obtížné situace co nejkvalitnější vzdělávání. Výjimkou nejsou ani domovy pro seniory, které se snaží i přes veškerá omezení a opatření pokračovat v poskytování co nejkvalitnější nabídky aktivizačních a edukačních služeb.

Hlavním cílem této diplomové práce je analýza nabídky aktivizačních a edukačních aktivit v domovech pro seniory a nalezení odpovědi na otázku, jak se změnila nabídka těchto aktivit v průběhu koronavirové krize oproti období před ní. Dílčí výzkumné otázky empirické části této diplomové práce jsou následující:

1. Změnila se nabídka aktivizačních a edukačních aktivit v období koronavirové krize oproti běžnému provozu?

2. Změnila se četnost či typ aktivizačních a edukačních aktivit v období koronavirové krize oproti běžnému provozu?
3. Má tento stav vliv na účast klientů domovů na aktivizačních a edukačních aktivitách či na jejich preference?
4. Došlo ke změně podmínek konání jednotlivých aktivizačních a edukačních aktivit?

Teoretická část této práce je zaměřena na vysvětlení základních pojmů týkajících se oblasti vzdělávání seniorů (stáří, stárnutí, senior, gerontagogika, domov pro seniory, koronavirová krize), dále na charakteristiku kvality života seniorů a pozornost je věnována také postoji společnosti ke stáří a starým lidem. V této části je dále charakterizována edukace seniorů a specifika práce s nimi. V neposlední řadě je zde popsán systém sociální péče o seniory v ČR. V praktické části pak následuje empirický výzkum zaměřený na již zmíněnou analýzu aktivizačních a edukačních programů v domovech pro seniory v období koronavirové krize a před ní. V rámci výzkumu je zahrnuto dotazníkové šetření zaměřené na cílovou skupinu domovů pro seniory ve Středočeském kraji a rozhovory s aktivizačními pracovníci dvou konkrétních domovů. Výsledky tohoto výzkumu jsou zaměřeny na hledání odpovědí na výše uvedené výzkumné otázky.

V závěru práce následuje shrnutí a diskuse výsledků dotazníkového šetření a rozhovorů, jejich rozbor a zodpovězení výzkumných otázek. Tato práce má sloužit jako ucelený přehled nabídky edukačních a aktivizačních programů a jejich rozdílů v běžné situaci a v období koronavirové krize. Zároveň má tato práce upozornit na důležitost těchto nabízených aktivit s ohledem na naplňování potřeb klientů domovů pro seniory.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní pojmy

První kapitola se blíže zaměřuje na jednotlivé základní pojmy, které úzce souvisejí s tématem edukace seniorů v domovech pro seniory. Pozornost tak bude věnována pojmům stáří, stárnutí, gerontagogika a domov pro seniory.

1.1 Stáří

Stáří neboli sénium je poslední etapou lidského života, která je výsledkem procesu stárnutí. Tato etapa je spojena s velkým množstvím změn, ke kterým dochází v průběhu stárnutí a jež mohou ovlivnit kvalitu života jedince. Mühlpachr (2009, s. 18) vymezuje stáří jakožto pozdní fáze ontogeneze, které jsou spojeny s významnými sociálními změnami. Zároveň také uvádí, že stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů a dalších faktorů jako například chorob, životního stylu, či životních podmínek. Dle Čevely, Čeledové a Kalvacha (2014, s. 17–18) se jedná o pozdní fázi života, která má své charakteristické rysy v oblasti fenotypu (vzhledu), funkčního stavu, bio-psychologických parametrů, sociálních rolí, společensko-ekonomického postavení, naděje na přežití a věku. Štílec (2004, s. 14) definuje stáří jako: „...*přirozený a biologický zákonitý proces, který se projevuje sníženou adaptační schopností organismu a úbytkem funkčních rezerv.*“ Zároveň ale dodává, že jedinci se stejným kalendářním věkem se mohou značně odlišovat ve věku biologickém. V rámci Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje připadá stáří na období ego integrity x zoufalství. V průběhu této etapy je základem integrace všech zkušeností a událostí z dřívějšího života, vedoucí ke smíření a pocitu spokojenosti se svým životem. Pokud integrace ega není dostatečná, může to vést k nespokojenosti s prožitým životem a k zoufalství (Erikson, In: Blatný, 2010, s. 172).

Stáří je všeobecně vnímáno spíše negativně, jelikož si jej mnoho lidí spojuje s negativními změnami, úbytkem či ztrátou naděje a optimismu a s nárůstem omezujících faktorů v životním stylu. Stáří však může být v mnoha ohledech pozitivní a může nabídnout prostor pro realizaci činností, na které neměl jedinec v průběhu života čas (Malíková, 2011, s. 13–14). Benešová (2014, s. 26) odůvodňuje negativní vnímání stáří obavami ze ztráty samostatnosti, snížení mentálních funkcí, ztráty kontaktů s okolím a poklesu možnosti

seberealizace. Tyto negativní mýty pak v lidech vyvolávají strach z ponížení či ztráty důstojnosti. Věk jako takový nás však neomezuje v našem životním stylu, důležitý je stav funkcí duševního a tělesného stavu. Důležitými faktory jsou přitom schopnost učit se a získávat nové zkušenosti, snášet odlišné názory, ale při tom se nenechat druhými ovlivnit (Štílec, 2004, s. 12).

1.1.1 Periodizace stáří

Existuje množství měřítek, podle kterých se dá určit, zda již jedinec dosáhl stáří, či nikoliv. Tato měřítka můžeme rozdělit například do následujícího přehledu (Baltes, In: Křivohlavý, 2011, s. 20):

- chronologická délka života,
- biologický stav organismu,
- mentální (psychické) zdraví,
- kognitivní (myšlenková) výkonnost,
- sociální kompetence a produktivita,
- kvalita sebeovládání,
- spokojenost se životem.

Ačkoliv se v odborné literatuře názory na periodizaci stáří liší, většinou panuje shoda v základním rozdělení na stáří kalendářní, biologické a sociální. Tyto jednotlivé oblasti mohou, ale nemusejí být ve shodě, tzn. že biologický věk nemusí odpovídat věku kalendářnímu (Čevela, Čeledová a Kalvach, 2014, s. 18).

Kalendářní (nebo také chronologické) stáří je dáno dosažením určitého věku od narození. Tento typ dělení je však pouze obecný a někteří jedinci se mohou vymykat. Periodizace kalendářního stáří nebere v potaz ontogenetické rozdíly mezi ženami a muži, a proto je dobře využitelná v praxi (Benešová, 2014, s. 19). Nevypovídá o žádných interindividuálních rozdílech a obecně je bráno jako sociální konstrukt. Tato periodizace má proto význam pro demografické, statistické a jiné účely (Příbyl, 2015, s. 10). Periodizací kalendářního stáří se zabývalo mnoho odborníků, proto existuje velké množství názorů na rozdělení této fáze života. Jedním z možných přístupů k periodizaci stáří je na stáří rané (60–74 let), vlastní stáří, stařecký věk nebo též sénium (75–89 let) a dlouhověkost (90 let a více).

Je však nutné zmínit, že za starého člověka lze obecně označit jedince, který dosáhl věku 65 let (Haškovcová, 2010, s. 9). Příhoda (1974, s. 229) uvádí následující periodizaci senia: 60–75 let senescence (stárnutí), 75–90 let kmetství a 90 let a více patriarchium. Více autorů (např. Benešová, 2014, s. 20, Mühlpachr, 2009, s. 21 a Veteška, 2016, s. 153) se ale shoduje na tom, že obecně nejčastěji uplatňované dělení je na mladé seniory (65–74 let), staré seniory (75–84 let) a velmi staré seniory (85 let a více).

Biologické stáří je dáno mírou involučních změn u jedince, které mohou být spojovány s chorobami vyskytujícími se převážně ve vyšším věku. Určování biologického stáří se však běžně nepoužívá z důvodu složitého dokázání jeho platnosti (Mühlpachr, 2009, s. 19). Benešová (2014, s. 20) doplňuje, že zjednodušeně lze mluvit o biologickém stáří jako o věku našich orgánů a fyzické kondice. Buňky v lidském těle mají omezenou dobu života. Jakmile odumřou, jsou nahrazeny buňkami novými (s výjimkou nervové soustavy, ve které odumřelé buňky nejsou nahrazovány). Ve stáří tato schopnost reduplikace buněk postupně klesá a tělo tak produkuje čím dál tím méně kopií v delších časových intervalech (Dienstbier, 2009, s. 19). Křivohlavý (2011, s. 19) hovoří v souvislosti s biologickým stářím také o změnách imunologických, změnách funkce brzlíku a vyčerpání buněčného systému.

Nakonec je sociální stáří dáno naplněním konkrétních kritérií, a to dosažením určitého věku, změnou rolí jedince, životního stylu a ekonomické stránky života jedince (Mühlpachr, 2009, s. 19). V souvislosti s konceptem sociálního stáří zmiňuje Benešová (2014, s. 22) sociální periodizaci života, v jejímž rámci můžeme rozdělit život na 3, případně 4 velká období (věky). Jedná se o následující:

- První věk (předproduktivní) – doba dětství, mládí, růstu, vývoje, vzdělávání a profesní přípravy.
- Druhý věk (produktivní) – doba dospělosti, biologické, sociální a profesní produktivity.
- Třetí věk (postproduktivní) – doba stáří, pokles zdatnosti, často spojován s absencí tvořivé přítomnosti (toto vnímání může však podněcovat diskriminaci a minimalizaci potřeb v tomto období).
- Čtvrtý věk – často definován jako doba závislosti, avšak nesoběstačnost by neměla být vnímána jako zákonitá.

Kalvach a Mikeš (2004, s. 47) uvádějí, že sociální stáří: „...postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (ageismus).“ Zároveň upřesňují, že za počátek sociálního stáří lze pokládat vznik nároku na starobní důchod a odchod do penze.

1.1.2 Změny ve stáří

Jak již bylo zmíněno, stáří je charakteristické právě změnami v životě seniora, které se s nástupem tohoto období dostávají. Jednotlivé změny mohou více či méně ovlivnit životní styl jedince a zároveň můžeme rozlišit změny viditelné a méně viditelné. Znamky stárnutí se dostávají postupně a s přibývajícím věkem se dostavuje snížení fyzických i psychických sil. Dochází také ke stárnutí smyslů (Haškovcová, 2010, s. 31). Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 19) dále uvádí, že změny ve stáří vedou k typickému fenotypu stáří (obrazu stáří), přičemž stařecký vzhled a zároveň i stav ovlivňují následující vlivy:

- geneticky podmíněná biologická involuce;
- důsledky a projevy chorob a úrazů prodělaných během života;
- způsob života, výživy, míra aktivity/pasivity (fyzické i duševní);
- schopnost adaptace na změny (involuční a chorobné);
- vlivy prostředí fyzického, sociálního i společenského;
- psychický stav jedince.

Obecně můžeme veškeré tyto změny, ke kterým dochází v průběhu stárnutí, rozdělit do tří oblastí, a to na změny fyzické, psychické a socio-ekonomické. Tyto oblasti jsou vzájemně značně propojeny (Janiš a Skopalová, 2016, s. 42).

Fyzické změny

První velkou oblastí změn ve stáří jsou změny fyzické. Do této kategorie spadají jak změny fyziologické, tak i anatomické. Některé z těchto změn mají pozvolný nástup, jiné se naopak projevují rychleji. Křivohlavý (2002, s. 139) uvádí jako nejvýraznější změny například sexuální aktivitu u mužů, rychlost reflexů, vitální i srdeční kapacitu, svalovou sílu, váhu mozku a rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny. Poledníková a kol. (2006, s. 9)

dále doplňuje změny na kůži a ostatních orgánech kůže, kosterní a svalové změny, změny v činnosti dýchacího, trávicího, vylučovacího a imunitního systému, změny ve smyslovém vnímání a tělesné teplotě. Nástup všech těchto fyziologických změn má značný vliv na vzhled, ale také chování jedince. Tělesné změny ovlivňují také psychiku seniora, jelikož se začne více zaměřovat na sebe a na nastupující tělesné změny, které mohou vyvolat pocity introvertního zaměření, nejistoty a nedůvěry (Dvořáčková, 2012, s. 12).

Psychické změny

Další oblastí změn, ke kterým dochází v období stáří, jsou změny psychické. Jak již bylo zmíněno, psychické změny jsou značně propojeny jak se změnami fyzickými, tak i socio-ekonomickými. Venglářová (2007, s. 12) zmiňuje jako základní psychické změny zhoršení paměti, sníženou sebedůvěru a nedůvěřivost k okolí, obtížnější osvojování nového, emoční labilitu, sugestibilitu, zhoršení úsudku a změny ve vnímání. Klevetová (2017, s. 29) dodává, že snížené vnímání může způsobit strach, úzkost a nejistotu, což může vést ke snížení zájmu seniora o sociální kontakty, zvýšit ostražitost a nedůvěru k okolí. Později se pak mohou dostavit také poruchy paměti, rozhodovacích schopností a poruchy osobnosti. Z psychologického hlediska také ve stáří přibývá duševních onemocnění (např. nárůst demence či Alzheimerovy nemoci).

V oblasti kognitivních funkcí se pak stáří nejvíce projevuje zpomalením procesů. Starému člověku zabere činnost delší dobu, avšak o to více se snaží o preciznost své práce. Prodlužuje se také reakční doba na podněty a zpracovávání informací probíhá pomaleji. Toto vše může pro seniora představovat značnou zátěž (Janiš a Skopalová, 2016, s. 46). Vzhledem ke snížení motorického tempa i aktivity je pro stárnoucího člověka dosažení cíle podmíněno vynaložením velkého úsilí a značnou dávkou trpělivosti. Je také třeba podporovat motivaci seniora pro danou činnost, jelikož s věkem klesá zájem i o takový typ činností, které senior dříve vykonával rád (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 64). Zhoršuje se také oblast percepce, ve které dominuje zhoršení sluchu a zraku. Pokud nejsou tyto změny včas kompenzovány, mohou způsobit i dobrovolnou sociální izolaci související se zhoršením vnímání podnětů z okolí. Ke zhoršení dochází také v oblasti pozornosti a paměťových funkcí (Janiš a Skopalová, 2016, s. 46).

Také v citové oblasti se projevují změny způsobené stárnutím. Ve stáří převyšuje citová labilita, která se může projevovat přehnanou lítostí, či naopak nadměrným podléháním dojetí i z běžných věcí. Na podněty však může starý člověk také reagovat nepřiměřenými výbuchy zlosti. Všechny tyto reakce jsou často ovlivněny vzpomínkami na daný podnět z dřívější doby (Poledníková a kol., 2006, s. 12). V neposlední řadě Holmerová, Jurašková a Zikmundová (2007, s. 65) zmiňují také změny ve struktuře osobnosti, ke kterým ve stáří dochází. Dochází k akcentaci původních rysů osobnosti ať už pozitivně (např. dobrota, laskavost či empatie), či negativně vnímaných (např. dominance či egocentrismus). Zároveň také upozorňují na změnu hodnot, u kterých převládá touha po klidu, soukromí, někdy také samotě.

Socio-ekonomické změny

Poslední oblastí změn v životě seniora jsou změny socio-ekonomické. Tyto změny nejvíce souvisí s ekonomickým zázemím, sociálními vztahy, společenskou rolí a společenským statutem seniorů. Janiš a Skopalová (2016, s. 49) definují dva základní milníky, se kterými se musí senior v rámci těchto změn vyrovnat. Prvním milníkem je odchod do starobního důchodu, který souvisí s omezením sociálních kontaktů seniora s bývalými spolupracovníky, v některých případech také s odchodem vlastních dětí z domova a přizpůsobování se tak novému režimu dne. Tento milník úzce souvisí se změnou seniorova sociálního statusu. Druhým milníkem je pak změna (omezení) finančních příjmů. Nejvýraznějším problémem tohoto věku je dle Lacy a Kollárčikové (2015, s. 31) ztráta postavení ve společnosti a s tím související pocity zbytečnosti, neužitečnosti a odstrčení. Senior je v tomto věku nejčastěji v kontaktu pouze s rodinou či sousedy. Situace se stává ještě horší, pokud zemře jeden z partnerů. Z těchto důvodů vzniká ve stáří daleko silnější potřeba podpory od okolí.

Venglářová (2007, s. 12) zmiňuje jako základní změny v této oblasti odchod do penze, změnu životního stylu, stěhování, ztrátu blízkých lidí a s ní související osamělost a v neposlední řadě finanční obtíže. Odchod do důchodu však nemusí mít pro seniora jen negativní důsledky. Poledníková a kol. (2006, s. 12) uvádí množství pozitivních stránek např. dostatek času pro odpočinek a spánek, osvobození od přílišných společenských tlaků, prostor pro rozvíjení nových aktivit a zálib či možnost uskutečnění vysněných rekreačních

činností. Také Křivohlavý (2011, s. 23) poukazuje na množství pozitivních stránek stáří, mezi něž řadí například dostatek volného času, dostatek času pro sebe, uvolnění, klid, možnost sebepoznávání, duševní naplnění či nastolení vnitřního pokoje.

Na toto velké množství změn je senior nucen reagovat a přizpůsobit se jim. Způsob, jakým jedinec může tyto změny přijmout, je značně ovlivněn jeho osobností, okolím i možnostmi pomoci v oblastech, na které senior sám nestačí. Dle Venglářové (2007, s. 12) můžeme rozlišit tři základní modely adaptace na stáří:

- Konstruktivní přístup – jedinec se na stáří aktivně připravuje již před jeho nástupem v průběhu produktivního věku (připravuje aktivity, které bude později rozvíjet, udržuje tělesné zdraví, buduje širší síť přátel a známých a pěstuje dobré vztahy s rodinou).
- Závislost na okolí – jedinec je závislý na rodině či zdravotnících, které manipuluje do intenzivnějších kontaktů z důvodu svých tělesných obtíží.
- Nepřátelský postoj – vzniká tehdy, pokud je situace obtížnější, než je jedinec schopen zvládnout (nepřátelství se pak může projevovat vůči lidem kolem, vůči rodině, personálu i dalším klientům v sociálních zařízeních).

Bromley (1974, s. 112–118) přidává k těmto modelům adaptace ještě další dva modely, a to obranný postoj a sebenávist. Obranný postoj je méně přijatelný způsob adaptace na stáří. Vyznačuje se odkládáním odchodu z práce, podléháním zvykům, přehnanou aktivitou. Při obranném postoji se jedinec bojí hrozící závislosti a relativní nečinnosti ve stáří a odmítá si připustit fakt stáří. Stáří je jím vnímáno spíše pesimisticky. Sebenávist je posledním možným způsobem adaptace, který je velice podobný modelu nepřátelského postoje, avšak v tomto případě jedinec obrací nepřátelství proti sobě samému. Svůj dosavadní život hodnotí senior pohrdavě, kriticky. Tento typ také zanedbává společenské styky a převládají u něj pocity lítosti, sebeobviňování a deprese.

1.2 Stárnutí

Zatímco stáří je chápáno jako konečná etapa života, stárnutím můžeme označit proces, který k této etapě vede. Chalise (2019, s. 8) upozorňuje, že stárnutí lze chápat jako celoživotní proces. Pojem stárnutí je však v anglické literatuře často zaměňován jinými

pojmy dle období, ve kterém tento proces probíhá. V dětských letech je tento proces označován jako růst a vývoj (growth and development), v dospívání a mladém věku pak jako zrání (maturation) a teprve po 30. roce, kdy se začne tělo opotřebovávat a dochází k poklesu funkcí, se tento proces nazývá stárnutím (senescence).

Příbyl (2015, s. 9) popisuje stáří (senescenci) jako propojení biologických, psychologických a sociálních procesů, které probíhají u každého živého organismu již od početí. Zdůrazňuje také, že proces stárnutí je komplexní, dynamický, nezvratný a probíhá s interindividuální variabilitou. Částečně je podmíněn geneticky a zčásti je ovlivněn náhodnými jevy a poruchami. Proces stárnutí probíhá u každého odlišně (různým tempem). Ovlivňuje jej genetická výbava, ale také životní podmínky, interakce s prostředím, zdravotní stav i životní styl. Zároveň probíhá asynchronně, různé struktury a funkce organismu jsou jím zasahovány nerovnoměrně (Mühlpachr, 2009, s. 22).

Čevela, Čeledová a Kalvach (2014, s. 17) definují stárnutí jako bio-psycho-sociálně-spirituální proces, při němž dochází k řadě změn (regresivních a adaptačních) a jehož hlavními složkami jsou pokles potenciálu zdraví, pokles odolnosti, adaptability a zdatnosti a s tím spojené znevýhodnění v porovnání s mladými lidmi. Laca a Kollářčiková (2015, s. 6) doplňují ještě změny v osobnosti, etických názorech, náboženských přesvědčeních, v mezilidských vztazích, zájmech a změny v oblasti citových reakcí. Proces stárnutí probíhá v období mezi středním věkem a stářím a postupně vede až k zániku organismu a smrti.

1.2.1 Teorie stárnutí

Stárnutí je biologický jev, který se nedá nijak oddálit ani zvrátit. Vždy se však objevovaly snahy o dosažení nesmrtelnosti. Protože ale nebyly nikdy úspěšné, rozvinuly se dva další trendy, a to snaha o prodloužení života či snaha o prodloužení produktivního/aktivního věku. Obecně není přímo známa přesná příčina rozvoje stárnutí, avšak existuje množství teorií, které se snaží tento proces vysvětlit (Mühlpachr, 2009, s. 27). Bromley (1974, s. 69) zmiňuje dvě základní oblasti teorií. V rámci první skupiny se předpokládá, že buňky těla představují drobné naprogramované počítače, které účinně pracují do konce období reprodukce. Po tomto období pokračuje funkce tohoto programu, avšak ten již nezvládá překonávat vlivy stárnutí, což vede k následným poruchám, infekcím a smrti. Druhá skupina teorií se týká prostředí, ve kterém jedinec žije. Pod náporem vnitřních

vlivů (např. následků nemocí a poruch) a vnějších vlivů (např. zamořeného vzduchu či nákaz) jedinec nakonec podlehne. Zemřít „přirozenou smrtí“ tak dle něj znamená zemřít na některý způsob nenásilné smrti.

Na toto dělení navazuje Troen (2003, s. 7–9), který rozděluje teorie příčin stárnutí na dvě skupiny, a to na teorie stochastické (nahodilé) – stárnutí je způsobené náhodným poškozením životně důležitých molekul, které vede k fyziologickému poklesu spojenému se stárnutím, a teorie nestochastické (deterministické) – neboli také vývojově-genetické teorie, které pokládají stárnutí za geneticky naplánované, řízené kontinuem vývoje. K tomuto dělení připojují Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 21–22) následující příklady jednotlivých teorií.

Teorie stochastické:

- Teorie omylů a katastrof proteosyntézy – souvisí s hromaděním chyb v syntéze proteinů (především v posttranslační fázi).
- Teorie překřížení – dochází k překřížení (znehodnocení) proteinů a dalších makromolekul, čímž je postižena např. také DNA.
- Teorie „opotřebení“ – životně důležité části organismu jsou kumulativně poškozovány.
- Teorie mutační – důsledkem mutace DNA a poruch reparace jsou poškozovány buňky, tkáně, orgány i celé organismy.
- Teorie volných radikálů – v důsledku působení volných, superoxidových radikálů kyslíku dochází k poškození produkce buněčné energie a hromaděni lipofuscinu.
- Teorie spolehlivosti – stárnutí je projevem univerzálního selhávání systému v čase (výskyt poruch, chyb a poškození).

Teorie nestochastické:

- Pacemakerová teorie – některé systémy a orgány jsou označovány jako pacemakery naprogramované na určitou délku života a algoritmus stárnutí (např. hypotalamus).

- Genetická teorie – délka života je pro každý živočišný druh specifická, existuje však společná dispozice spíše k chorobám než k délce života či dlouhověkosti.
- Hayflickova teorie limitovaného počtu buněčných dělení – buňky v těle mají možnost pouze omezeného počtu dělení.
- Existence genů dlouhověkosti či naopak progerie – genetické faktory ovlivňují naději na dožití pouze z 35 %, zbylých 65 % je přiřkládáno faktorům vnějším (např. životnímu stylu, chorobám či úrazům).
- Hledáním „smyslu, potřeby a přínosnosti“ stárnutí – zabývají se studiem vztahu délky života, délky stáří a délky nezbytné péče o potomky.

Baková a kol. (2015, s. 10) doplňují, že v rámci genetické teorie existuje množství důkazů, které podporují myšlenku, že délka života je geneticky podmíněná. Jako příklad můžeme uvést průměrnou délku dožití u různých živočišných druhů, existenci dlouhověkých rodin, vlivy genetické mutace na délku života či syndromy předčasného stárnutí.

1.2.2 Aspekty stárnutí

Jak již bylo zmíněno, proces stárnutí a období stáří jsou spojeny s řadou okolností a změn, které mají vliv na jejich průběh. Vyrovnání se s procesem stárnutí je důležitou podmínkou pro spokojený život. I přesto je však toto období často vnímáno negativně z důvodu existence množství předsudků a mýtů, které se se stářím pojí (Janiš a Skopalová, 2016, s. 51). Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 28) představují trojí podobu stáří a stárnutí, a to:

- Úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní) stáří – zdravotní stav, psychická adaptace i ekonomická situace odpovídají nárokům okolí a umožňují tak spokojenost, seberealizaci a participaci seniora.
- Obvyklé stárnutí a stáří – vzniká nerovnováha mezi funkčním a psychickým stavem seniora, jeho ekonomickou situací a nároky prostředí (to může způsobit nespokojenost, nedostatečnou seberealizaci či participaci).
- Patologické stárnutí – funkční, psychický i ekonomický stav jsou výrazně horší než u vrstevníků a vzniká tak nespokojenost, absence seberealizace i participace.

Podobu stárnutí ovlivňují mnohé aspekty typické pro toto období. Malíková (2011, s. 19–22) rozděluje aspekty stárnutí do tří oblastí, a to podle již zmíněných probíhajících změn v tomto období. Můžeme tak rozlišit aspekty biologické (tělesné a fyziologické změny), aspekty psychologické (biologické změny jsou seniorem negativně prožívány a tím vznikají změny psychologické) a aspekty sociální (týkají se především sociálních kontaktů, snahy dosáhnout integrity a akceptování sebe a svého dosavadního života). Se sociálními aspekty stárnutí se velice úzce pojí téma mýtů a předsudků ohledně stáří. Tomuto tématu se blíže věnuje Haškovcová (2010, s. 42–45). Mezi časté mýty ohledně stáří a stárnutí zakořeněné ve společnosti řadí například mýtus falešných představ (základem spokojenosti jsou výborné či vyhovující materiální podmínky), mýtus zjednodušené demografie (základem je chybné přesvědčení, že se člověk stává starým v den odchodu do důchodu), mýtus homogenity (stáří vnímáme jako homogenní, nevidíme rozdíly v potřebách seniorů), mýtus neužitečného času (důchodci jsou pokládáni za neužitečné, jelikož nejsou v zaměstnaneckém poměru), mýtus o chudobě seniorů a další.

Výše uvedené mýty a mnoho dalších mohou mít za následek negativní vnímání stárnutí a stáří, strach ze ztráty soběstačnosti a snížení tělesných i psychických funkcí a následné obtížné vyrovnávání se s přechodem do tohoto období. Proto je v rámci přípravy na stáří nezbytné, aby si jedinec uvědomoval možnosti, jakými může ovlivnit kvalitu svého života a podpořit svou seberealizaci, samostatnost a schopnost adaptace (Janiš a Skopalová, 2016, s. 52).

1.3 Senior

Pro označení starého člověka lze využít množství pojmů. Kromě pojmu senior se v České republice často vyskytují také označení jako „důchodce“, „geront“ či expresivnější výrazy jako „babička a dědeček“, „stařenka a stařeček“. Ačkoliv si však pod všemi těmito pojmy dokážeme představit cílovou skupinu, o kterou se jedná, může být tato představa značně stereotypní. V anglickém jazyce se termín senior používá pouze zřídka a spíše ve významu služebně starší, zkušenější osoby. Častěji je využíván termín „older people“ případně „elderly“ (Janiš a Skopalová, 2016, s. 52). V České republice se v poslední době upustilo od původně užívaného výrazu „geront“ a aktuálně je nejčastěji využíván termín

„zkušenější“ navržený Evropskou komisí, který se dá také překládat jako „senior“ (Haškovcová, 2010, s. 22).

Další problém nastává dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013, s. 12), chceme-li definovat staršího člověka. Toto definování je složité hlavně z hlediska intraindividuální variability a interindividuálních rozdílů mezi zástupci stejné věkové skupiny. Roli nejčastěji hraje zdravotní stav a společenský aspekt (kdy je jedinec označován za starého). Obecně lze těžko definovat obecné rysy, které by byly typické pro veškeré staré lidi. Siddiqui, Mohammad a Manzoor (2016, s. 597) však uvádějí, že u většiny starších lidí se dají očekávat následující znaky:

- ztráta statusu a nejistota osobní hodnoty;
- nejistota zapříčiněná pocitem neschopnosti plnit životní podmínky;
- obava o zdraví;
- obtížné přizpůsobení se přechodu z pracovní rutiny do rutiny důchodové;
- neschopnost nalézt cestu k sebeuspokojení;
- obtížnost zvládat stres, tvořený sociálními změnami a nízkou motivací k sociální účasti.

Také Vidovičová a Rabušic (In: Sýkorová, 2007, s. 48) uvádějí přehled faktorů, které mohou ovlivnit vnímání jedince jako starého. Mezi tyto faktory patří sestupně dle četnosti odpovědí fyzický stav, věk, ztráta duševní svěžesti, ztráta autonomie, potíže přizpůsobovat se změnám, odchod do důchodu, potíže s řešením problémů a narození vnoučete. Zaidi (2008, s. 28) předkládá tři možnosti, jak definovat starého člověka. Subjektivní definice se zaměřuje na hodnocení jednotlivců, jejich zdravotního stavu a aktivity na trhu práce. Funkční definice používá objektivní informace o fungování lidí (stav trhu práce, pobírání důchodů, fyzická a duševní kondice jednotlivců). Třetí možností je definování starého člověka podle chronologického věku (kdy má jedinec nárok na pobírání starobního důchodu), který je stanoven na 65 let. Kalendářní (chronologický) věk je využíván pro určení starého člověka také Světovou zdravotnickou organizací (WHO), která stanovila hraniční věk na 65 let.

1.4 Gerontagogika

Tento pojem poprvé použil jako první Otto Friedrich Bollnow v roce 1962 a jedná se o spojení dvou řeckých slov géron = stařec a agein, agore = vést, vedení (Průcha a Veteška, 2014). V rámci oblasti vzdělávání seniorů však není gerontagogika jediným užívaným pojmem. Existuje množství dalších pojmů, které jsou odborníky využívány. Dalšími užívanými pojmy může být dle Petřkové a Čornaničové (2004, s. 15) například gerontapedagogika (Livečka, Mühlpachr) či geragogika (Švec, Čornaničová). Špatenková a Smékalová (2015, s. 18) dále uvádějí pojmy gerontogogika (Kalvach a kol.), vzdělávací gerontologie (Schulz, Wojciechovski) nebo často využívaný pojem vzdělávání seniorů (Eirmbter, Gronemeyer). Veteška (2017, s. 39) dále uvádí také pojem edukační gerontologie, který se začíná užívat v zahraniční literatuře v 70. letech 20. století.

Kromě různosti pojmů označujících edukaci seniorů je třeba také dávat pozor na záměnu s pojmy podobnými, avšak obsahově odlišnými. Mezi tyto pojmy můžeme zařadit například gerontologii – pojem označující multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří či geriatrii – lékařský obor zaměřený na zachování a obnovu soběstačnosti ve stáří (Mühlpachr, 2009, s. 10–11). S gerontagogikou také dále úzce souvisí další gerontologické vědy jako například gerontopsychologie či gerontosociologie (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 18).

1.4.1 Vymezení pojmu

Gerontagogika může být vykládána různými způsoby podle toho, z jakého úhlu pohledu na ni nahlížíme. Obecně však může být chápána buď jako oblast společenské činnosti, teoretická disciplína či jako studijní obor, jež se zabývá vzděláváním, edukací a péčí o seniory. Zaměřuje se především na enkulturaci, socializaci, resocializaci a edukaci seniorů (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 19). Veteška (2016, s. 155) uvádí, že se jedná o aplikovanou vědní disciplínu, jež se zaměřuje především na výchovu a vzdělávání ke stáří a stárnutí prostřednictvím aktivizace, animace a edukace. Má širokou základnu teorie a praxe, která je zaměřena na intencionální edukační působení ve stáří, přičemž zohledňuje veškerá biologická, psychologická i sociální hlediska procesu učení.

Existuje rozdělení na užší a širší pojetí gerontagogiky. V užším pojetí se jedná o disciplínu, která se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů. Tento pojem je tak chápán

jako součást zastřešujícího pojmu antropopedagogika, v jehož rámci je zahrnuta také pedagogika a andragogika. V širším pojetí pak může být brána jako disciplína zajišťující komplexní péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb (Mühlpachr, 2009, s. 11). Veteška (2016, s. 157) doplňuje, že součástí gerontagogiky je také poradenství, které se zabývá především životní pomocí, sociálně-právním poradenstvím, krizovou intervencí apod. V souvislosti s cílovou skupinou se dá gerontagogika také pojmout buď z nejširšího hlediska, kdy se zaměřuje nejen na seniory, ale také na dospělé v produktivním věku a děti v rámci tzv. mezigeneračního učení, nebo z hlediska užšího, ve kterém je edukace zaměřena pouze na seniory (Průcha a Veteška, 2014).

Benešová (2014, s. 15) vymezuje gerontagogiku jako aplikovanou vědní subdisciplínu andragogiky, jejímž zaměřením je vzdělávání, výchova a péče o seniory, příprava na stáří a mimo jiné také mezigenerační vztahy. Její nejdůležitější funkcí je funkce posilovací, jež má přispět k rozvoji zájmů, schopností a potřeb starého člověka. Také Palán (2002, s. 69) definuje gerontagogiku jako součást andragogiky, která se blíže věnuje nauce o vzdělávání starších lidí a též výchově ve stáří a pro stáří.

1.4.2 Zdroje gerontagogiky

Stejně jako jiné vědní disciplíny má gerontagogika zdroje, ze kterých vychází. Petřková a Čornaničová (2004, s. 21) řadí mezi základní zdroje gerontagogiky vědy o výchově a vědy gerontologické. Jakožto součást andragogiky můžeme gerontagogiku primárně řadit do systému věd o výchově, a to především proto, že jejím předmětem je vzdělávání a výchova. Zároveň také čerpá gerontagogika z jiných věd zahrnutých do tohoto systému, a to například z celoživotního vzdělávání či didaktiky. Systém gerontologických věd pak poskytuje gerontagogice poznatky o stáří a procesech stárnutí. Veteška (2016, s. 157) doplňuje, že další vědní disciplínou, se kterou se gerontagogika úzce pojí, je sociální andragogika, která se zabývá oblastí sociální péče, prevence a osvěty.

Mezi další vědní disciplíny, ze kterých gerontagogika čerpá, patří dle Benešové (2014, s. 14) například následující:

- Filozofie (výchovy, sociální a antropologická) – reflektování kvality života a smrti, principy důstojnosti apod.

- Psychologie (vývojová, pedagogická a sociální) – determinace psychického vývoje seniorů, problematika poznávacích funkcí v tomto období, schopnost vyrovnávat se s podmínkami.
- Sociologie (obecná a demografická) – ageismus (věková diskriminace), sociální role, otázka zabezpečení stáří.
- Politologie – politická a sociální rozhodnutí, která se týkají seniorů.
- Demografie – statistiky, demografické analýzy, přehled demografického vývoje.

Špatenková a Smékalová (2015, s. 24) upozorňují, že kromě výše uvedených věd se gerontagogika opírá také o poznatky z dalších oborů jako například pedagogiky, ekonomie, lékařských věd a práva.

Problematiku seniorů můžeme všeobecně označit za multidisciplinární, jelikož je vnímána jako problém mnoha různých oborů (medicíny, andragogiky, ekonomiky apod.), mezi které nesporně patří také gerontagogika. Ta je sice prozatím vnímána jako věda nová, teprve se vyvíjející, ale postupně dochází k zavádění její terminologie do teorie i praxe (Mühlpachr, 2009, s. 15). Špatenková a Smékalová (2015, s. 20) upozorňují, že ačkoliv hlavními zdroji gerontagogiky jsou pedagogika a andragogika, je vhodné tyto vědy od sebe odlišovat. Pedagogika je zaměřena na mladší věkové kategorie a andragogika na nezávislé dospělé studenty, kteří chtějí dosáhnout vlastních edukačních cílů. Oproti tomu gerontagogika, ačkoliv z těchto věd vychází, se zaměřuje na seniory, kteří na rozdíl od dospělých nemusí být úplně nezávislí a nemusí mít ani vlastní vzdělávací cíle či motivaci.

1.5 Domov pro seniory

Dalším pojmem, kterému je třeba věnovat pozornost, je domov pro seniory. Jedná se o jedno z typických pobytových zařízení, kde se poskytují služby osobám se sníženou soběstačností (především z důvodu věku), které zpravidla vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 65). Dle § 32–35 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je domov pro seniory řazen mezi sociální služby pobytové, konkrétně je označen jako zařízení sociálních služeb. Podle tohoto zákona by měl poskytovat například služby jako pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytování stravy, základní sociální poradenství, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a mnoho dalšího. Zřizovatelem takového zařízení jakožto poskytovatele sociálních služeb může být dle § 6

tohoto zákona územní samosprávný celek, právnická osoba zřízena územním samosprávním celkem, další právnická osoba, fyzická osoba, ministerstvo či státní příspěvková organizace.

Domov pro seniory je určen pro občany, kteří se dostali do sociálně nepříznivé situace, kterou může být například ztráta schopnosti pečovat o sebe, závažné zdravotní potíže, potíže psychologického rázu aj. Se ztrátou schopnosti péče o vlastní osobu souvisí často další potíže. Může se jednat o absenci někoho, kdo by se o seniora postaral, nedostupnost zdravotní péče, osamělost, ztráta sociálních vazeb, nevyhovující podmínky bydlení, špatná sociální situace a další (MSK, 2020). Draganová a kol. (2006, s. 86) uvádí, že domov pro seniory (domov důchodcov) poskytuje služby v případě, že není možné občanovi poskytnout jinou službu, která by dostatečně řešila jeho nepříznivou situaci. Tato služba tak může být poskytnuta osobě, která pobírá starobní důchod, má nepříznivý zdravotní stav, který rodina není schopna řešit, či z jiných vážných důvodů. Domov pro seniory pak klientovi poskytuje zejména:

- nevyhnutelnou péči (ubytování, stravování...);
- další péči (poradenství, kulturní činnosti...);
- osobní vybavení;
- podporu účasti na společenském životě;
- úschovu cenných věcí.

Existuje také mnoho dalších zařízení, která mohou být kromě domova pro seniory řešením nepříznivé situace seniora. Mezi taková zařízení můžeme řadit například domovy s pečovatelskou službou, domovy se zvláštním režimem či domovy pro osoby se zdravotním postižením (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 64–45).

1.6 Koronavirová krize

Posledním důležitým pojmem, který je třeba definovat, je koronavirová krize. V posledních měsících čelí Česká republika stejně jako zbytek světa bezprecedentní události. Ke konci roku 2019 se poprvé objevil v čínském městě Wu-chan výskyt zápalu plic neznámého původu. V následujících měsících byl tento nový typ koronaviru nazván COVID-19 nebo také SARS CoV-2 a došlo k jeho postupnému šíření do dalších zemí světa. Dne 30.ledna 2020 byla Světovou zdravotnickou organizací (WHO) vyhlášena tzv.

„naléhavá situace v oblasti veřejného zdraví mezinárodního významu“ (public health emergency of international concern – PHEIC) po druhém zasedání Nouzového výboru (WHO, 2020). Takováto situace je definována Mezinárodním zdravotním řádem (IHR) jako mimořádná událost, která vznikla náhle či neočekávaně a která může mít důsledky pro veřejné zdraví i mimo stát, ve kterém tato situace nastala. Zároveň její řešení může vyžadovat koordinovanou mezinárodní reakci (WHO, 2019).

Postupně se nákaza COVID-19 rozšířila do celého světa a od 11.března je považována Světovou zdravotnickou organizací za pandemii. Jedná se tak po dlouhé době o první epidemii, při které došlo k nákaze velké skupiny lidí na rozsáhlém území, v různých částech světa, zemích a kontinentech, a to v určitém časovém období (Rozsypal, 2020, online). Tato pandemie postupně nabírala na své závažnosti a postupem času začala být vnímána jako globální zdravotní krize a jedna z největších výzev, které lidstvo čelilo od druhé světové války. Tato pandemie však nezpůsobila pouze zdravotní krizi, ale její dopady se podepsaly na všechny oblasti lidského života. Můžeme tak mluvit o zdravotní a socioekonomické krizi celosvětového rozměru (UNDP, online). K únoru 2021 je dle systému COVID-19 Dashboard (online) vytvořeného Centrem pro systémovou vědu a inženýrství na Univerzitě Johnse Hopkinse celosvětově evidováno přes 110,5 milionu aktivních nakažených a téměř 2,5 milionu mrtvých.

V České republice byly první případy nakažených evidovány 1. 3. 2020. Od tohoto data se postupně navyšoval denní přírůstek nakažených a později dosáhl až přes hranici 10 000 nakažených za den (onemocneni-aktualne.mzcr.cz). Česká vláda tak postupně musela začít vydávat opatření, kterými se snažila postupně zamezit šíření nákazy. Aktuálně se tato opatření týkají všech oblastí běžného života jako kultury, maloobchodu a služeb, restaurací, pohybu venku, zaměstnání či cestování. Mimo jiné se však opatření dotýkají také vzdělávání a volnočasových aktivit a poskytovatelů sociálních služeb, mezi které patří také domovy pro seniory (Covid portál – Ministerstvo vnitra).

2 Kvalita života seniorů

Kvalita života je jedním z klíčových témat týkajících se oblasti práce se seniory. Obzvláště v seniorském věku je totiž nutné dbát nejen na udržování kvality života a podporu aktivního stáří, ale pomocí preventivních opatření také minimalizovat riziko jejího poklesu. Janiš a Skopalová (2016, s. 53) uvádějí, že kvalita života je důležitá pro každého z nás, avšak u seniorů s přibývajícími zdravotními i dalšími problémy nabývá na ještě větším významu. Všechna omezení vyplývající z postupného stárnutí mohou být příčinou ke změnám životních hodnot a snížení kvality života. Právě proto je nutné dbát také ve stáří na její udržování.

Švehlíková a Heretik (2008, s. 195) upozorňují, že doposud nebyl přijatý žádný souhrnný koncept, který by vysvětloval, co to kvalita života vlastně je. I přesto je však tato oblast hojně zkoumána odborníky a vzniká tak velké množství definic popisujících tento pojem v různých úrovních. Z psychologického hlediska lze však říct, že kvalitu života můžeme chápat jako subjektivně prožívanou životní hodnotu a spokojenost s vlastním životem. V rámci tohoto pojetí pak můžeme zjišťovat jednotlivé faktory, které ke spokojenosti jedince přispívají. K tomuto názoru se přiklání také Draganová a kol. (2006, s. 128), která popisuje kvalitu života seniorů jakožto: „*souhrn objektivních a subjektivních posouditelných činností a vjemů člověka v jeho každodenním životě a ve společenských vztazích.*“ Dále uvádí, že kvalitu života ovlivňuje velké množství faktorů, mezi něž řadí objektivní faktory (např. fyzický a emocionální stav, kognitivní funkce...), subjektivní faktory (např. morální faktory, spokojenost se životem, sebeúcta...) a vnější faktory (např. bydlení, prostředí, sociální síť a podpora...). Také Dragomirecká a Šelepová (2004, s. 92) uvádí, že existuje velké množství psychologických a sociálních faktorů, které ovlivňují kvalitu života seniorů. Tu můžeme dle nich chápat jako synonymum schopnosti vést nezávislý život, přičemž největší pozornost je věnována schopnosti seniora provádět každodenní činnosti.

Dle dotazníků vytvořených Světovou zdravotnickou organizací (WHO) existuje pět oblastí hlavních indikátorů kvality života, a to tělesné zdraví, psychické zdraví, míra nezávislosti, sociální vztahy a okolní faktory a prostředí (Žáčková, 2012, s. 44). V seniorském věku je s přibývajícími fyzickými i psychickými obtížemi problematické

zajistit kvalitu života. Její úroveň se v průběhu života neustále mění, a to v závislosti na působení množství faktorů sociálních, společenských či kulturních. Nicméně k udržení kvality může přispět především identifikace a uspokojování individuálních potřeb jedince (Janiš a Skopalová, 2016, s. 53). Také Příbyl (2015, s. 49) se přiklání k názoru, že kvalita života je ovlivněna rozličnými faktory, jako jsou například kvalita sociálních kontaktů, dostupnost zdravotní péče, kvalitní bydlení, dostupnost dopravy, nabídka služeb či informovanost o dění v okolí. Mimo to je však základem kvality života dostatečná míra uspokojení potřeb.

2.1 Potřeby ve stáří

Uspokojování potřeb je jedním z hlavních předpokladů kvality života seniora. V rámci této problematiky je však nutné nejprve objasnit, jaké potřeby senioři mají, jak se tyto potřeby liší od těch v předchozích životních fázích a kdo tyto potřeby uspokojuje (Nešporová, Svobodová a Vidovcová, 2008, s. 26). Nejdůležitějším faktorem při dosahování spokojenosti v seniorském věku je správná identifikace a včasné uspokojení potřeb seniora. Potřebou můžeme rozumět projev nedostatku, který je nutné odstranit. Pokud nedojde k včasnému odstranění nedostatku, tudíž není uspokojena potřeba, může být ovlivněna psychická činnost jedince (vnímání, pozornost...), což se může projevit i změnami v chování jedince (Příbyl, 2015, s. 31).

V první řadě je důležité zmínit, že i ve stáří je třeba respektovat veškeré základní potřeby člověka. Nejznámějším modelem potřeb je pyramida potřeb Maslowa (In: Zavázalová a kol., 2001, s. 77), která obsahuje 5 základních oblastí potřeb. Jedná se o potřeby:

- 1) fyziologické,
- 2) bezpečí,
- 3) sociální,
- 4) autonomie (ve smyslu svobody),
- 5) seberealizace a sebenaplnění.

Mimo tyto základní potřeby však existuje také řada specifických potřeb, které se vyskytují v seniorském věku. Vágnerová (2007, s. 344–347) uvádí, že v období stáří dochází

k mnohým změnám v potřebách jedince, a to jak v psychologické, tak i biologické oblasti. Zároveň se také mění význam některých potřeb a upřednostňovaný způsob jejich saturace. Do základní skupiny potřeb v seniorském věku pak řadí tyto potřeby:

- stimulace a otevřenosti novým zkušenostem;
- sociálního kontaktu;
- citové jistoty a bezpečí;
- seberealizace;
- otevřené budoucnosti a naděje.

Klevetová (2017, s. 68–85) se pak dále blíže věnuje dalšímu možnému dělení potřeb v seniorském věku, mezi něž řadí potřebu stimulace správnými podněty, potřebu smysluplného světa, potřebu jistoty sociální role a pozice ve společnosti, potřebu identity a uznávání vlastního „já“ sebou i druhými a potřebu otevřené budoucnosti (naděje a perspektivy). V souvislosti s potřebami seniorů pak také zmiňuje model vývojových potřeb podle Alberta Pessa a Diany Boydenové (PBSP – Pessa-Boyden Systém Psychomotor), kteří mezi potřeby seniorů řadí také potřebu místa, bezpečí a ochrany, podpory, výživy a péče, hranic a limitů. Také Chloubová (2005, s. 14) uvádí, že ve stáří dochází ke změnám v potřebách jedince v tělesné i psychosociální oblasti. Zmiňuje i další oblasti potřeb, a to potřeby vztahové, sebepojetí a existenciální. Mezi konkrétní existenciální potřeby (potřeby bezpečí a jistot) seniorů pak řadí zdraví, soběstačnost, jistotu ekonomickou i sociální, potřebu pomoci a péče, informací a podnětů, důvěry a víry, potřebu řádu a pořádku.

Důležité je uvědomit si také skutečnost, že existuje také řada bariér, které seniorovi znesnadňují či značně omezují možnost uspokojování vlastních potřeb. Příbyl (2015, s. 46) zmiňuje jako nejčastější typy bariér následující:

- Osobní bariéry – ostych a obava ze zklamání.
- Psychické bariéry – neschopnost přijmout pomoc (problém může být i v antipatii či sympatii).
- Jazykové bariéry – problém v komunikaci potřeby, komunikační šum, nevhodná volba slov.

- Fyziologická bariéra – může být následkem tělesného diskomfortu.
- Bariéra prostředí – nepříznivé prostředí, fyziologické problémy v prostředí (např. chlad).
- Nepochopení sdělovanému – problémy s nedoslýchavostí, stud zeptat se znovu.

Teorie potřeb, kterou je kvalita života značně ovlivněna, se úzce pojí také s teorií motivace. Jedince totiž ke konkrétním činnostem motivují právě potřeby. Kvalita života se dále pojí nejen s potřebami jedince, ale také s jeho hodnotami a individuálními hodnotovými žebříčky (Vážanský, 2010, s. 20). Jak již bylo řečeno, včasná a dostatečná saturace potřeb přispívá ke zvýšení kvality života. Aby bylo možné dosáhnout spokojenosti ve stáří, je třeba také podporovat aktivní stárnutí, které umožňuje prevenci nedostatečného uspokojení potřeb a přispívá tak ke zkvalitnění životní úrovně seniora.

2.2 Podpora aktivního stárnutí

Ve stáří dochází k mnohým změnám, které ovlivňují ekonomické zázemí seniorů, zužují množství sociálních kontaktů, mění dříve fungující životní stereotypy a mohou způsobovat osamělost a izolaci. Tomuto stavu je potřeba předcházet pomocí prevence ve formě aktivního zapojení se do sociálního a veřejného života a aktivního využití dříve získaných schopností a zkušeností. To může přispět k vlastní spokojenosti seniora, pocitu úspěšnosti a prospěšnosti (Zavázalová a kol., 2001, s. 44). Janiš a Skopalová (2016, s. 60) definují pojem aktivní stárnutí jako: „...*pozitivní vzestupný přístup ke stárnutí a starým lidem. Zakládá se na principech solidarity, respektu k individualitě a jedinečnosti.*“ Zároveň uvádí, že jeho hlavním cílem je zajistit vysokou úroveň kvality života seniorů a podpořit mezigenerační vztahy. Na důležitost aktivity v seniorském věku z psychologického hlediska poukazuje také Šimčíková – Čížková a kol. (2003, s. 147). Aktivita a zájem o konkrétní činnosti podle ní příznivě působí na fyzickou i psychickou oblast v životě seniora. Mimo jiné také přispívá k navazování vztahů s okolím a napomáhá tak k prevenci pocitu osamění, odbourává sklony k pocitům beznaděje a izolace a zvyšuje sociální status seniora ve společnosti.

V aktivním zapojení seniorů do společenského a veřejného života hraje značnou roli motivace. V souvislosti konkrétně s pohybovou aktivitou uvádí Štílec (2004, s. 24) tři

základní typy otázek, co limituje, či naopak podporuje seniory v aktivním životním stylu (tyto otázky jsou relevantní i v ostatních oblastech aktivit). Jedná se o následující otázky:

- 1) Co motivuje starší generaci k pohybovým (či jiným) aktivitám?
 - a. okruh přátel,
 - b. doporučení lékaře,
 - c. příklad v rodinném prostředí.
- 2) Jaké mají senioři bariéry, které jim brání být aktivnější?
 - a. osobnostní faktory – fyzické (nemoc, zdatnost...), psychické (pohodlnost, nedostatečný pocit kladného prožitku...),
 - b. faktory blízkého okolí – sociální (nepochopení okolí, zesměšňování...), ekologické (špatná doprava, nedostatek času...).
- 3) Jaké jsou nejčastější důvody zanechání pohybových aktivit?
 - a. zdravotní objektivní (lékařsky ověřitelné),
 - b. zdravotní subjektivní (únava, výmluvy, nezájem...),
 - c. osobní rozhodnutí (jiné osobní důvody, např. péče o člena rodiny...).

Mimo bariéry a různorodé motivující faktory existuje také množství dalších významných faktorů, které ovlivňují aktivní stárnutí a stáří seniora. Tyto faktory můžeme rozdělit podle různých hledisek na faktory z individuálního pohledu, z pohledu předchozích životních zkušeností (v mezilidských vztazích), celkového zdravotního stavu, ideologického klimatu, pracovního trhu, vzdělávání, z inter-individuálního pohledu či z pohledu zkoumání faktorů, které mohou aktivní prožití stáří ovlivnit (Janiš a Skopalová, 2016, s. 60). Holczerová a Dvořáčková (2013, s. 24) jmenují 4 dimenze, které mohou rozhodovat o míře aktivity seniora ve stáří. Jedná se o společenskou atmosféru, zdravotní stav, individualitu člověka a dostupnost možností k aktivnímu zapojení do společenského života. Zároveň popisují aktivní stárnutí jako způsob života, v němž jsou omezeny, či se neprojevují důsledky zhoršeného zdravotního stavu, menších ekonomických a finančních možností seniorů a úbytku sociálních vztahů.

Problematikou aktivního stárnutí se zabývá také evropský dokument Index aktivního stárnutí nebo také AAI (Active Ageing Index), který vznikl pod záštitou UENCE (Evropskou hospodářskou komisí OSN) v roce 2018. Tento dokument popisuje aktivní stárnutí jako

příležitost seniora k účasti na trhu práce i na jiných neplacených produktivních aktivitách (např. dobrovolnictví či péči o rodinu). Zároveň je podmínkou, že má stárnoucí jedinec možnost žít zdravý, nezávislý a bezpečný život (prezentace Active Ageing Index, 2015). AAI má za cíl poskytovat spolehlivou základnu důkazů o aktivním stárnutí pomocí měření míry realizace potencionálu starších osob. V tomto indexu je aktivní stáří popisováno ve 4 různých oblastech. Jedná se o oblasti: 1) zaměstnanost, 2) participace ve společnosti, 3) nezávislý a zabezpečený život a za 4) kapacita pro aktivní a zdravé stárnutí a podpůrné prostředí (UNECE, 2018, s. 6).

V českém prostředí pak můžeme zmínit dokument Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019–2025 (MPSV ČR, 2019), který navazuje na Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013–2017. Strategie 2019–2025 mají být vodítkem, jak reagovat na problémy, které se týkají dnešních seniorů a zároveň má formulovat opatření pro přípravu na stárnutí populace a společnosti jako celku. Tento dokument (2019, s. 19) popisuje aktivní stáří jako: *„přetrvávající participaci na společenském, ekonomickém, kulturním, duchovním i občanském dění.“* Svou roli přitom může hrát dobrovolnictví, účast na seniorských hnutích, v klubech seniorů či dalších zájmových organizacích. Zároveň je aktivní stáří popisováno jakožto jeden z deseti bodů přípravy na stárnutí společnosti.

3 Postoj společnosti ke stáří

Jak již bylo zmíněno, stárnutí a stáří je společností vnímáno spíše negativně, jelikož se jedná o období velkého množství změn ve všech oblastech života jedince. Zároveň je toto období spojováno s obavami ze ztráty důstojnosti, respektu, soběstačnosti, sociálních kontaktů a společenského postavení. Tyto obavy však nemusejí být opodstatněné, jelikož výše uvedené negativní projevy jsou závislé na konkrétním průběhu stárnutí každého z nás (Malíková, 2011, s. 14). Všechny tyto obavy a důsledky stárnutí mohou vyvolat negativní smýšlení jak o vlastním stáří každého z nás, tak i všeobecně o lidech v seniorském věku. Stáří nebylo výhradně pozitivně vnímáno ani v historii. I v dřívějších dobách musela starší generace o úctu ostatních usilovat. Vnímání stáří se již od těchto dob dalo rozdělit na dva proudy. V prvním proudu byli lidé, kteří vnímali stáří s úctou a staré lidi považovali za moudré, laskavé a trpělivé. Těmito lidmi byla starší generace respektována a ctěna. V druhém proudu se pak daleko více projevovalo negativní vnímání stáří, které bylo spojováno s nemocemi, hrůzou a strádáním. V dnešní době převládá spíše proud druhý, stáří a staří lidé jsou odmítáni a často tento postoj přerůstá až v boj proti starší generaci (Haškovcová, 2010, s. 34).

Pichaud a Thereau (1998, s. 23–24) upozorňují, že stáří může být negativně vnímáno také vlivem knih a časopisů věnujících se tematice seniorského věku. Často v nich bývají užity negativně laděné výrazy jako například zhoršení, ztráta, poškození či poruchy. To může způsobit, že je stáří mladší generací vnímáno jako nešťastné a pochmurné, než aby na něj bylo nahlíženo jako na období nových příležitostí rozvoje a nových možností. Z výsledků dotazníku s názvem „Co víme a co si myslíme o stáří“ vyplývá, že názory na stáří jsou ovlivněny negativními stereotypy. Odpovědi na otázku, jaké vlastnosti jsou přisuzovány starým lidem, byly rozčleněny do následujících tří skupin dle četnosti odpovědí:

- 60 % a více respondentů odpovědělo: zapomětlivý, pomalý, tvrdohlavý, mrzutý, opatrný, zmatený.
- 40–59 % respondentů odpovědělo: moralizující, moudrý, zvědavý, zahořklý, citlivý, skeptický.
- 25 % a více respondentů odpovědělo: konzervativní, podivínský, vznětlivý, šetrný (Petřeková, 2004, s. 73).

Sak a Kolesárová (2012, s. 29–30) uvádí, že vnímání stáří a starší populace se může lišit s věkem a vzděláním jednotlivců z mladší generace. Z výzkumu názorů a postojů české populace k seniorům vyplývá, že negativně a s obavami je stáří vnímáno 12 % dotázaných, z toho pouze 3 % jsou vysokoškolsky vzdělaní jedinci. Naopak výhradně pozitivní postoj ke stáří zaujímá 16 % dotázaných, přičemž jejich počet stoupá s věkem a dosaženým vzděláním. Výzkum také poukazuje na kladné stránky stárnutí. Dotázaní uvedli, že si se stářím spojují volný čas (56 %), aktivity, zájmy a koníčky (23 %), odpočinek, relaxaci (15 %) či trávení času s rodinou a vnoučaty (11 %). V otázce vnímání seniorů a seniorského věku je nejdůležitějším faktorem to, jaké představy jsme si o této fázi života vytvořili. Pokud jsou naše představy negativní, všímáme si u starého člověka pouze negativních stránek a náš přístup ke starým lidem bude takto laděným smyšlením poznamenán. Naopak pokud budeme schopni hledat na starší generaci také pozitivní stránky, budeme více otevřeni spolupráci, společnému dialogu a pomoci (Pichaud a Thereau, 1998, s. 25).

3.1 Postavení seniora ve společnosti

Postavení jedince ve společnosti je dáno třemi základními faktory, a to sociální pozicí (postavení jedince ve společnosti), sociálním statusem (soubor práv a povinností a úroveň prestiže v určité skupině lidí) a sociální rolí (očekávané chování v rámci skupiny lidí). V seniorském věku se jedinec potýká s úbytkem prestiže v rámci společnosti a zároveň v tomto období dochází k úbytku sociálních pozic a rolí, které zastává. To může vést k izolaci seniora a jeho pocitu osamění. Pro seniora je důležité, jak vnímá sám sebe v rámci společnosti a jak je vnímán svým okolím (Draganová a kol., 2006, s. 124–125). S problémem úbytku prestiže značně souvisí odchod seniora do důchodu a ztráta role zaměstnaného člověka. S ukončením profesní dráhy je totiž spojeno snížení autority a společenské prestiže a senior se tak stává v očích společnosti méněcenný, méněhodnotný či dokonce zbytečný (Jarošová, 2006, s. 29).

Odchod do důchodu a ztráta sociálních kontaktů může způsobit, že senior začne žít osaměle a dochází k jeho izolaci od společnosti. Tomu by měla společnost předcházet, jelikož úkolem každé vyspělé společnosti by měla být naopak integrace takto ohrožených skupin. S touto problematikou úzce souvisí také problém nabídky pracovních míst pro seniory. Ačkoliv totiž jedinec odejde do důchodu, nemusí to nutně znamenat konec jeho

profesní kariéry. Společnost by tak měla být schopna poskytnout seniorům dostatek pracovních míst a rozšiřovat nabídku možností pro rozvoj jejich aktivního života (Schmeidler, 2009, s. 27–28). Problematika uplatnitelnosti seniora na trhu práce může mít vliv na smýšlení mladších generací o stáří a starých lidech. Haškovcová (2002, s. 26) upozorňuje na fakt, že v současné době je ideálem tzv. „člověk úspěchu“. To může způsobit značný odklon od starší generace, která již není schopna být plně (zvláště ekonomicky) úspěšná. Negativně také působí na uplatnitelnost této generace aktuální situace na trhu práce, kde jsou preferováni mladí uchazeči, kteří ovládají PC, angličtinu a jsou plně flexibilní. Veškeré tyto problémy přispívají k tomu, že nedochází k podpoře mezigenerační solidarity a senioři se ve společnosti necítí dobře.

Tota (2016, s. 11) v souvislosti s touto problematikou zmiňuje, že jedním z hlavních předpokladů spokojeného života ve stáří je ekonomické zabezpečení. Senior si však není ve většině případů schopen tuto potřebu zajistit sám, a proto tato povinnost připadá na společnost a mladší generaci. Na postavení seniorů ve společnosti a to, jakým způsobem je společnost vnímá, mají značný vliv také média. Haškovcová (2010, s. 48) uvádí, že právě problematika důchodových reforem a současný důchodový systém je jedním z hlavních témat rozebíraných médii. Vzbuzování obav o finanční zajištění v důchodovém věku tak může způsobovat negativní náhled na staré lidi a ti se naopak mohou cítit jako zátěž pro ekonomicky aktivní občany. Také problémy vysokých výdajů na zdravotní péči o seniory a zaměstnávání starších lidí v souvislosti s nedostatkem pracovních míst na trhu práce jsou v médiích často řešeny. Toto všechno může vést ke značnému úbytku solidarity k seniorům. Holmerová, Jurašková a Zikmundová (2007, s. 23) k tomuto tématu doplňují, že senioři vnímají postoj médií k sobě značně citlivě a v některých případech může být tento postoj označen jako forma špatného zacházení. Právě proto by se měla média snažit poskytovat informace týkající se seniorů v souladu s doporučeními Organizace spojených národů. Zároveň by měla být podporována osvěta široké veřejnosti o otázkách souvisejících s tématem stárnutí populace. Stáří by tak mělo být prezentováno jako přirozená součást života a měla by se podporovat jeho pozitivní image.

Malíková (2011, s. 35) upozorňuje, že se senioři stávají terčem posměšků a ironizování také například v reklamách, kde většinou znázorňují špatný příklad. Největší problém však

vidí v tom, že v souvislosti s devalvujícími postoji ke stáří se věková hranice stále oboustranně snižuje. Postupně se čím dál mladší lidé vysmívají starým a zároveň se snižuje věková hranice, kdy je jedinec vnímán jako starý a stává se tak terčem tohoto posměchu. Klevetová (2017, s. 16) také spatřuje problém v mediální prezentaci starší generace, a to především v reklamách, které pokrývají pohled na starší lidi. Mimo jiné také upozorňuje, že právě kvůli těmto vlivům vznikla velká řada předsudků, mýtů a negativních představ o stáří. Mezi další autory, kteří vnímají masmédia jako možný zdroj znehodnocování stáří, je Příbyl (2015, s. 27). Ten zastává názor, že masmédia vštěpují mladší generaci kult mladého, úspěšného, zdravého jedince, který nepotřebuje moudrost starších lidí, jelikož informace od starší generace jsou zastaralé. Senioři jsou pak daleko více vnímáni společností jako přítěž či jsou odmítáni. Tento postoj se v průběhu času změnil na otevřený boj proti seniorům a podpořil tak šíření předsudků, mýtů a stereotypů o seniorech.

3.2 Ageismus

S problematikou postavení seniora ve společnosti a celkového vnímání starších lidí souvisí již dříve zmíněné předsudky, stereotypy a mýty o seniorech. Malíková (2017, s. 16) mezi tyto mýty řadí například názory, že: „...*stáří je ekonomická zátěž; staří lidé jsou všichni stejní; staří nemají, čím by naši společnosti mohli přispět; stáří je nemoc.*“ Mimo tyto mýty zmiňuje také samotný pojem ageismus, jenž popisuje jako diskriminaci na základě věku, která mimo jiné zahrnuje negativní představy o stáří. Také v České republice je tento problém značně rozšířený a je třeba mu věnovat pozornost. Ageismus se zde stává po rasismu a sexismu velice diskutovaným tématem. Tento typ diskriminace je velice specifický tím, že každý může být jeho obětí, neboť se jedná o systematickou stereotypizaci a diskriminaci jedinců na základě jejich (obvykle vyššího) věku (Schmeidler, 2009, s. 28).

Pojem ageismus je odvozen od anglického slova age, které v překladu znamená věk či stáří. Tento pojem pak zahrnuje předsudky vůči stáří a jako první jej použil Robert Butler v roce 1969. Dříve byl chápán spíše jako diskriminace na základě věku, v dnešní době je však chápán v širším pojetí jako předsudky a negativní představy o seniorech společně s projevy diskriminace (Tošnerová, 2002, s. 6). Pokorná (2010, s. 69) uvádí, že jednotná definice pro tento pojem neexistuje. Jedná se totiž o vysoce komplexní koncept současné vědy i praxe v oblasti sociologie, psychologie i politiky. Tento pojem popisuje jako

diskriminaci na základě věku, která předpokládá rozdílné charakteristiky a společenské a lidské hodnoty jednotlivých zástupců konkrétní věkové kategorie či generace. Také Příbyl (2015, s. 27) upozorňuje na existenci velkého množství definic, popisujících tento pojem. Nejčastěji je však podle něj tento pojem vysvětlován jako: „...*postoj a projevy nepřijemného podvědomého pocitu vůči stáří, chorobám, bezmoci, smrti. Stáří je vnímáno jako nekompetentní, což se projevuje podceňováním, odmítáním až odporem ke starým lidem.*“

Nedoceňování starších lidí a projevy neúcty k nim nejsou však pouze problémem dnešní doby. Již dříve se společnost potýkala s negativními postoji vůči seniorům. Dnes však mladší generace dochází k závěru, že názory starších lidí nemají takovou váhu jako například u střední generace. Ageismus se u různých lidí projevuje odlišně, u některých latentně, u jiných zcela otevřeně. Můžeme se dokonce setkat s projevy ageismu přímo u samotných seniorů (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 51). Pokorná (2010, s. 72) poukazuje na fakt, že ageismus se dá rozdělit do několika skupin. První klasifikace dělí ageismus na:

- individuální – mikrosociální – zaměřuje se na konkrétního jedince a jeho názory,
- mezosociální – na úrovni konkrétní skupiny lidí, instituce apod.,
- makrosociální – ve vztahu k legislativním úpravám.

Druhá klasifikace pak rozděluje ageismus na pozitivní a negativní. Benevolentní (pozitivní) ageismus se vyznačuje dobře míněným, avšak neúměrným ochranným postojem vůči seniorům. Naopak hostilní (negativní) ageismus se typicky projevuje odmítáním či odporem ke starším lidem a stáří. Baková a kol. (2015, s. 211) doplňuje, že mezi nejčastější projevy ageismu patří například upřednostňování mladosti, názor, že staří lidé jsou zbyteční, typický starý člověk je senilní, deprimovaný a bezmocný, názor že duševní choroby jsou ve stáří nevyhnutelné, či používání hanlivého jazyka při hovorech o stáří či starších lidech.

4 Stárnutí společnosti a demografický vývoj

Stárnutí populace je jednou z typických charakteristik současné společnosti. Na úvod této části je však nejprve potřeba objasnit základní pojmy, které se této problematice týkají. Složením a pohybem lidské populace se zabývá demografie. Mezi základní pojmy, se kterými tato věda pracuje, patří porodnost (natalita), úmrtnost (mortalita) a střední délka života (naděje na dožití). Mimo jiné se demografie zabývá věkovou strukturou obyvatelstva a migrací. V rámci této vědy je také řešena problematika stárnutí populace (Ondrušová, 2011, s. 18). Tomeš (2011, s. 171) popisuje pojem stárnutí obyvatelstva jako společenský proces, při kterém dochází ke změnám věkové skladby obyvatelstva z důvodu prodloužení věku. V rámci tohoto procesu přibývá starých osob, o které je třeba se postarat. Mezi nejčastější důvody tohoto jevu uvádí:

- demografické (pokles porodnosti);
- medicínské (zlepšení lékařské péče a zvýšení kvality stravy);
- ekonomické (úbytek fyzické práce a změna povahy ekonomických činností);
- sociální (zvyšující se kvalita života).

Malíková (2011, s. 26) doplňuje mezi často uváděné příčiny stárnutí populace také snížení úmrtnosti osob v ostatních věkových kategoriích včetně poklesu kojenecké úmrtnosti, prodloužení střední délky života, snížení chudoby a sociální rozvoj či ochranu sociálních práv a zlepšení pracovních i životních podmínek. Stárnutí populace přináší také řadu důsledků. Veteška (2016, s. 150) upozorňuje, že mezi tyto důsledky můžeme řadit jak problémy ekonomické (zvýšení počtu osob v neproduktivním věku, zvýšení nákladů na výplatu důchodů), demografické (nízká porodnost), sociologické (rozpad tradičních sociálních struktur), sociální (problematika zajištění důstojnosti ve stáří), psychologické (vztahové problémy, osamělost a izolace seniorů), politické (ohrožení stability demokracie) či lékařské (vysoké náklady na léčbu seniorů a zatížení státního rozpočtu).

Důležitým pojmem, který je třeba v souvislosti se stárnoucí společností zmínit, je naděje na dožití (nebo také střední délka života či life expectancy). Tímto pojmem se označuje předpokládaný věk, kterého se x letá osoba dožije, pokud budou zachovány intenzity úmrtí podle věku. Naděje na dožití je jedním z nejvýstižnějších ukazatelů, který je uváděn

v úmrtnostních tabulkách (tyto tabulky jsou vytvářeny zvlášť pro každé pohlaví). Naději na dožití je možné stanovit pro libovolný věk (Kalvach a kol., 2004, s. 50). Dle informací Českého statistického úřadu (2020) byla například v České republice v letech 2017–2018 naděje na dožití u mužů 76,08 let a u žen 81,89 let.

Mühlpachr (2009, s. 30) uvádí, že stárnutí populace je dlouhodobý proces, který probíhá v několika fázích. Důležitou roli zde hraje právě porodnost a úmrtnost obyvatelstva. Tento proces lze dle něj rozdělit následovně:

- Fáze I – vysoká porodnost i úmrtnost (vyrovnaný počet obyvatel).
- Fáze II – klesá úmrtnost, porodnost je stále vysoká (populace mládeže).
- Fáze III A – zpomalování poklesu úmrtnosti, klesání porodnosti (relativní stárnutí).
- Fáze III B – porodnost stále klesá, pokles úmrtnosti ve vyšším věku (stárnutí populace).
- Fáze IV – nízká porodnost i úmrtnost (vyrovnaný počet obyvatel).

Zároveň upozorňuje na fakt, že zatímco vyspělé státy vstupují do čtvrté fáze tohoto procesu, v rozvojových zemích dospívají do fáze druhé (tamtéž, s. 31).

4.1 Demografický vývoj v EU a ČR

Stále se měnící demografická situace je charakteristickým rysem ČR, ale i celé Evropské unie. Jak již bylo zmíněno, jednou z významných změn typických pro všechny vyspělé země od poloviny 20. století je právě stárnutí populace. Tato situace je způsobena zvýšením podílu seniorů a snížením podílu dětí mladších 15 let a stává se tak jednou z nejzávažnějších otázek současné doby (Nešporová, Svobodová a Vidovičová, 2008, s. 9). Petřková a Čornaničová (2004, s. 7) doplňují, že existují dva základní aspekty rychle se měnícího demografického obrazu populace, a to změna poměru věkových skupin ve prospěch seniorů a zároveň změna struktury životního času jednotlivých období života ve prospěch období závěrečného.

Dle statistik změn populace v EU (Eurostat, 2020a) pokračuje trend populačního růstu. K 1. 1. 2020 se počet obyvatelstva odhadoval na 447,7 milionu obyvatel. Počet obyvatel tak oproti loňskému roku vzrostl o 0,9 milionu. V roce 2019 převažoval počet úmrtí nad počtem narozených dětí. Významný vliv na změnu populace měla však migrace. Ze statistik

struktury a stárnutí obyvatelstva (Eurostat, 2020b) v letech 2009–2019 dále vychází, že se v EU zvyšuje podíl osob ve věku 65 let nebo více. Nízká porodnost a vyšší naděje na dožití mají značný vliv na věkovou pyramidu Evropské unie. K 1. lednu 2019 tvořilo obyvatelstvo EU 15,2 % mladé populace, 64,6 % osoby v produktivním věku a 20,3 % osob ve věku 65 let a více. To činí o 0,3 % více než v předchozím roce a o 2,9 % více než před deseti lety. Největší podíl starých osob z celkové populace mají Itálie (22,8 %), Řecko (22 %), Portugalsko a Finsko (21,8 % obě). Česká republika má 19,6 % seniorů (v roce 2019), což je o 4,7 % více než v roce 2009.

Situace v České republice má také tendence ke změně. Český statistický úřad (2018) uvádí, že v roce 2101 by měl počet obyvatel stoupnout přes 10,5 milionu obyvatel, z čehož 30 % by mělo být zastoupeno právě osobami v seniorském věku. K tomuto názoru se přiklání také Štyglerová, Němečková a Šimek (2013, s. 34–35), kteří zmiňují, že v České republice bude i v druhé polovině 21. století 2,5krát více seniorů než dětí a zároveň upozorňují, že tuto skutečnost neovlivní ani vyšší porodnost či masivnější migrace. Tyto odhady vycházejí z projekce obyvatel ČR, kterou vydal Český statistický úřad. Tento odhad demografického vývoje však může být ovlivněn nejrůznějšími vlivy, jako jsou ekonomické krize či změny v systému sociálních opatření. Nejkritičtější období podle těchto odhadů nastane v letech 2050–2080, kdy dojde k výraznému úbytku obyvatelstva. O aktuálním demografickém stavu informuje Český statistický úřad (2020), který upozorňuje, že demografická data byla ovlivněna nouzovým stavem. Počet obyvatel České republiky nadále roste, ačkoliv přírůstek byl pouze 425 osob. Počet zemřelých však v tomto období přesáhl počet živě narozených dětí.

4.2 Strategické dokumenty a klíčové instituce

Procesem stárnutí a stářím se zabývá velké množství klíčových institucí, které mají za cíl sledovat problematiku seniorské populace a umožnit starší generaci prožít plnohodnotný a kvalitní život. K tomuto cíli napomáhají strategické dokumenty, které se zaměřují na zlepšení podmínek pro život seniorů a další důležitá témata související se seniorským věkem. Benešová (2014, s. 83–84) uvádí jako příklady nadnárodních organizací, zabývajících se problematikou stárnutí, například Organizaci spojených národů (OSN), Světovou zdravotnickou organizaci (WHO) či Radu Evropy. OSN dlouhodobě sleduje problematiku

seniorské populace, a to již od roku 1978. WHO se také soustavně věnuje této problematice a zaměřuje se především na péči o starou generaci. Rada Evropy má za cíl ochranu lidských práv a problematice stárnutí se věnuje již od roku 1949. Pod OSN také spadá Evropská hospodářská komise (EHK OSN nebo také UNECE), která byla zřízena r. 1947. V rámci problematiky stárnutí se zaměřuje především na oblast stárnutí populace a pracuje mimo jiné na implementaci politického rámce OSN pro stárnutí do jednotlivých regionů (unece.org/mission). V českém prostředí lze v souvislosti s problematikou stárnutí a stáří jmenovat například Ministerstvo práce a sociálních věcí, které má za úkol koordinaci politiky přípravy na stárnutí v ČR a systematické zajištění této agendy. Další je Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, což je stálý poradní orgán, který má za úkol řešit otázky spojené s touto problematikou (MPSV, online).

V rámci působnosti zmíněných i dalších institucí vzniklo velké množství strategických dokumentů, které upravují problematiku stárnutí, seniorského věku a stárnutí populace. Holmerová a Mátlová (2007, s. 5) řadí mezi tyto dokumenty například Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002, Berlínská ministerská deklarace UNECE a Regionální implementační strategie či Evropská charta pacientů seniorů. Dále je možné zmínit také Světovou zprávu o zdraví vydanou WHO v roce 2001 nebo Doporučení rady Evropy (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 26). Benešová (2014, s. 84–89) doplňuje také Vídeňský mezinárodní akční plán stárnutí z roku 1982, Zásady OSN pro seniory, Montrealská deklarace, Národní program přípravy na stárnutí populace v ČR a Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013–2017. Jedním z nejaktuálnějších dokumentů týkajících se této problematiky v ČR je Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019–2025.

5 Specifika edukace seniorů

Výchova a vzdělávání člověka již dávno nejsou omezeny věkem. Představa, že vzdělávat se je člověk schopen pouze v mládí či dětství, jsou již překonány. V současné době je vzdělávání již chápáno jako celoživotní proces, ke kterému by měly mít přístup všechny věkové kategorie včetně seniorů. Důležité přitom je, aby existovalo dostatečné množství příležitostí k dalšímu vzdělávání a aby si lidé uvědomovali potřebu vzdělávat se a zdokonalovat i v pozdějším věku (Mühlpachr, 2009, s. 132). V dnešním rychle se měnícím světě je více než nutné, aby i senioři byli schopni držet krok s dobou a rychle se rozvíjejícími technologiemi. A právě k tomu napomáhá soustavné zvyšování kompetencí a produktivity starší generace pomocí edukačních aktivit. Mimo jiné přispívá zvyšování vzdělání seniorů také k jejich celkové spokojenosti a kvalitě života (Petřková a Čornaničová, 2004, s. 9).

V současné době se výchovně-vzdělávací činností se zabývá gerontagogika. Jedná se o aplikovanou andragogickou disciplínu, která se zabývá vzděláváním seniorů. Blíže se zaměřuje nejen na aktivizaci a vzdělávání ve stáří, ale také na vzdělávání ke stáří a učení se stárnout (Veteška, 2016, s. 156). V rámci sociálně-edukační péče o seniory by měl být mimo samotnou edukaci zahrnut také výcvik sociálních a personálních způsobilostí seniorů a sociální a edukační poradenství pro seniory (Határ, 2013, s. 11). Edukace je dle Juřeníkové (2010, s. 21–22) rozdělena do pěti fází, a to na:

- 1) fázi počáteční pedagogické diagnostiky (zjištění úrovně vědomostí, dovedností a zároveň edukačních potřeb seniora);
- 2) fázi projektování (plánování cílů, volba forem, metod, obsahu, pomůcek, vymezení časového rámce a způsobu evaluace);
- 3) fázi realizace (ve sledu motivace, expozice, fixace, průběžné diagnostiky a aplikace získaných dovedností a vědomostí);
- 4) fázi upevnění a prohlubování učiva (napomáhá k dlouhodobému uchování vědomostí);
- 5) fázi zpětné vazby (hodnocení vzdělavatele i vzdělávaného).

V období seniorského věku se celoživotní vzdělávání zaměřuje především na dva základní stupně, a to na všeobecné seniorské vzdělávání, které má neprofesní charakter (např. výuka jazyků či informatiky), a na inovaci odborných znalostí a dovedností, sloužící

k rozvoji či udržení stávající kvalifikace (Klevetová, 2017, s. 62). Mühlpachr (2009, s. 132–133) upozorňuje, že edukace v seniorském věku je důležitým prvkem při přípravě na stáří. Ta by podle něj neměla být podceňována a měla by být chápána jako přirozená součást andragogiky. Cílem přípravy na stáří by mělo být ovlivňování občanů tak, aby měli zájem na dosažení úspěšného stárnutí a aktivního stáří.

Práce s cílovou skupinou seniorů má velké množství specifík, a to jak v oblasti vzdělávání, tak i v oblasti péče o starší jedince. Existuje řada doporučení a zásad, jak s touto cílovou skupinou jednat a komunikovat, jaké jsou vhodné metody a formy při edukaci seniorů a jaká jsou v této oblasti možná úskalí. Tomuto tématu se věnovala řada autorů, mezi něž patří například i Benešová (2014, s. 95). Ta mezi základní pravidla a zásady při vzdělávacím procesu seniorů řadí například využívání vzdělávacích forem adekvátních věku vzdělávaných, kvalitní a důslednou organizaci těchto aktivit, určení vhodných norem pro hodnocení a posuzování dosažených výsledků v průběhu studia, respektování obecných psychických a fyzických zvláštností seniorského věku či přizpůsobení vzdělávacích podmínek vzdělávaným. Mimo to by měly být vzdělávací programy zaměřeny také na řešení osobních problémů seniorů, měly by být dostatečně tvořivé a vzdělavatel by měl poskytovat vzdělávaným dostatek podpory (včetně podpory emocionální). Jednotlivé vzdělávací programy by pak měly napomáhat jejich účastníkům dosáhnout aktivního modelu stáří. Také Klevetová (2017, s. 65–66) předkládá výčet možných doporučení a zásad, které je třeba při vzdělávání seniorů zohlednit. Mezi tyto zásady spadá:

- Přizpůsobení tempa a způsobu vzdělávání individuálním potřebám seniora.
- Informace podávat názorně a přehledně, ideálně v písemné podobě.
- Nepřehlcovat seniora informacemi, naopak rozdělit obsah do menších částí.
- Objevovat dříve získané schopnosti a dovednosti seniora a o ty opřít další obsah.
- Vyhledávat silné stránky seniora, co umí a dovede.
- Vyjadřovat se srozumitelně a pomalu, průběžně se ujišťovat, zda senior všemu rozumí.
- Při použití nových pomůcek je nutné řádně nacvičit jednotlivé kroky jejich užití a ty několikrát zopakovat.
- Nezahlcovat seniora úkoly.

- Není vhodné využívat učení nazpaměť.
- Objasnit seniorovi účel a důvod jednotlivých činností.
- Vzbuzovat v seniorovi motivaci k dalšímu vzdělávání dostatečným oceňováním jeho píle a snahy.

Kromě výše uvedených zásad také upozorňuje na to, že při práci se seniory hraje velkou roli užití pochval a podpora soutěživosti. Naopak je více než nevhodné znevažovat výkony pomalejších jedinců.

Důležitým specifikem edukace seniorů je také existence velkých rozdílů mezi jednotlivci této věkové kategorie. Ty se mohou projevovat jak v rovině kognitivních či psychických schopností, tak i v rovině zájmů a potřeb. Tato rozdílnost je ovlivněna životními podmínkami každého jedince, zdravotním stavem, vzděláním, finančním zajištěním a úrovní sociální integrace (Beneš, 2003, s. 139). Veškeré tyto rozdíly vytváří u seniorů odlišné subjektivní i objektivní podmínky pro učení. Mezi subjektivní můžeme řadit takové podmínky, které se týkají osobnosti seniora. Spadají sem charakteristiky kognitivní (intelekt, styl učení...), afektivní (motivace, zájmy, postoje...), fyzické (pohlaví, věk...), sociální a sociokulturní (vzdělání, status...). Mezi objektivní faktory pak patří charakteristiky učiva (obsah, rozsah...), organizátorů a vzdělavatelů (osobnost, kompetence...) či realizační prostředí (vybavení, dostupnost...) (Petřková a Čornaničová, 2004, s. 68–69).

Obecným specifikům při práci se seniory a jejich ošetřování věnuje pozornost také Mlýnková (2011). Ty mohou být dle ní ovlivněny například zdravotním stavem, mírou soběstačnosti, bolestmi či imobilitou, psychickým stavem, předchozím stylem života či finanční situací. Dále hraje roli míra uspokojení potřeb seniora a jeho ochota ke spolupráci a v neposlední řadě pak také převažující pohled na život (pesimismus/optimismus) či případné úmrtí životního partnera. Obecně rozděluje specifika na tři oblasti, a to oblast fyzickou (křehkost, riziko pádů či zlomenin...), psychickou (míra kognitivních schopností, funkce smyslů...) a sociální (péče rodinných příslušníků, omezení sociálních vazeb...). Brodilová (2019, s. 31) vnímá jako zásadní bod pro práci se seniory citlivý přístup, orientaci na lidskou důstojnost a navození pocitu bezpečí. Důležitá je také spolupráce s okolím seniora (jeho rodinou) a vzbuzení pocitu, že je potřebný a užitečný. Veteška (2016, s. 162) doplňuje, že při práci se seniory by měly být zajištěny základní čtyři pilíře edukačně-sociální práce se

seniory, mezi které řadí samotnou edukaci, aktivizaci, animaci a v neposlední řadě také poradenství pro seniory.

5.1 Cíle a funkce

Jak již bylo zmíněno, edukace v seniorském věku napomáhá starším lidem v mnohých oblastech života. Především však pomáhá ke zvýšení životní úrovně a kvality a udržení sociálních kontaktů. Existuje však i mnoho dalších cílů a funkcí vzdělávání ve stáří. Špatenková a Smékalová (2015, s. 32) tak uvádí mezi cíle gerontagogiky například usnadnění adaptace seniora na involuční změny v organismu, změny životních rolí, omezenou soběstačnost, snížení schopností a mimo jiné také na umírání. Petřková a Čornaničová (2004, s. 63) doplňují, že základním cílem edukace v seniorském věku není získávání vědomostí a dovedností potřebných k výkonu, nýbrž rozvíjení schopností, získávání znalostí a rozvoj osobnosti k seberealizaci. Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 38) pak zahrnují mezi hlavní cíle edukace seniorů:

- prevenci zastarávání znalostí (včetně znalostí profesních),
- orientaci v měnícím se světě (nových jevech, technologiích...),
- osvětovou přípravu na stáří,
- volnočasovou animaci života, posilování sociálních kontaktů a uspokojování celoživotní potřeby vzdělávání,
- stimulaci kognitivních schopností,
- profesní či poloprofesní vzdělávání.

Edukace seniorů má také velké množství dalších funkcí v životě seniora. Livečka (In: Mühlpachr, 2009, s. 138) řadí mezi základní funkce vzdělávání funkce preventivní (pozitivní ovlivňování průběhu stárnutí a stáří), anticipační (připravenost na změny v životě seniora), rehabilitační (znovuobnovování a udržování fyzických a duševních sil), posilovací (rozvoj zájmů, potřeb a schopností jedince). Tato uvedená rozdělení lze dle Petřkové a Čornaničové řadit do skupiny funkcí edukace dle specifického zaměření. Mimo to však zmiňují také funkce podle primárního cíle výchovy a vzdělávání, a to na funkce:

- vzdělávací (získávání poznatků, informací a osvojování dovedností);

- kulturně kultivační (rozvoj osobnosti seniora prostřednictvím kultury, umění apod.);
- sociálně psychologické (udržení přiměřené kvality života, psychický rozvoj a udržování sociálních kontaktů).

Határ (In: Veteška, 2016, s. 159) upozorňuje také na preventivní funkci edukace, která dle něj může sloužit také například jako prevence sociální segregace, psychosomatických obtíží, jako nástroj řešení reálných či potenciálních problémů apod. Funkcím edukace v rámci pobytových zařízení pro seniory se dále věnuje Malíková (2011, s. 257), která popisuje edukaci jako způsob komunikace mezi klienty, příbuznými, zájemci a dalšími osobami s cílem seznámit tyto skupiny s určitými potřebnými informacemi, které souvisejí s poskytováním služby v domově pro seniory.

5.2 Motivace seniorů k dalšímu vzdělávání

Motivace je dynamický proces, v jehož rámci dochází k napětí vlivem vnitřních a vnějších motivů. To vede k soustředění a zaměření aktivity vedoucí k cíli. Tyto motivy podmiňují a pohání jednání jedince v konkrétní situaci. V případě motivace ve vzdělávání jde o velice komplexní a různorodé, vzájemně se ovlivňující faktory působící na vzdělávaného (Palán, 2002, s. 125). Proces motivace u člověka souvisí se složitou hierarchií potřeb a zájmů. Ve stáří nedochází k úbytku motivace, nýbrž k její změně či zaměření jiným směrem. Tyto změny jsou závislé na úbytku energie, který může vést k volbě fyzicky méně náročných aktivit (Jarošová, 2006, s. 27).

V případě seniorů a jejich postojů ke vzdělávání je třeba upozornit na základní fakt, že senior není nucen vstupovat či setrvávat ve vzdělávacím procesu. Nemá potřebu získávat ani zvyšovat svou kvalifikaci. V této věkové kategorii tak dochází ke změně vnější motivace k dalšímu vzdělávání na motivaci vnitřní. Jeho účast na takovýchto aktivitách je čistě dobrovolná, stejně tak i výběr obsahu a zaměření vzdělávání (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 72). Beneš (2003, s. 140–141) uvádí, že motivace seniorů k účasti na vzdělávání je ovlivněna mnoha faktory. Může mezi ně patřit například:

- dřívější účast na podobných aktivitách,
- druh vzdělání,

- dříve rozvinuté zájmy (např. v oblasti vědy a kulturním životě),
- sociální aktivita v rodině i mimo ni,
- politická angažovanost,
- snaha prosadit zájmy seniorů.

Mezi nejčastější konkrétní motivy pak řadí touhu po sociálních kontaktech, očekávání okolí, zvládnání změn (psychických, fyzických i sociálních) či snahu najít smysl života ve vědomí vlastní konečnosti. Dle výzkumu Nedělký a Vetešky (2018, s. 218) jsou senioři k dalšímu studiu nejvíce motivováni možnostmi získat nové znalosti a dovednosti (50 %) a navázat nové kontakty (35 %). Zbýlých 14 % respondentů uvedlo jiné přínosy jako zdroj své motivace, a to například aktualizaci vědomostí, pocit smysluplnosti světa či radost a štěstí. Zároveň většina respondentů (95 %) preferuje přímou výuku a mezi nejoblíbenější metody řadí exkurze (50 %), přednášky (33 %) nebo kulturní aktivity (12 %).

Šerák a Dvořáková (2009, s. 31) dále jmenují jako nejčastější motivy snahu udržet si sociální i psychickou aktivitu, snížení pocitu osamělosti, udržení soběstačnosti, snahu o začlenění do společnosti či naplnění osobních zájmů a realizaci plánů, které nebyly uskutečněny po dobu ekonomické aktivity. U seniorů lze obecně říct, že existují tři klíče k motivaci, a to je touha dosáhnout cíle, důvěra ve vlastní schopnosti a vlastní představa dosažené změny. Důležitou hybnou silou a motivací jsou také potřeby seniora a jeho touha po jejich naplnění (Klevetová, 2017, s. 44). Petřková a Čornaničová (2004, s. 68) se také přiklání k názoru, že hlavním zdrojem motivace jsou potřeby. Konkrétně zmiňují potřeby kognitivní (potřeba prohloubení či doplnění stávajících poznatků), sociální (potřeba kontaktu s vrstevníky), potřeby aktivity a produktivnosti (smysluplně naplnit čas) a potřebu kompenzovat nedostatky (v intelektuální i emocionální rovině).

5.3 Bariéry v dalším vzdělávání seniorů

Bariéry ve vzdělávání jsou opakem pozitivních motivačních činitelů jako hybné síly při našich aktivitách. Způsobují rozpaky a nejistotu při rozhodování, což může mít značný vliv na účast, či neúčast jedince na vzdělávacích aktivitách (Benešová, 2014, s. 106). Bariéry mohou být jak na straně edukanta (vzdělávaného), tak na straně edukátora (vzdělavatele). Na straně vzdělávaného může jít například o konkrétní onemocnění a jeho charakter, poruchy smyslového vnímání, změny psychiky (úzkost, strach), jazykové bariéry, mentální

handicapy či odlišné kulturní zvyky. Na straně vzdělavatele pak může bariéru působit např. nedostatečná příprava, nahodilost/neplánovitost edukace, nedostatečné vědomosti či dovednosti, nedostatek času, únava či malá motivace (Juřeníková, 2010, s. 56–57). Petřková a Čornaničová (2004, s. 69) rozlišují také bariéry subjektivní a objektivní. Mezi subjektivní bariéry řadí obavu z poklesu schopností (senzorických či kognitivních), nedůvěru ve své schopnosti, trému a úzkost, nedostatek energie. Jako objektivní bariéry pak označují nedostatek informací o nabídce vzdělávacích aktivit, nevhodnou dobu konání těchto akcí, problémy s dopravou či finanční náročnost. Czesaná a Matoušková (2006, s. 30–31) zmiňují jako nejčastěji uváděné bariéry v dalším vzdělávání starších osob neochotu ke změnám, nízký zájem o vzdělávání či obavy z možného neúspěchu, finanční důvody (cena kurzů), nedostatek času, péči o rodinu či nedostatečnou podporu rodiny. Z výzkumu Nedělký a Vetešky (2018, s. 218) také vyplývá, že mezi nejčastější bariéry ve vzdělávání spadá například nevyhovující čas či datum výuky (14 %), zdravotní důvody (14 %), či dojezdová vzdálenost (10 %). Celkem 62 % respondentů však uvedlo, že si neuvědomují žádnou konkrétní překážku, která by jim bránila v účasti na dalším vzdělávání. Bariérou ve vzdělávání seniorů by neměla být ani vlastní schopnost učit se. Ačkoliv tato schopnost byla dříve často zpochybňována, výzkumy ukazují, že je i ve starším věku zachována. Naopak by se mělo podporovat pravidelné optimální zatěžování nervového systému, aby se zachovala duševní svěžest a výkonnost seniora (Petřková, 2005, s. 72).

Specifické bariéry v edukaci seniorů mohou vzniknout také v prostředí sociální péče či domovů pro seniory. Határ (2013, s. 14–15) upozorňuje na limity edukace seniorů v sociálních zařízeních, mezi které řadí také podmínky, ve kterých se edukace uskutečňuje. Konkrétně pak jmenuje limity, jako jsou například:

- zdravotní omezení (ztráta soběstačnosti, nemoc...),
- ekonomické omezení (nedostatek materiálního vybavení pro konkrétní činnosti...),
- personální omezení (nepoměr zaměstnanců na počet klientů zařízení, nedostatečná kvalifikace zaměstnanců...),
- restriktivní opatření (omezující opatření, léky na uklidnění...),
- legislativní nezainteresovanost (nedocení edukace v právních normách).

Uvedené bariéry jsou v rámci sociálních zařízení především z pohledu instituce. Existuje ale také množství bariér ze strany klientů, které způsobují jejich nízký zájem o edukační a aktivizační programy a aktivity v rámci těchto zařízení. Mezi takové bariéry může patřit mimo jiné řád, který klienti nemohou ovlivnit. Neměnné rituály tak slouží více personálu než klientům a mohou zapříčinit nedostatek času seniorů pro účast na vzdělávacích aktivitách. Další bariérou může být strach klientů z nových zážitků a obava z neúspěchu či zesměšnění v rámci skupinových aktivit. Mezi tyto bariéry patří také obava ze ztrapnění či odmítnutí vlastní osoby ostatními kvůli fyzickým nedostatkům (nadváha, inkontinence apod.). Dále může problémy působit čas, ve kterém jsou aktivity nabízeny, strach opustit pokoj (jakožto bezpečné útočiště), účast neoblíbeného spolubydlícího, strach ze zhoršení zdravotního stavu či strach z neznámých lidí a mnohé další bariéry, které je potřeba v rámci začlenění seniora do sociálního zařízení odstranit (Rheinwaldová, 1999, s. 34–35).

5.4 Kompetence a vlastnosti edukátora

Vzdělavatel, který se věnuje oblasti vzdělávání starých (starších) lidí, se označuje pojmem gerontagog nebo také geragog (Palán, 2002, s. 69). Nicméně oblast gerontagogického působení je daleko rozsáhlejší, a tak zahrnuje mnohem více realizátorů. Záleží na instituci, kde edukační aktivity probíhají. Může se jednat o domovy, centra a kluby pro seniory, univerzity třetího věku a mnoho dalších. Vzdělavatele tak můžeme rozdělit na poradce a animátory, vzdělavatele (s pedagogickou kvalifikací), další profesionály (lékaře, psychology ...) či odborné pracovníky, přičemž požadované kompetence se budou lišit podle zaměření jejich práce. Nejčastěji se však setkáváme u seniorů se vzdělavatelem, kteří zastávají roli motivátorů, poradců či facilitátorů (Petřková a Čornaničová, 2004, s. 72). V praxi je pro označení pracovníka poskytujícího vzdělávání seniorům nejčastěji používán pojem edukátor. Tento pojem je mnohem širší než lektor (který je často spojován s akademickým prostředím) či vzdělavatel (který má úzkou vazbu na aktivity bez výchovné roviny). Pojem edukátor je používán jako zastřešující pro veškeré profesionály podílející se na edukaci seniorů (Janiš a Skopalová, 2016, s. 87).

Aby mohl edukátor úspěšně vykonávat vzdělávací činnost, je nutné, aby disponoval potřebnými kompetencemi. Navíc musí splňovat množství dalších předpokladů, mezi něž patří například předpoklady charakterové (např. tolerance, trpělivost), intelektové (např.

analýza edukačních potřeb), senzomotorické (zručnost, obratnost) či sociální (pozitivní vztah k lidem). Měl by zároveň disponovat potřebnými odbornými znalostmi a dovednostmi v oblasti edukace a schopností autoregulace (Juřeníková, 2010, s. 69). Špatenková a Smékalová (2015, s. 187) se pak dále zabývají rozdělením kompetencí, které jsou třeba k výkonu role vzdělavatele seniorů. Nabízejí následující rozdělení:

- Osobnostní kompetence – etická, intersubjektivní, empirická a seberefektivní.
- Odborná kompetence – oborová (vědomosti a zkušenosti z oboru) a mezioborová (přesahující do dalších disciplín).
- Andragogicko-geragogická kompetence – andragogická (teorie a metodologie andragogiky) a geragogická (znalosti a dovednosti z geragogiky).
- Lektorská kompetence – didaktická, psychodidaktická, psychosociální, interpersonální, rétorická a manažerská.

Hrapková (1999, s. 60) dále uvádí, že dle dat získaných v rámci průzkumu názorů posluchačů Univerzity třetího věku v Bratislavě, jsou některé charakterové vlastnosti a odborné vědomosti či schopnosti vzdělavatelů oceňované více než ostatní. Mezi nejvíce ceněné vlastnosti tak řadí například kolegiálnost, rovnocennost, srdečnost, přátelský přístup, lidskost, ochotu, úsměv a dobrou náladu či upřímnost a ochotu dělit se o vědomosti. A do nejvíce oceňovaných odborných vědomostí či schopností pak frekventanti uvedli například vysokou odbornost, dochvilnost, pestrost, výstižnost výkladu, jednoduchost podání složitých věcí a využívání názorných ukázek.

5.5 Didaktika edukace seniorů

Práce se seniory a jejich vzdělávání vyžaduje užití specifických metod a forem, které jsou vhodné vzhledem ke schopnostem a možnostem této věkové kategorie. Ačkoliv koncepce vzdělávání seniorů a stejně tak její specifika vychází primárně ze vzdělávání dospělých, existuje řada odlišností a specifických charakteristik, které se týkají výhradně edukace seniorů (Benešová, 2014, s. 95). Při edukaci seniorů je třeba brát v potaz základní didaktické kategorie a jejich vhodnou volbu vzhledem ke specifickým potřebám seniorů. Mezi tyto kategorie patří obsah, cíle, formy, metody a prostředky, didaktické zásady a podmínky učení. Obsah učiva je ovlivněn mnoha faktory jako například potřebami a zájmy vzdělávaných, kompetencemi a zaměřením lektora či zaměřením vzdělávací instituce.

Základní kategorií, od které se odvíjí všechny ostatní kategorie, jsou cíle vzdělávání. Ty můžeme obecně rozdělit na kognitivní (poznávací – intelektuální schopnosti a dovednosti), afektivní (emocionální – apelují na pocity vzdělávaného) a psychomotorické cíle (výcvikové – rozvíjí praktické dovednosti) (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 117–119).

Další velice důležitou kategorií didaktiky vzdělávání seniorů jsou formy. Jedná se o organizační opatření a uspořádání výuky a dle Palána (2002, s. 65–66) lze tyto formy obecně rozdělit podle:

- časového uspořádání,
- vyučovacího prostředí,
- organizačního uspořádání studujících,
- interakce lektora a posluchače,
- stavu systémů, ve kterých edukace probíhá,
- zaměření pedagogické akce.

Jak již bylo zmíněno, volba forem je úzce spojena s výběrem cílů a obsahu vzdělávání. Zároveň musí odpovídat potřebám a možnostem edukanta i zařízení, ve kterém edukace probíhá. Z hlediska zdravotnických a sociálních zařízení se formy vzdělávání nejčastěji odvíjejí od organizačního uspořádání edukace a interakce mezi vzdělávaným a vzdělavatelem. V rámci tohoto rozdělení můžeme jmenovat formu individuální, skupinovou a hromadnou. Individuální forma je ve zdravotnických a sociálních zařízeních jednou z nejčastěji využívaných a jedná se o přímý kontakt jednoho edukátora s konkrétním edukantem. Při skupinových aktivitách jsou vzdělávání rozděleni do různě velkých skupin, a to dle rozlišných charakteristik. Při této formě je důležitá možnost spolupráce mezi jednotlivými členy. Hromadná forma pak označuje výuku zaměřenou na širší skupinu osob než u skupinové formy a zpravidla se užívá například při přednáškách. Dále je také třeba zmínit dělení forem na přímé, kdy jsou edukant a edukátor v přímém kontaktu, a nepřímé, kde je edukace zprostředkována např. korespondenčně či e-learningem (Juřeníková, 2010, s. 34–36).

Společně s volbou formy je nutný také pečlivý výběr vzdělávacích metod. Některé metody jsou vhodnější při práci se seniory, jiné méně. Obecně však můžeme podle Mužíka (1998, s. 151) rozdělit metody na teoretické (přednášky, přednášky s diskusí, semináře...),

teoreticko-praktické (diskusní, problémové, projektové metody...) a praktické (instruktáž, coaching, asistování...). Také Špatenková a Smékalová (2015, s. 125–137) předkládají možné dělení metod do tří základních skupin, a to na metody tradiční, aktivizační a kreativní. Mezi konkrétní metody vhodné k využití pro práci se seniory řadí například vyprávění (vyžaduje od lektora talent na vyprávění), vysvětlování, rozhovor (umožňuje aktivizaci, vzbuzení motivace a zájmu seniorů), metodu problémového výkladu (provází seniory při jejich aktivních činnostech), sokratovskou metodu (poskytuje zpětnou vazbu v pochopení učiva) a další. Naopak nedoporučují přednášky (pokud jim nepředchází důkladná příprava), práci s textem a metodu dramatizace, pokud se účastníci dostatečně dobře neznají. Petřková a Čornaničová (2004, s. 70) doplňují, že volba metod je ovlivněna více faktory. Mezi ně patří stejně jako u forem volba cíle a obsahu vzdělávání, ale také schopnost seniorů učit se, jejich přístup ke vzdělávání, časové možnosti a osobnost vzdělavatele. Zároveň uvádějí škálu metodických postupů, které lze při práci se seniory využít. Konkrétně jmenují výkladové a dialogické metody, metody řešení problémů (v malých skupinách) a metody výcvikové.

Poslední kategorií, které je třeba věnovat pozornost při práci se seniory, je kategorie didaktických zásad. Existuje řada doporučení, podle kterých je třeba postupovat, chceme-li, aby byl edukační proces úspěšný. Mezi ty nejvýznamnější zásady edukace seniorů patří dle Špatenkové a Smékalové (2015, s. 148–152) zásada zaměření na sebeaktualizaci osobnosti seniora, partnerského přístupu, nepřetržité zpětné vazby, systematičnosti, redukce, rekonstrukce, uvědomělosti a aktivity, operativnosti, názornosti, zajímavosti, přiměřenosti a trvalosti. Mezi další neméně důležité zásady práce se seniory patří také zohlednění již získaných dovedností seniora, stupňování náročnosti edukačních aktivit dle jeho schopností, přizpůsobení pomůcek a vybavení prostředí zrakovým a dalším deficitům seniora, průběžné ověřování stupně porozumění probíraným tématům, přizpůsobení množství informací možnostem seniora, dostatečné opakování činností a další (Tomczyk, 2015, s. 123–124).

5.6 Komunikace se seniorem

Stejně jako edukační proces i množství dalších oblastí při práci se seniory vyžaduje od pečovatele/vzdělavatele schopnost přizpůsobit se potřebám klientů. Výjimkou není ani oblast komunikace se seniory. V pokročilém věku dochází k mnoha změnám ve schopnosti vyjádřit se i porozumět sdělovaným informacím. Komunikace je ovlivněna zhoršováním

sluchu, úbytkem paměti, v pokročilém věku může nastat i zhoršení koordinace motoriky mluvidel. Objevují se také sklony k nutkavému mluvení a zhoršení jazykových kompetencí, které způsobuje zhoršenou schopnost využití slovní zásoby (Vágnerová, 2007, s. 416). Při komunikaci se seniorem je třeba brát v potaz jeho aktuální stav a zohlednit jeho případné onemocnění či jiné nedostatky ve schopnosti komunikace. Častým problémem může být narušená schopnost komunikace, poruchy zraku či sluchu, neurologické onemocnění či psychiatrické choroby. Vždy je nutné přizpůsobit se všem těmto zvláštnostem u konkrétního jedince, projevit zájem o komunikaci s ním a umět aktivně naslouchat (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 121). Poledníková a kol. (2006, s. 31) uvádí, že mimo jiné je úspěšná komunikace se seniorem základem kvalitní péče o starého člověka. Mezi seniorem a jeho komunikačním partnerem je nutné vytvořit pozitivní vztah, který se zakládá na vzájemné důvěře, respektu a úctě.

Pokorná (2010, s. 53) zároveň upozorňuje na existenci množství možných bariér v komunikaci, které mohou být příčinou neúspěšnosti při snaze navázat kontakt se seniorem. Tyto bariéry dělí na interní a externí. Interní bariéry vycházejí především ze schopností a dovedností jedince, jeho zdravotního stavu a způsobu prožívání. Při komunikaci se tak mohou objevit obavy z neúspěchu, fyzické potíže (nemoc, nepohodlí), negativní emoce (zlost, strach) apod. Externí bariéry jsou naopak způsobeny vnějšími podmínkami prostředí, ve kterém ke komunikaci dochází. Může se jednat o příliš hlučné prostředí, vyrušování dalšími osobami, komunikační zahlcení či vizuální rozptylování. Špatenková a Smékalová (2015, s. 199) dále zmiňují další komplikace ovlivňující komunikaci mezi seniorem a druhou osobou. Při komunikaci se starší osobou bychom se měli vyvarovat prikazování, moralizování, bagatelizaci, souzení či kritice, pohrdání či neúctě vůči seniorovi, křiku a nadávkám, srovnávání seniora s někým jiným (ponižování jeho výkonu či schopností), ironii, etiketizaci a stereotypizaci. Zároveň nedoporučují používat ani asertivní techniky jednání. Naopak doporučují, aby se pečovatel/vzdělavatel snažil seniorovi naslouchat, nabídnout pomoc při dosahování cílů seniora, ocenit každé pozitivum a dosaženou změnu a respektovat přání seniora s plnou vážností.

Při komunikaci se seniory je také nutné umět cíleně využít různé druhy komunikačních dovedností. Komunikační dovednosti lze rozdělit na tři oblasti, a to na oblast naslouchání,

techniky konverzace a užití jazyka a užití neverbální komunikace. Při naslouchání je třeba být trpělivý, mít pochopení a snažit se chápat význam toho, co se senior snaží sdělit. Mezi techniky konverzace spadá například volba vhodné rychlosti a tónu řeči, schopnost dotazování či schopnost dát seniorovi dostatek prostoru k vyjádření. Co se týče využití jazyka, doporučuje se užití jednoduchých a konkrétních slov a krátkých vět. U neverbální komunikace by měl být udržován oční kontakt, komunikace by měla být doplněna vhodnými gesty (např. přikývnutí) a doteky by měly být užívány s rozvahou a přihlédnutím k okolnostem (pohlaví, vztahu k seniorovi apod.) (Elderly Health Service, 2018). Komunikaci v domovech pro seniory se konkrétně zabývá Rheinwaldová (1999, s. 67), která upřesňuje způsoby a zásady komunikace s klienty těchto zařízení. Při komunikaci s klienty domovů je třeba brát v potaz, do jaké skupiny poruch spadají. Klienty rozděluje na:

- obyvatele orientované,
- osoby s mentálním znevýhodněním,
- obyvatele s Alzheimerovou chorobou,
- špatně orientované obyvatele,
- dezorientované obyvatele.

Dle tohoto rozdělení by měl personál domova poznat, jakého druhu komunikace je klient schopen a přizpůsobit mu svou verbální i neverbální komunikaci. Jen tak bude možné dosáhnout společného porozumění, důvěry a vyhnout se stresu klientů z nepochopení.

6 Systém sociální péče o seniory v ČR

Systém sociální péče v ČR je legislativně ukotven v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Tyto dva legislativní dokumenty jsou základem pro poskytování sociální péče v ČR, a to nejen seniorům. Zákon o sociálních službách se dotýká všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci. Jeho hlavními záměry bylo směřovat k postupné deinstitucionalizaci a integraci osob se zdravotním postižením do společnosti. Zároveň společně s jeho platností přešla odpovědnost za sociální služby z rukou státu také na jednotlivce, obce a komunity, kraje a občanské společnosti (Malíková, 2011, s. 30). V oblasti péče o seniory je v rámci deinstitucionalizace klíčové, aby došlo k postupným dobře promyšleným změnám, na kterých by se podíleli odborníci i zaměstnanci ústavů pro seniory. Cílem by mělo být zajištění nástrojů, které napomohou k poskytování sociálních služeb vyhovujících individualitě každého zájemce (Tomeš, 2011, s. 184).

V souvislosti se systémem sociální péče v ČR je nutné zmínit sociální politiku, která se mimo jiné zabývá sociálním zabezpečením, jež můžeme chápat jako soubor institucí, opatření a zařízení, snažící se předcházet, zmírňovat či úplně odstranit negativní dopady sociálních událostí, nebo také sociálních rizik. Jedná se o rizika (události), při kterých dochází ke vzniku, změně či zániku práv a povinností a mezi něž můžeme řadit například nemoci, úrazy, těhotenství nebo právě stáří (Krebs, 2007, s. 161–162). Ministerstvo práce a sociálních věcí rozděluje systém sociálního zabezpečení do čtyř oblastí, mezi které řadí systém sociálního pojištění, nepříspevkové sociální dávkové systémy, systém sociálních služeb, politiku zaměstnanosti a trhu práce (MPSV, 2009, online). V případě péče o seniory je nutné zmínit, že je v podstatě nemožné od sebe oddělovat zdravotní a sociální péči. U této věkové kategorie je téměř vždy třeba propojit obě oblasti péče, jelikož zdravotní problémy bývají často doprovázeny problémy sociální povahy a naopak. V České republice je sice nejčastěji využíván tradiční model péče o nesoběstačného člena rodiny, a to v rámci rodinné péče, avšak ne vždy je situace plně zvládnutelná bez pomoci formálních služeb (Hrozenková a Dvořáčková, 2013, s. 60).

6.1 Poskytování sociálních služeb a sociální péče v ČR

V České republice existuje široká škála poskytovaných služeb, ať již v oblasti sociální péče, tak i související oblasti zdravotní péče o seniory. Zdravotní péče primární, sekundární či terciální prevence by měly být poskytovány praktickým lékařem. Ten by však měl zároveň spolupracovat i s dalšími aktéry péče o seniora. Mezi ně můžeme řadit nejen rodinu, ale také domácí ošetrovatelskou péči, pečovatelskou službu apod. Významnou pomoc rodině při péči o seniora poskytuje také možnost půjčení ošetrovatelských, kompenzačních a dalších pomůcek (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 60–61). Přehledné rozdělení zdravotních služeb pro seniory nabízí Jarošová (2006, s. 45–47), která mezi tyto služby řadí geriatrickou ambulanci, geriatrické oddělení, zařízení následné péče (odlehčovací a rehabilitační služba), ošetrovatelské oddělení, hospice, geriatrické denní centrum či domácí péči. Zároveň dělí sociální a zdravotní služby terénního charakteru na formu pečovatelské služby či domácí zdravotní péče.

Nabídka sociálních služeb je v ČR také rozmanitá. Dle Tomeše (2011, s. 183) je hlavními cíli sociálních služeb podpora zdravých seniorů v ekonomických aktivitách, podpora jejich samostatného bydlení (setrvání v přirozeném sociálním prostředí), podpora jejich sociální komunikace a dostatečná nabídka aktivit pro volný čas. MPSV (2020, online) doplňuje, že cílem sociálních služeb by mělo být také zachovávat lidskou důstojnost, vycházet z individuálních potřeb každého klienta, rozvíjet jejich schopnosti, zlepšit či zachovat jejich soběstačnost a poskytovat služby v zájmu klientů, a to v odpovídající kvalitě. Dle zákona č. 108/2006 Sb. zahrnují sociální služby poradenství, sociální péči a sociální prevenci. Jarošová (2006, s. 48) rozděluje služby určené pro seniory na:

- ústavní péči (domovy seniorů, domovy–penziony, domovy pro seniory),
- terénní služby (respitní péče, stacionáře či pečovatelská služba),
- komunitní péči (domy s pečovatelskou službou, sociální poradenství...).

Dále jako příklady možných sociálních služeb zařazuje také přechodné pobyty, kluby seniorů či osobní asistenci. Tomešová (2006, online) popisuje standardy kvality v sociálních službách, které by měly sloužit jako vodítko pro uživatele sociálních služeb a jejich rodinám k určení, co mohou od zařízení či služby očekávat. Naopak poskytovatelům sociálních služeb mohou podat informaci o tom, jak dobré služby nabízí, a zřizovatelům mohou sloužit

jako zpětná vazba o úrovni sociálních služeb a potřebách jejich rozvoje a zkvalitňování. Tyto standardy popisuje na následujících principech:

- dodržování práv uživatelů;
- respektování volby uživatelů;
- individualizace podpory;
- zaměření na celek (situace uživatele je vnímána v souvislostech);
- flexibilita (přizpůsobení potřebám uživatelů).

Hrozenková a Dvořáčková (2013, s. 61) doplňují, že volba (rozsah a forma) sociální služby musí zachovávat lidskou důstojnost a měla by vycházet z individuálních potřeb konkrétního jedince. Zároveň by měla podporovat aktivitu, motivaci, rozvoj samostatnosti a sociální začleňování.

6.2 Edukace a aktivizace v domovech pro seniory

Edukační a aktivizační programy a činnosti jsou běžnou součástí nabídky všech domovů pro seniory. Zařazení výchovných, aktivizačních a vzdělávacích aktivit je také uvedeno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (§ 35, část 1) jako jedna ze základních činností poskytovaných v rámci sociálních služeb. Jak již bylo zmíněno dříve, edukace seniorů je proces, ve kterém nejde pouze o získávání dovedností a vědomostí, ale také o rozvoj schopností či obohacení dovedností a znalostí, jimiž senior disponuje, a zároveň o rozvoj osobnosti směřující k seberealizaci (Petřková a Čornaničová, 2004, s. 63). Naproti tomu aktivizaci můžeme chápat jako službu, která má za cíl zlepšení kvality života seniorů. Tyto činnosti by měly seniory motivovat a podporovat jejich tělesné a duševní činnosti a zároveň by měly sloužit jako prevence sociálního vyloučení a podpora nezávislosti a soběstačnosti seniorů (Tlustá, 2007, s. 71). Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (2015, s. 11) upozorňuje na skutečnost, že někdy je v souvislosti se spojením edukačních, výchovných a aktivizačních činností užíván pojem animace. Tento termín pochází z Francie a znamená oživení či naplnění programu.

Nabídka těchto aktivit by měla být v domovech pro seniory pestrá. Do této nabídky by měly být zahrnuty společenské a další účelové činnosti, které by měly stimulovat fyzické, mentální, emoční i společenské schopnosti obyvatel domovů. Aktivity by měly být

poskytovány jak ve formě aktivit pro jednotlivce, tak i pro skupiny. Aktivní spolupráce a účast seniorů na takovýchto aktivitách by měla být pracovníky domova povzbuzována (Rheinwaldová, 1999, s. 22). Pichaud a Thareau (1998, s. 120–123) zastávají názor, že je nutné umět situovat animaci v domovech pro seniory tam, kde je třeba, a to ve správné formě. Vždy je třeba vycházet z individuálních potřeb každého jednotlivce a přizpůsobit se jejich preferencím. Důležitá je jak práce se skupinou, tak i prostor pro individuální činnosti klientů domova. Nejdůležitější je však při animaci v takovýchto zařízeních schopnost personálu (či rodiny) tyto aktivity nabídnout a vhodně stimulovat seniory k účasti na nich. Individualita každého klienta by dle Tlusté (2007, s. 71) měla být brána v potaz také při plánování četnosti jednotlivých aktivit. Obecně platí, že určité aktivizační činnosti jako například rozhýbání nebo vzájemnou komunikaci by měl každý klient absolvovat denně. Ostatní plány a programy domovů by však měly být přizpůsobeny momentální situaci a přání klientů. Vždy by také měla být možnost zařadit do programu klienta změnu, je-li to třeba.

Nabídka programů a aktivit pro seniory v domovech je celá řada. Každý domov pro seniory nabízí odlišné množství i zaměření takovýchto činností. Návrh kategorií jednotlivých programů poskytuje například Rheinwaldová (1999, s. 23). Programy dělí do následujících kategorií:

- rukodělné práce a kreativní činnosti,
- společenské programy (tanec, hudba, hry, diskuse),
- sportovní aktivity a cvičení,
- činnosti v přírodě,
- náboženské programy,
- edukační programy.

Dále doplňuje, že v některých domovech pro seniory se osvědčilo zakládání klubů, ve kterých se klienti s podobnými zájmy věnují různorodým činnostem. Také Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2015, s. 11–13) nabízí přehledný soupis jednotlivých oblastí, na které se mohou animační činnosti zaměřit. Konkrétně se jedná o oblast kultury (umělecké aktivity), sportu a pohybu (skupinového i individuálního), vzdělávání (přednášky, diskuse, kurzy...), hobby či duchovních programů (bohoslužby, pastorační péče). Zároveň také upozorňuje na možnost využití služeb dobrovolníků.

6.3 Personální zajištění domova pro seniory

Veškeré činnosti, které v domovech pro seniory probíhají, musí být zajišťovány kvalifikovanými pracovníky. Kromě ředitelů či vedoucích pracovníků, administrativních a ekonomických pracovníků apod., kteří se vyskytují v každé, jakkoliv zaměřené organizaci, existuje i množství pozic, které jsou specifické konkrétně pro domovy pro seniory. Struktura, počet a vzdělání jednotlivých zaměstnanců se odvíjí od potřeb klientů, kteří využívají služby konkrétního zařízení. Výběr zaměstnanců pak umožňuje zařízení plnit stanovené standardy kvality sociálních služeb v daném zařízení (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 97). Ačkoliv doposud neexistuje žádný normativ či standard, který by určoval počet zaměstnanců či organizační strukturu přiměřenou druhu poskytovaných sociálních služeb, některé údaje musí organizace stanovit a nahlásit již při žádosti o registraci pro poskytování sociálních služeb. Mezi tyto údaje patří například pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců či právě počet pracovních míst (APSS, 2019, s. 15).

V prostředí domovů pro seniory se můžeme setkat s množstvím různých pozic a povolání, které se podílejí na chodu zařízení. Malíková (2011, s. 86) rozděluje pracovníky v domovech pro seniory na čtyři základní kategorie a to na:

- sociální pracovníky,
- pracovníky v sociálních službách,
- zdravotnické pracovníky,
- pedagogické pracovníky.

Mezi zdravotnické pracovníky dále řadí například vrchní sestry, všeobecné sestry, fyzioterapeuty a ergoterapeuty (tamtéž, s. 97-111). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (část 8. a 9.), upravuje kvalifikační předpoklady sociálního pracovníka (§ 109 a 110) a podmínky pro jeho další vzdělávání (§ 111). Dále také stanovuje (§ 115) okruh pracovníků, kteří mohou vykonávat činnost v sociálních službách. Do této skupiny řadí kromě výše uvedených také dobrovolníky. Klevetová (2017, s. 181) definuje dobrovolníky jako lidi mladšího či staršího věku, kteří navštěvují seniory ve svém volném čase, a to buď nárazově, či dlouhodobě (dle cíle své dobrovolnické činnosti), a to bez nároku na finanční odměnu.

Edukační a aktivizační programy a činnosti mají také své personální zajištění. To se však může u každého zařízení mírně lišit. APSS (2015, s. 11) uvádí, že nejčastěji se na edukačních, vzdělávacích, aktivizačních a sociálně terapeutických činnostech podílejí pedagogičtí pracovníci, aktivizační pracovníci či terapeuti. Národní soustava kvalifikací (NSK, online) však nenabízí kvalifikační standard vzdělavatele seniorů. Z pedagogických pracovníků tak požadavkům nejvíce odpovídá lektor dalšího vzdělávání. Rheinwaldová, (1999, s. 20) mezi pracovníky, kteří se nejčastěji podílejí na edukaci a aktivizaci seniorů, řadí sestry, sociální pracovníky či ergoterapeuty. Zároveň i v této oblasti zmiňuje možnou spolupráci s dobrovolníky. Pichaud a Thareau (1998, s. 124) zastávají názor, že animací by neměla být pověřena pouze jedna osoba. Každý zaměstnanec by tak měl dostat možnost zapojit se dle svých možností a schopností do poskytování těchto aktivit.

EMPIRICKÁ ČÁST

7 Výzkumné šetření

Na základě poznatků shrnutých v teoretické části je zpracována část empirická, která se zaměřuje na problematiku edukace a aktivizace seniorů v domovech pro seniory v období koronavirové krize. Aktivizační a edukační programy jsou jedním z důležitých faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů, a to nejen v domovech pro seniory. Proto je důležité i v tomto období dbát na dostatečnou saturaci potřeby edukace a aktivizace klientů v těchto zařízeních. Ačkoliv aktuální situace vyžadovala zavedení mnoha opatření ovlivňujících nabídku těchto aktivit, je více než vhodné v rámci prevence sociální izolace seniorů, aby byly tyto programy nadále provozovány.

V rámci empirické části této práce bude pozornost věnována metodologii výzkumu, jeho cílům, dílčím výzkumným otázkám, stanovení respondentů a charakteristice využitých výzkumných metod. Dále bude následovat vyhodnocení výsledků a závěrečná diskuse výsledků výzkumu.

7.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je analýza nabídky edukačních a aktivizačních programů v domovech pro seniory a následné zjištění a vymezení rozdílů v nabídce těchto programů v období před koronavirovou krizí a v jejím průběhu. V rámci výzkumného problému tak budeme hledat odpověď na otázku: Jaká je aktuální nabídka aktivizačních a edukačních aktivit (programů) v domovech pro seniory a čím se liší od nabídky těchto aktivit před obdobím koronavirové krize?

Na základě hlavního cíle výzkumu a výzkumného problému jsou stanoveny následující dílčí výzkumné otázky:

1. Změnila se nabídka aktivizačních a edukačních aktivit v období koronavirové krize oproti běžnému provozu?
2. Změnila se četnost či typ aktivizačních a edukačních aktivit v období koronavirové krize oproti běžnému provozu?

3. Má tento stav vliv na účast klientů domovů na aktivizačních a edukačních aktivitách či na jejich preference?
4. Došlo ke změně podmínek konání jednotlivých aktivizačních a edukačních aktivit?

Dále pak v návaznosti na výše uvedené výzkumné otázky byly stanoveny následující výzkumné předpoklady:

VP 1: Ve většině (min. $\frac{3}{4}$) z dotázaných zařízení došlo ke změnám v nabídce aktivizačních a edukačních aktivit v důsledku koronavirové krize a souvisejících vládních nařízení.

VP 2: V období koronavirové krize se snížil počet skupinových edukačních či aktivizačních aktivit konaných v dotázaných zařízeních.

VP 3: Zájem klientů o jednotlivé aktivity bude snížen minimálně, naopak negativně bude vnímána absence zrušených aktivit.

7.2 Metodologie výzkumu

V rámci praktické části této diplomové práce byla použita kvantitativní metoda výzkumu – dotazník, doplněna o kvalitativní metodu výzkumu – rozhovor. Obě uvedené metody výzkumu jsou vnímány jako možné metody pro využití v andragogickém výzkumu. Dotazník je označen jako metoda využívaná velmi často v andragogickém výzkumu, a to především v kvantitativním výzkumu, naopak rozhovor je využitelný jak v kvalitativním, tak i kvantitativním výzkumu. Avšak jako metoda výzkumu je využíván pouze zřídka (Průcha, 2014, s. 111).

Dotazník můžeme definovat jako: „výzkumný a diagnostický nástroj ke shromažďování informací prostřednictvím dotazování vybraných respondentů. Dotazník je zpravidla konstruován jako soubor otázek či výroků prezentovaných v písemné formě“ (Průcha a Veteška, 2014). Jedná se tedy o metodu, při níž dochází ke shromažďování dat od dotázaných (respondentů), a to na základě předložených písemných otázek. Účelem tohoto nástroje je získání písemných dat od velkého počtu subjektů a jeho hlavní výhodou je relativně snadný sběr informací a menší časová náročnost (Průcha, 2014, s. 114). V rámci dotazníku byly použity dva typy otázek, rozlišených podle formy požadované odpovědi. Použity byly otázky (položky dotazníku) otevřené, při kterých nejsou respondentovi navrženy hotové odpovědi, ale je určen pouze předmět, ke kterému se má respondent

vyjádřit. Dále pak byly použity otázky uzavřené, při nichž je respondentovi předložen určitý počet předem připravených odpovědí. V rámci otázek dotazníku byly využity položky dichotomické (otázky typu ano–ne, kdy se odpovědi vzájemně vylučují), položky polytomické (předkládá se více odpovědí), konkrétně položky výběrové (výběr jedné odpovědi), výčtové (volba více odpovědí) a využity byly také položky polouzavřené s možností zvolit vlastní odpověď (Chráska, 2016, s. 160–162).

Druhou využitou metodou v této práci byl již zmíněný rozhovor. Průcha a Veteška (2014) uvádí, že se jedná o jednu z často využívaných metod výzkumu, a to především v pedagogice, sociálních vědách či psychologii. Oproti jiným metodám dotazování je hlavní charakteristikou rozhovoru přímý kontakt výzkumníka s dotazovanou osobou, od které jsou získávány informace potřebné pro výzkum. Rozhovor může být dle Palána (2002, s. 184) bezprostřední či zprostředkovaný (např. telefonicky), standardizovaný (struktura je dána předem) či nestandardizovaný (volný), osobní (individuální) či skupinový. V rámci této práce byl využit jeden rozhovor individuální, bezprostřední a standardizovaný a druhý rozhovor individuální, standardizovaný, zprostředkovaný. Z důvodů karantény respondentky musel být druhý rozhovor uskutečněn telefonicky. Rozhovor se skládal z následujících otázek:

- 1) Popište krátce svou pozici v domově pro seniory a běžnou náplň Vaší práce.
- 2) Jaké aktivizační a edukační programy jsou ve Vašem zařízení běžně nabízeny?
- 3) Změnila se nabídka těchto aktivit v době koronavirové krize? Byly některé programy dočasně vyřazeny?
- 4) Změnil se typ, forma, četnost uspořádání či podmínky těchto aktivit v aktuální situaci?
- 5) Ovlivnil aktuální stav zájem či účast klientů domova na těchto aktivitách?
- 6) Jaká omezení mají podle Vás největší vliv na život klientů ve Vašem domově?

Odpovědi na výzkumné otázky a potvrzení či vyvrácení předpokladů výzkumu by měly poskytnout odpovědi respondentů v jednotlivých částech dotazníku. Rozhovory, které navazují na dotazníkové šetření, by pak měly sloužit k obohacení odpovědí na výzkumné otázky a poskytnout hlubší vhled do stávající situace edukačních a aktivizačních programů nabízených v domovech pro seniory.

7.3 Vymezení objektu šetření

Výzkum v rámci této diplomové práce se zaměřuje na edukaci a aktivizaci seniorů v domovech pro seniory. Z tohoto zaměření vyplývá, že skupina respondentů dotazníkového šetření se skládá z domovů pro seniory, a to konkrétně na území Středočeského kraje. Dotazník byl rozeslán prostřednictvím e-mailu do více než 70 domovů pro seniory na území Prahy a Středočeského kraje. Výzkumný vzorek dotazníkového šetření pak tvoří 60 zařízení, z toho 22 % zařízení se řadí mezi malé domovy (s kapacitou 40 lůžek a méně), 48 % jsou zařízení střední velikosti (41–100 lůžek) a 30 % jsou velká zařízení (s více než 100 lůžky). Mezi dotázanými zařízeními jsou většinou domovy zřízené státní příspěvkovou organizací (50 %), ale také domovy zřízené dalšími právníckými osobami (25 %), územními samosprávnými celky (10 %), právníckými osobami zřízenými územními samosprávnými celky (10 %), fyzickými osobami (3 %) či ministerstvem (2 %).

Rozhovory byly poté realizovány na základě výsledků dotazníkového šetření s aktivizačními pracovníky dvou různých domovů pro seniory. Právě aktivizační pracovníci se totiž dle výsledků dotazníkového šetření nejčastěji podílejí na přípravě a průběhu aktivizačních a edukačních aktivit v domovech pro seniory (v 87 % případů). Z tohoto důvodu byli určeni jako cílová skupina respondentů pro rozhovor.

7.4 Harmonogram realizace výzkumu

Výzkum byl realizován začátkem roku 2021. Konkrétní postup výzkumu probíhal v následujících krocích:

- **Začátek ledna 2021** – příprava výzkumu (formulace východisek výzkumu, rozhodnutí o cílové skupině dotazníkového šetření, tvorba dotazníku).
- **Konec ledna 2021** – pilotní výzkum (rozeslání dotazníku do několika zařízení, úprava dotazníku po formální stránce).
- **Únor 2021** – vlastní dotazníkové šetření (rozeslání dotazníku do ostatních zařízení, sběr dat ke zpracování výzkumu).
- **Začátek března 2021** – příprava rozhovorů (příprava strukturovaného rozhovoru na základě výsledků dotazníkového šetření).

- **Polovina března 2021** – realizace rozhovorů (kontaktování respondentů, realizace rozhovorů osobního i telefonického).
- **Konec března 2021** – vyhodnocení získaných dat (analýza a zpracování získaných dat, zpracování výsledků výzkumu a diskuse výsledků).

Vzhledem k aktuální situaci muselo být provedeno několik změn oproti původně plánovanému harmonogramu. Jeden z rozhovorů musel být kvůli karanténě respondentky uskutečněn zprostředkovaně přes telefon. Ze stejných důvodů došlo k časovému posunu konání jednotlivých částí výzkumu a jeho realizace byla tak o dva týdny prodloužena.

7.5 Etika výzkumu

Výzkum v rámci této diplomové práce byl realizován v souladu s etickými principy, kterými by se měl řídit jakýkoliv vědecký výzkum. Ve všech částech výzkumné činnosti (tzn. při výběru respondentů, informovaném souhlasu, realizaci výzkumu i publikování výsledků) byly tyto etické principy dodrženy. Konkrétní etické principy výzkumu vychází z Etického kodexu českého pedagogického výzkumu, jehož využití je možné i v rámci výzkumu andragogického (Průcha a Veteška, 2014). Mezi tyto principy pak dle Průchy a Švaříčka (2009, s. 99–101) můžeme konkrétně řadit důvěryhodnost a anonymitu, získání poučeného souhlasu s výzkumem a zpřístupnění závěrečné zprávy účastníkům výzkumu.

Při realizaci dotazníkového šetření i rozhovorů byli respondenti vždy předem seznámeni s tématem, účelem i cílem výzkumu. Byli také obeznámeni s celkovou anonymitou odpovědí uvedených v dotazníku i při rozhovorech. Zároveň byli také informováni, že jejich odpovědi slouží výhradně k účelům zpracování této diplomové práce. Při rozhovorech byli pak respondenti požádáni o souhlas s nahráváním, které sloužilo pouze pro pozdější transkripci rozhovoru. Účast na dotazníkovém šetření i rozhovorech byla dobrovolná a respondenti měli možnost ji odmítnout. Záleželo tak na individuálním rozhodnutí respondenta, zda se výzkumu zúčastní, či nikoliv. Všichni účastníci byli také seznámeni s možností vyžádat si výsledky realizovaného výzkumu.

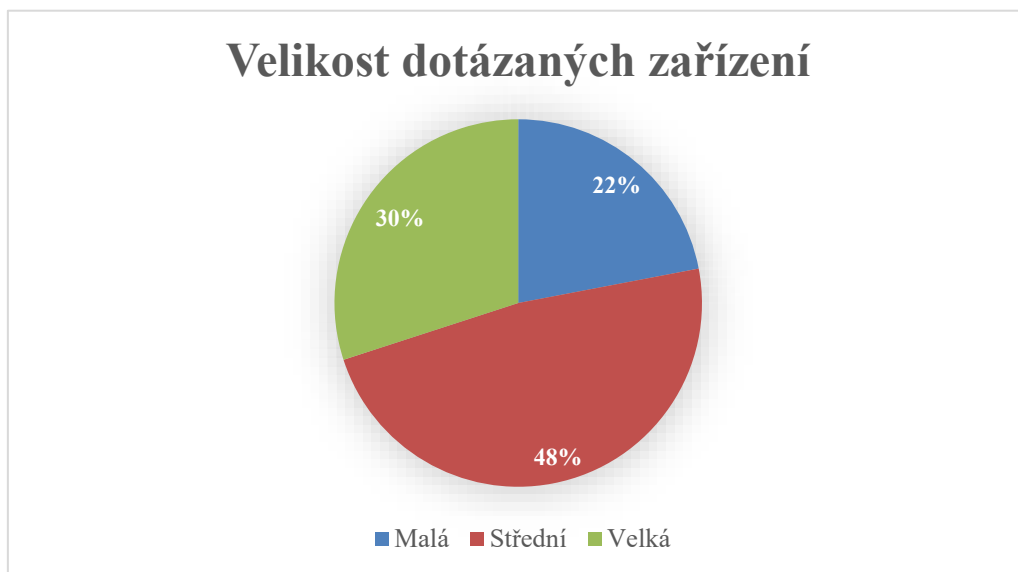
7.6 Interpretace získaných dat

V následující části jsou reprezentovány výsledky empirického výzkumu. Konkrétně se jedná o vyhodnocení a zpracování dat z dotazníkového šetření a rozhovorů. První podkapitola je zaměřena na výsledky dotazníkového šetření, kapitola následující pak obsahuje analýzu výsledků rozhovorů.

7.6.1 Fáze I.

Jak již bylo zmíněno, dotazníkové šetření bylo realizováno v domovech pro seniory ve Středočeském kraji, a to v průběhu února 2021. Dotazník obsahoval 25 otázek a jeho vyplnění trvalo průměrně 9 minut. V úvodu dotazníku byla představena autorka práce, zaměření výzkumu a zároveň také poučení o anonymitě odpovědí uvedených v dotazníku. První část pak byla zaměřena na identifikaci respondentů, druhá část se zabývala nabídkou aktivizačních a edukačních programů v domovech pro seniory při běžném provozu a na ni navazovala část třetí, která zjišťovala změny v nabídce těchto programů/aktivit v období koronavirové krize. Následující vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření bude vždy znázorněno pomocí grafů a veškerá data v grafech budou prezentována v procentech.

V rámci první části byly zjišťovány informace o jednotlivých zařízeních. Dotazníkového šetření se celkem účastnilo 60 domovů pro seniory. Z tohoto počtu bylo 22 % klasifikováno jako malé, 48 % jako střední a 30 % jako velká zařízení.



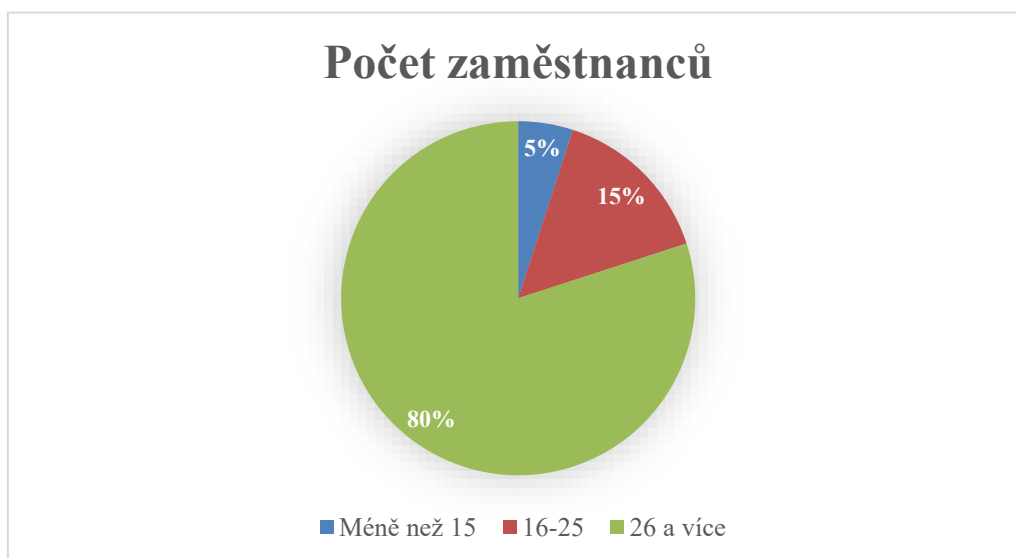
Graf 1 – Velikost dotázaných zařízení

Zúčastněná zařízení se dále rozdělovala dle poskytovatele, a to na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, na územní samosprávné celky (10 %), právnické osoby zřízené územním samosprávným celkem (10 %), další právnické osoby (25 %), fyzické osoby (3 %), ministerstvo (2 %) a státní příspěvkové organizace (50 %).



Graf 2 – Skupina poskytovatelů

Dle počtu zaměstnanců se tato zařízení rozdělovala na tři skupiny. První skupina zařízení zaměstnává méně než 15 zaměstnanců (5 %), druhá skupina 16–25 zaměstnanců (15 %) a třetí 26 a více zaměstnanců (80 %).



Graf 3 – Počet zaměstnanců

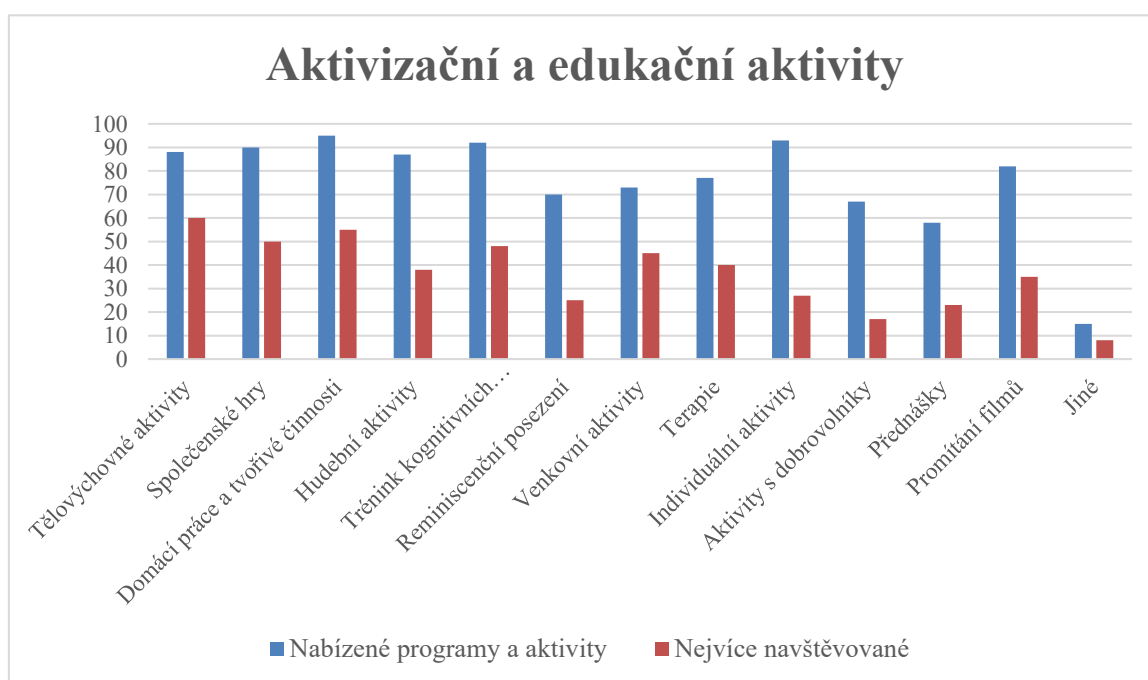
V další části dotazníku následovaly otázky týkající se nabídky edukačních a aktivizačních programů a jejich zajišťování za běžného provozu. Z odpovědí vyplynulo, že na přípravě a realizaci těchto aktivit se podílejí ve 48 % zařízení vedoucí pracovníci, v 72 % sociální pracovníci, ve 33 % ošetřovatelé, ve 20 % zdravotní sestry, v 87 % aktivizační pracovníci, v 18 % terapeuti, ve 25 % dobrovolníci, ve 12 % externí lektori a ve 12 % byly uváděny další osoby podílející se na těchto aktivitách. Mezi tyto osoby byli zahrnuti metodici, psychologové, masérky, případně organizace (konkrétně v případě mezigeneračního setkávání). Na základě této otázky byla následně zvolena kategorie aktivizačních pracovníků jako cílová skupina pro rozhovory.



Graf 4 – Podílející se pracovníci

V dotázaných zařízeních se za běžného provozu realizuje široká škála aktivizačních a edukačních aktivit, mezi něž patří u 88 % dotázaných zařízení tělovýchovné aktivity, u 90 % společenské hry, 95 % domácí a tvořivé práce, 87 % hudební aktivity, 92 % trénink kognitivních schopností, 70 % reminiscenční posezení, 73 % venkovní aktivity (exkurze, výlety apod.), 77 % různé druhy terapií (canisterapie, felinoterapie apod.), 93 % individuální aktivity (na pokoji klienta), 67 % aktivity s dobrovolníky, 58 % přednášky, 82 % promítání filmů a u 15 % zařízení se vyskytují i další aktivizační aktivity jako například duchovní služby (bohoslužby), kulturní a společenské akce či práce na zahradě. Zájem o jednotlivé

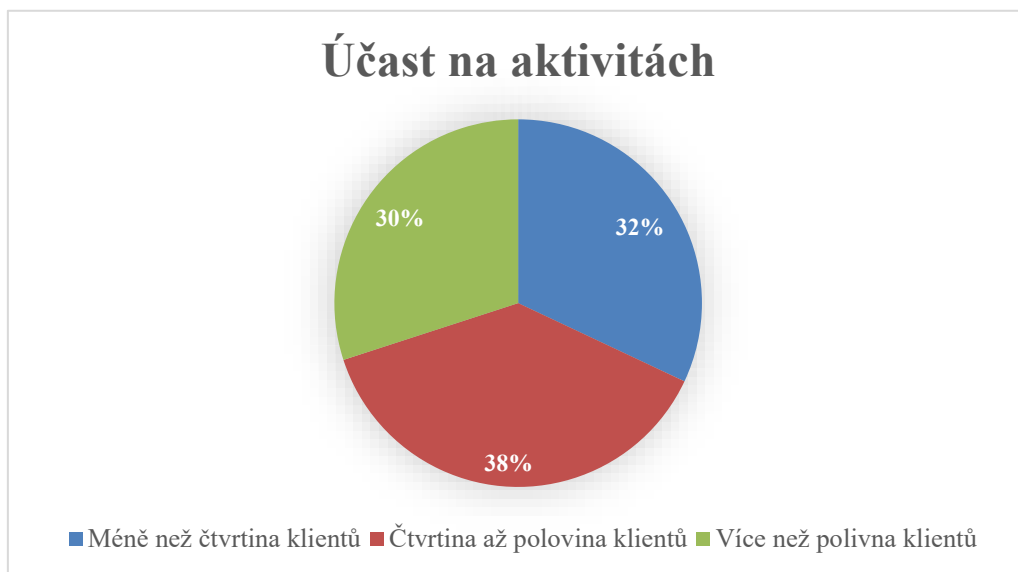
nabízené aktivity se u klientů značně liší. Mezi nejnavštěvovanější aktivity patří tělovýchovné aktivity (60 % návštěvnosti), domácí práce a tvořivé činnosti (55 %), společenské hry (50 %) a trénink kognitivních schopností (48 %). Nižší návštěvnost je pak evidována na venkovních aktivitách (45 %), terapiích (40 %), hudebních aktivitách (38 %), promítání filmů (35 %), individuálních aktivitách (27 %), reminiscenčních posezeních (25 %), přednáškách (23 %) a aktivitách s dobrovolníky (17 %). O jiné aktivity jako např. duchovní aktivity či kulturní akce má zájem 8 %. U této otázky je třeba brát v potaz, že nabídka jednotlivých zařízení a zájem o konkrétní aktivity může být značně ovlivněn mnohými faktory (např. složením klientů a jejich preferencemi trávení volného času, složením personálu apod.). Proto je třeba upozornit na fakt, že v jednotlivých zařízeních se zájem o tyto aktivity může lišit. Aktivita, která není vůbec oblíbená v jednom zařízení může být nejvíce preferovaná klienty v zařízení jiném.



Graf 5 – Aktivizační a edukační aktivity

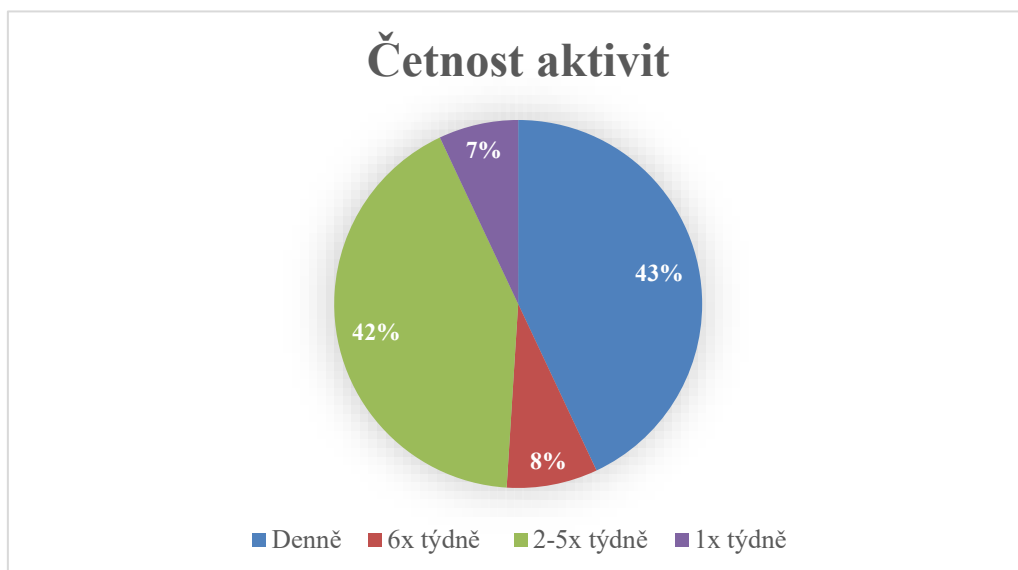
Obecně je celková účast na aktivizačních a edukačních aktivitách v dotázaných zařízeních při běžném provozu různá. V některých zařízeních se těchto aktivit účastní méně než čtvrtina klientů (32 %), v dalších se účast pohybuje mezi čtvrtinou a polovinou klientů (38 %), v ostatních je účast dokonce nadpoloviční (30 %).

Účast na aktivitách



Graf 6 – Účast na aktivitách

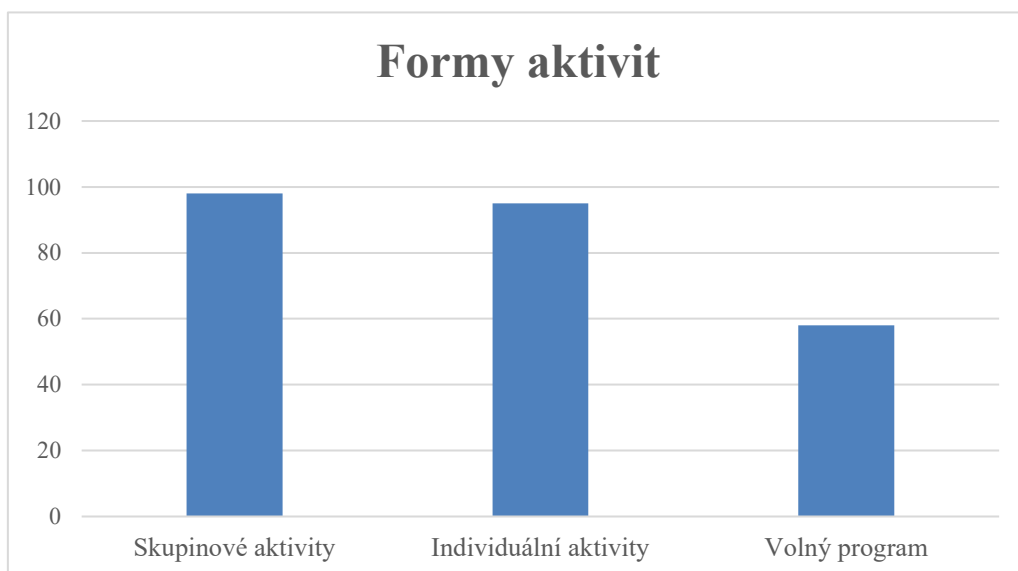
Také četnost konání těchto aktivit se v jednotlivých zařízeních liší. Ve 43 % domovů jsou tyto aktivity konány denně, ve 42 % domovů 2–5× týdně, v 8 % domovů 6× týdně a v 7 % pak pouze 1× týdně.



Graf 7 – Četnost aktivit

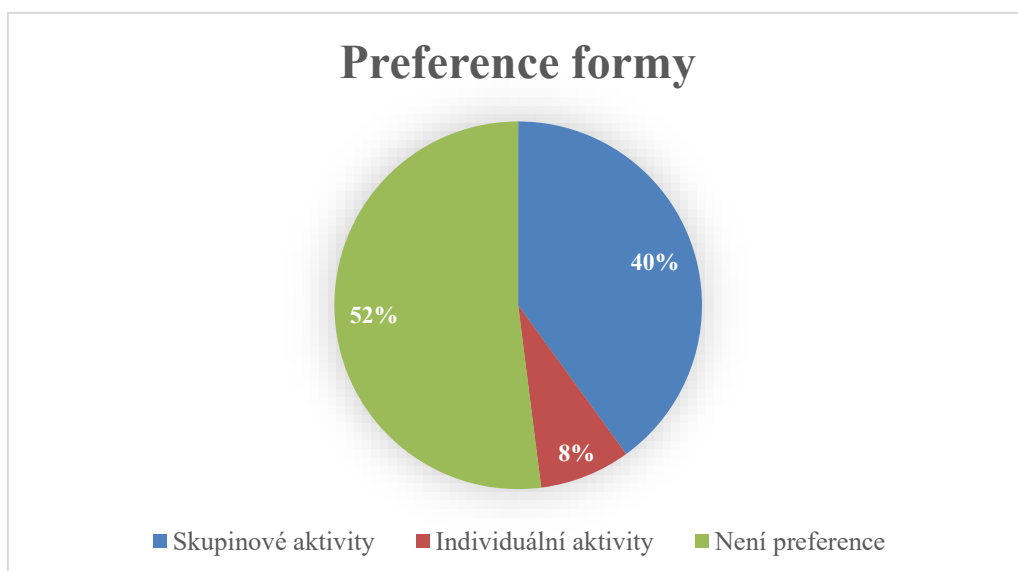
Využité formy nabízených aktivit za běžného provozu jsou vyvážené. Nabídka aktivit a programů v dotázaných domovech zahrnuje jak nabídku skupinových aktivit (98 %), tak i aktivit individuálních (95 %). V 58 % je pak dále nabízena také možnost volného

programu. Jedná se o aktivity, které nejsou přímo řízené pracovníky domova. Domov tak zajišťuje klientům pouze prostory a vybavení pro vlastní seberealizaci (klubovny, kavárny apod.).



Graf 8 – Formy aktivit

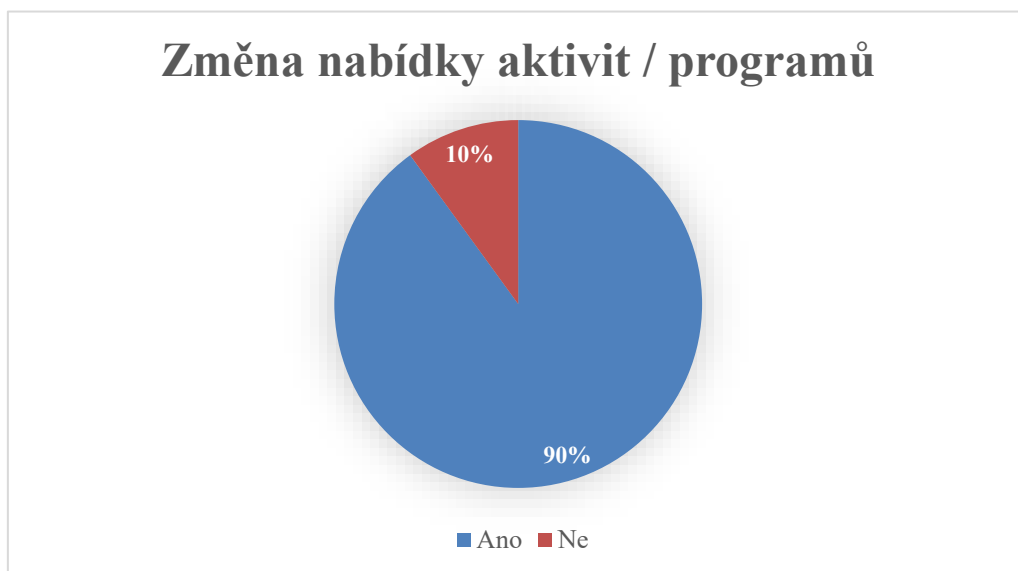
Z výsledků dotazníků vyplývá, že v 52 % dotázaných domovech není výrazná preference skupinových či individuálních aktivit. Ve 40 % je pak větší zájem o skupinové aktivity a pouze v 8 % případů jsou preferovány aktivity individuální.



Graf 9 – Preference formy

V závěru první části dotazníku zaměřené na nabídku aktivizačních a edukačních aktivit za běžného provozu následovala možnost doplňujících komentářů. Uvedeno bylo například upozornění, že některé z aktivit probíhají pouze nárazově, a to konkrétně např. terapie (canisterapie, felinoterapie), přednášky či promítání filmů. Další doplňující komentář upozorňoval, že dobrovolníci nedocházejí pouze za konkrétním klientem, ale často se také podílejí na dalších skupinových aktivitách. Dále se také objevila poznámka, že aktivity pořádané v jednotlivých domovech se liší podle aktuální skladby seniorů v domově. Nabídka je tak přizpůsobována aktuálním potřebám a schopnostem klientů. Ostatní komentáře již odkazovaly na rozdílnost nabídky při běžném provozu a v období koronavirové krize.

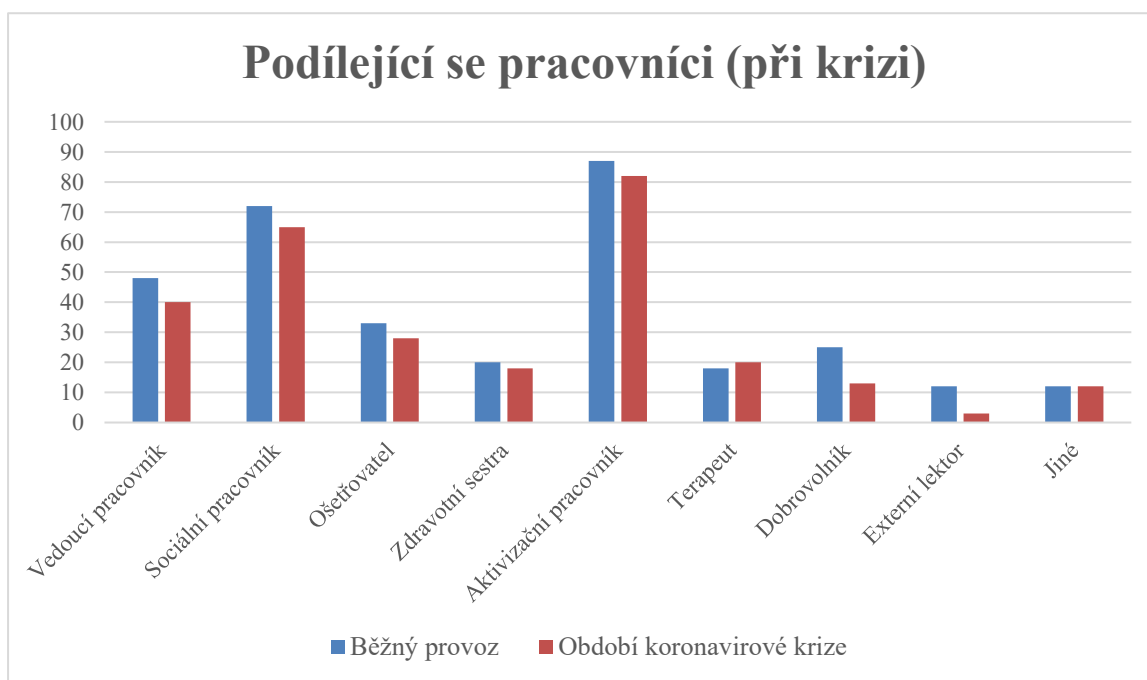
Na začátku následující části dotazníku byla vložena filtrační otázka, která měla rozdělovat dotázaná zařízení na ty, ve kterých proběhla změna v nabídce či průběhu aktivizačních či edukačních aktivit, a na ty, kde ke změně nedošlo. Z výsledků je zřejmé, že u většiny zařízení (90 %) ke změnám v této nabídce došlo. Pouze 10 % zařízení uvedlo, že žádné změny neproběhly. Tato zařízení již následující otázky nevyplňovala a dotazník tak pro ně skončil.



Graf 10 – Změna nabídky aktivit / programů

Následující otázky byly tematicky vedené stejně jako v první části. Tentokrát však měli respondenti své odpovědi směřovat podle aktuální situace. Odpovědi tak mapovali nabídku aktivizačních a edukačních programů/aktivit v období koronavirové krize, a to u 54

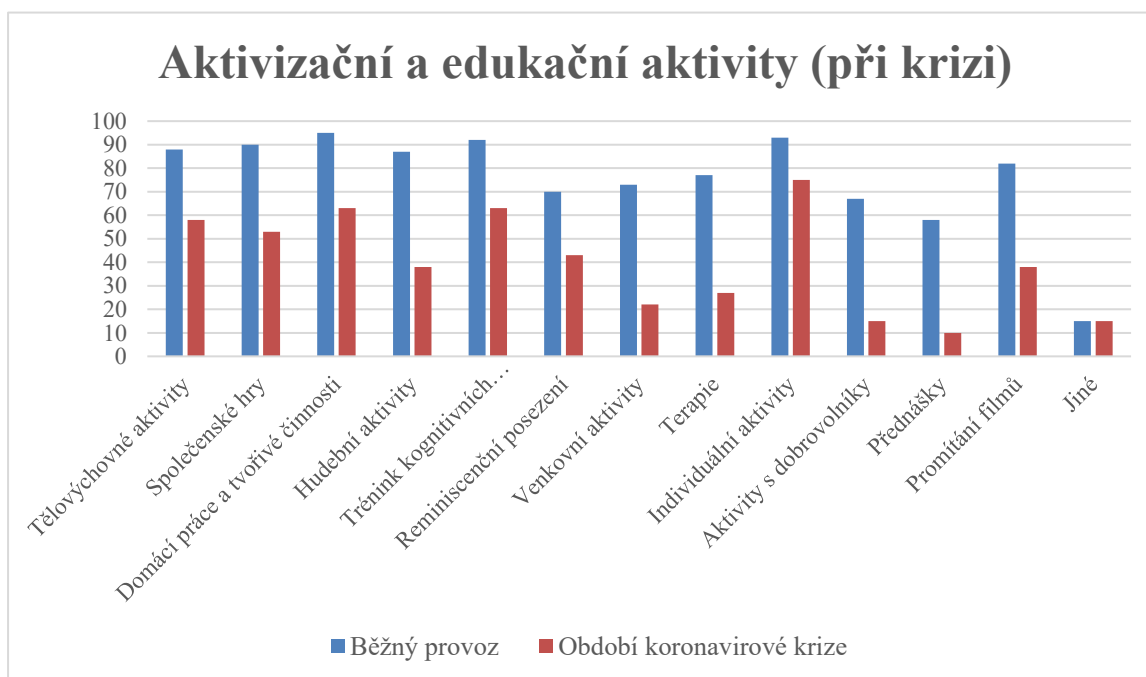
oslovených zařízení. Pro lepší přehlednost změn budou v grafech vedle sebe uvedeny odpovědi z druhé i první části dotazníku. U zařízení, ve kterých dle výsledků předchozí otázky nedošlo ke změnám této nabídky, budou do celkového počtu 60 zařízení počítány stejné odpovědi, které uvedli v předchozí části dotazníku. To umožní zvýraznit jednotlivé rozdíly mezi nabídkou při běžném stavu a při koronavirové krizi. První otázka druhé části opět zjišťovala, kdo se podílí na přípravě a realizaci těchto aktivit, tentokrát však v průběhu krize. Z grafu níže je znát, že se počet odpovědí v jednotlivých kategoriích příliš nezměnil. Výrazný propad je však viditelný u dobrovolníků, kteří se při krizi podílejí na těchto aktivitách pouze ve 13 % (oproti původním 25 %) a u externích lektorů, kteří se až na výjimky (3 %) na aktivitách v domovech při aktuální situaci nepodílejí. Propad tak nastal o 9 % oproti běžnému stavu. Výraznější propad nastal také u sociálních pracovníků. Ti se v období krize podílejí na těchto aktivitách pouze v 65 % případů oproti původním 72 %. Naopak stoupl podíl terapeutů, kteří se při běžném provozu účastní těchto aktivit v 18 % zařízení a při koronavirové krizi ve 20 %. Celkový drobný propad ve všech ostatních kategoriích může být způsoben zúžením nabídky těchto aktivit (k tomu více v další části).



Graf 11 – Podílejší se pracovníci (při krizi)

Pokles četnosti výskytů jednotlivých odpovědí se projevil také u nabídky konkrétních aktivit/programů. Odpovědi a jejich četnost upozorňují na značné zúžení nabídky těchto

aktivit v domovech pro seniory. Ke snížení došlo u všech nabízených odpovědí s výjimkou poslední otevřené odpovědi. Nabídka tělovýchovných aktivit se zúžila z původních 88 % na 58 %, společenské hry z 90 % na 53 %, domácí a tvořivé činnosti z 95 % na 63 %, hudební aktivity z 87 % na 38 %, trénink kognitivních schopností z 92 % na 63 %, reminiscenční posezení ze 70 % na 43 %, venkovní aktivity ze 73 % na pouhých 22 %, terapie ze 77 % na 27 %, individuální aktivity z 93 % na 75 %, aktivity s dobrovolníky ze 67 % na 15 %, přednášky z 58 % na 10 % a promítání filmů z 82 % na 23 %. Pouze kategorie „jiné“ zůstala četností odpovědí na stejné úrovni. Jedno z dotázaných zařízení v rámci této kategorie uvedlo, že vše probíhá individuálně, případně po skupinách maximálně dvou až tří osob, další zařízení doplnilo poznámku, že kvůli probíhajícímu šíření nákazy v domově jsou všichni v karanténě, a aktivity tak nejsou pořádány vůbec.



Graf 12 – Aktivizační a edukační programy (při krizi)

Na předchozí otázku navazovala druhá filtrační otázka tohoto dotazníku, jejímž účelem bylo zjistit, zda musely být některé aktivity či programy dočasně odstraněny. Z odpovědí je zřejmé, že ve většině (96 %) z 54 dotázaných zařízení musela být tato nabídka aktivit zúžena. Pouze ve dvou zařízeních (4 % dotázaných) zůstala nabídka stejná. U obou zařízení se ale zároveň nabídka těchto aktivit zúžila pouze na individuální aktivity. V následující otázce následoval výčet aktivit, které musely být odstraněny. Mezi uvedenými

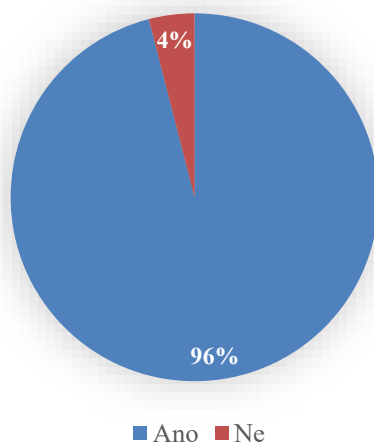
zrušenými aktivitami se nejčastěji vyskytovaly canisterapie, veškeré výlety, exkurze a venkovní aktivity, návštěvy divadel, kin i knihoven, návštěvy dobrovolníků a veškeré společenské aktivity – přednášky, promítání filmů, oslavy, hudební setkání, kulturní a hudební aktivity za účasti externistů, kavárny a oslavy. V některých případech i vaření a pečení, cvičení paměti či tělovýchovné aktivity. Někteří respondenti uvedli jako odpověď, že musely být zrušeny veškeré aktivity, případně všechny skupinové aktivity.



Graf 13 – Pozastavení aktivit v době krize

Respondenti byli zároveň dotázáni, zda zaznamenali u svých klientů informaci o tom, že některé z uvedených dočasně vyřazených aktivit postrádají. Zároveň byli požádáni, aby jmenovali konkrétní programy/aktivity, u kterých tuto informaci zaznamenali. Z 54 dotázaných 19 % tuto informaci nezaznamenalo. Zbylých 81 % respondentů uvedlo, že tuto informaci od svých klientů obdrželi. Opět byly nejčastěji zmiňovány aktivity s externisty (dobrovolníky, dětmi), venkovní aktivity a výlety či canisterapie (případně jiné druhy terapií), dále pak hudební aktivity (koncerty, zpívání apod.) či veškeré společenské a kulturní akce (společná posezení, kavárny, literární odpoledne). Velká část dotázaných uvedla, že klientům chybí všechny zrušené aktivity nebo veškeré skupinové aktivity.

Postrádají klienti zrušené aktivity?



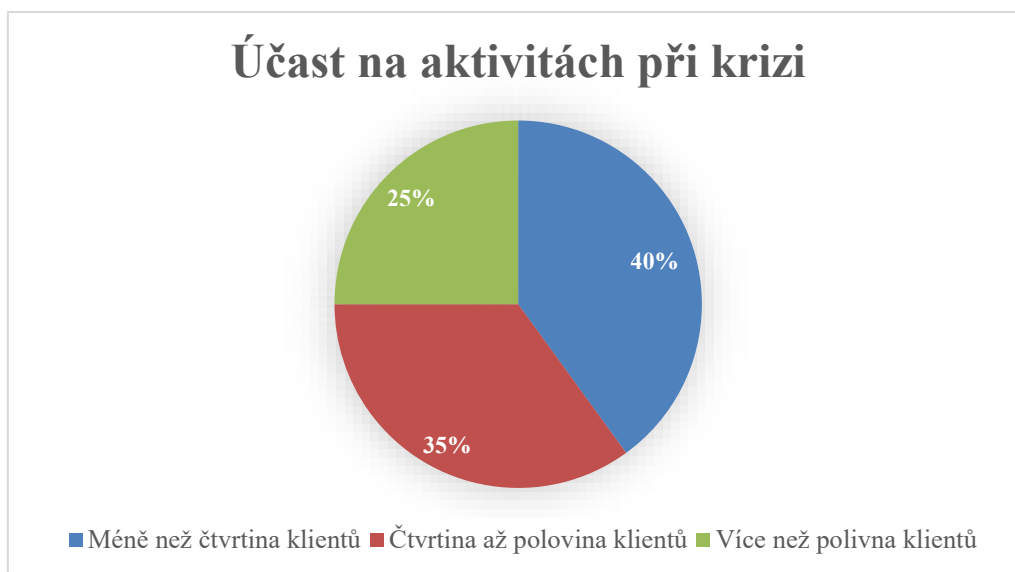
Graf 14 – Postrádají klienti zrušené aktivity?

Kromě samotné nabídky programů se také změnila návštěvnost na jednotlivých aktivitách oproti běžnému stavu. Jak je na první pohled z následujícího grafu zřejmé, návštěvnost veškerých nabízených aktivit byla snížena, a to s výjimkou individuálních aktivit, kterým návštěvnost naopak výrazně vzrostla, a kategorie jiných aktivit. Tato změna může být připisována již zmíněným úpravám skupinových aktivit do individuální podoby, případně jejich úplnému zrušení. U jednotlivých aktivit došlo k následujícímu snížení návštěvnosti: tělovýchovné aktivity ze 60 % na 42 %, společenské hry z 50 % na 35 %, domácí a tvořivé práce z 55 % na 35 %, hudební aktivity ze 38 % na 23 %, trénink kognitivních schopností ze 48 % na 38 %, reminiscenční posezení z 25 % na 22 %, venkovní aktivity ze 45 % na pouhých 13 %, terapie ze 40 % na 15 %, aktivity s dobrovolníky ze 17 % na 5 %, přednášky z 23 % na 10 %, promítání filmů ze 35 % na 25 %. Jak již bylo zmíněno, k nárůstu návštěvnosti došlo v případě individuálních aktivit a to z 27 % na 59 %. Mimo to pak také narostl počet odpovědí v kategorii jiné, a to z 8 % na 17 %. V této kategorii se zvýšil zájem o duchovní aktivity a služby. Někteří respondenti však v této kategorii uvedli, že z důvodu opatření či stávajícího stavu buď nejsou aktivity navštěvovány vůbec, případně jsou změněny pouze na individuální formu a probíhají tak výhradně na pokojích klientů.



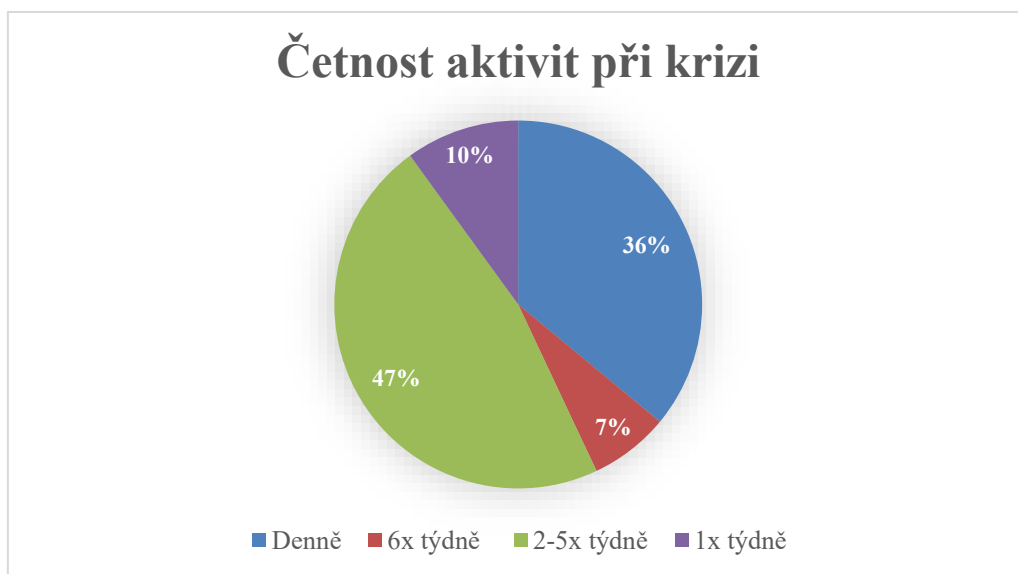
Graf 15 – Návštěvnost aktivit v době krize

V otázce aktuální účasti na jednotlivých aktivitách došlo pouze k mírnému snížení. V dotázaných zařízeních se i při aktuálním stavu účastní nabízených aktivit více než polovina klientů ve 25 % případech (oproti běžnému stavu pokles o 5 %), čtvrtina až polovina klientů ve 35 % (oproti běžnému stavu pokles o 3 %) a méně než čtvrtina klientů ve 40 % (oproti běžnému stavu nárůst o 8 %).



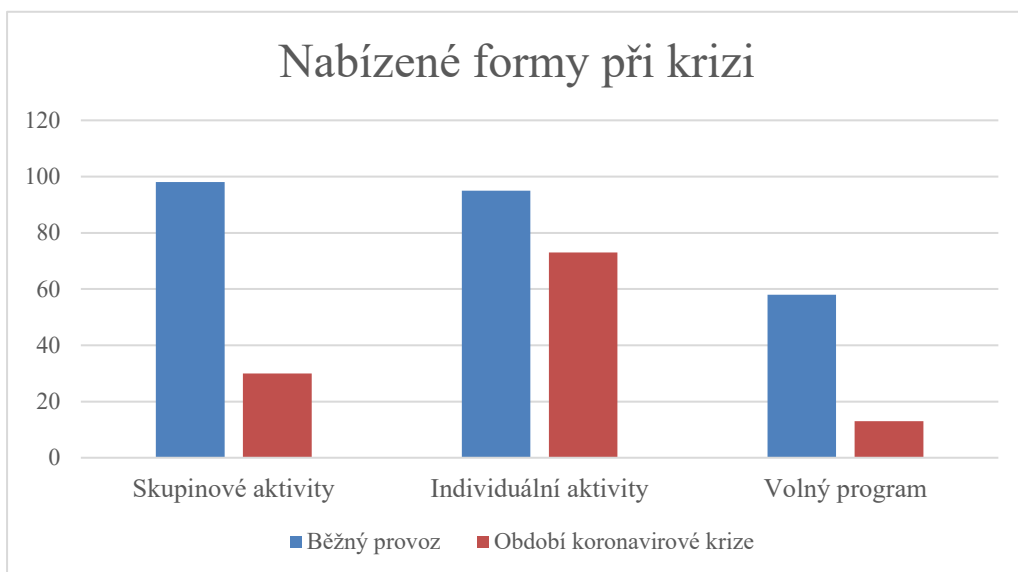
Graf 16 – Účast na aktivitách při krizi

K mírnému snížení došlo také v četnosti konání jednotlivých aktivit v rámci týdne. V období koronavirové krize probíhá edukace a aktivizace denně ve 36 % (pokles o 7 %), 6× týdně v 7 % (pokles o 1 %), 2–5× týdně ve 47 % (nárůst o 5 %) a pouze 1× týdně v 10 % (nárůst o 3 %) dotázaných zařízení.



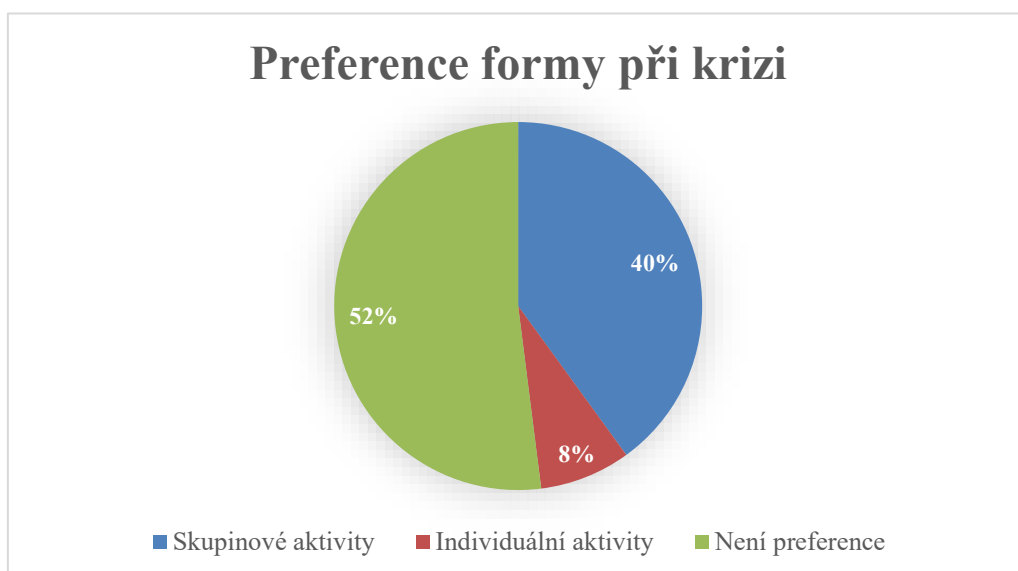
Graf 17 – Četnost aktivit při krizi

Změny byly zaznamenány také u nabízených forem. Oproti období před koronavirovou krizí došlo ke značnému poklesu nabídky skupinových aktivit z původních 98 % na 30 %. Tento pokles je samozřejmý, bereme-li v potaz veškerá vládní nařízení a omezení, která se dotkla všech sfér společenského života. V podmínkách nouzového stavu jsou veškeré společenské a skupinové aktivity utlumeny, a to nejen v domovech pro seniory. Nicméně ke značnému poklesu došlo také u volného programu z původních 53 % na 13 %. O něco mírnější pokles nastal ale také u individuálních aktivit, a to z původních 95 % na aktuálních 73 %.



Graf 18 – Nabízené formy při krizi

Ačkoliv došlo ke změně nabídky forem těchto aktivit, preference zůstaly ve stejném pořadí četnosti odpovědí jako při běžném stavu. I když tak došlo k nárůstu preference individuálních aktivit (z původních 8 % na 22 %), skupinové aktivity jsou stále nejvyhledávanější (z původních 40 % se zájem nezměnil). Pokles nastal pouze u klientů, kteří před krizí neprojevovali preferenci některé z forem (za běžného provozu 52 %, při koronavirové krizi 38 %). Tito klienti nyní více vyhledávají individuální formu aktivit.



Graf 19 – Preference formy při krizi

Poslední uzavřená otázka dotazníku se týkala případných opatření, která ovlivňují stávající průběh jednotlivých pořádaných aktivit. Nejčastěji volenou odpovědí bylo zpřísnění hygienických podmínek (91 %), poté snížení počtu klientů na jednotlivých aktivitách (78 %), zrušení externích aktivit (78 %) a nakonec nabídka více individuálních než skupinových aktivit (65 %). Pouze u 12 % dotázaných zařízení nejsou zavedena žádná nadstandardní opatření. Tři respondenti připojili svou odpověď v kategorii jiné. Ve dvou těchto zařízeních došlo k úplnému zrušení skupinových aktivit a u jednoho musely být aktivity odděleny na jednotlivá oddělení zvlášť.



Graf 20 – Opatření zavedená při krizi

V závěrečné části dotazníku měli respondenti možnost připojit svůj komentář ke stávajícímu stavu aktivizačních a edukačních programů ve svém zařízení. Pouze jeden z respondentů se pokusil zhodnotit kladnou stránku této situace, a to tak, že se mezi klienty i zaměstnanci alespoň rozšířilo používání techniky (tabletů, mobilů apod.). Ostatní komentáře byly spíše negativně laděné. Obecně bylo vícekrát zmíněno, že tato doba je opravdu náročná jak pro klienty, tak pro zaměstnance a že se všichni snaží dělat, co se dá. Zároveň se musí neustále aktivity i celý chod domovů řídit podle aktuálních nařízení a opatření vydaných vládou. Často bylo zmiňováno utlumení či úplné zrušení skupinových aktivit a zaměření více na individuální aktivity. To však má za následek zvýšenou izolaci klientů a nedostatek kontaktů mimo domov i uvnitř něj. Více respondentů se vyjádřilo, že tento stav má špatný vliv na zdraví klientů, zvláště na jejich psychiku. Klienti strádají, stýská

se jim po rodinách, sociálních kontaktech a volnosti. Proto je více než nutné s nimi udržovat alespoň individuální kontakt, projevit o ně zájem a v rámci možností pro ně dělat maximum, ačkoliv časová náročnost veškerých těchto aktivit je mnohem větší než za běžného provozu.

7.6.2 Fáze II.

Druhou část empirického výzkumu v rámci této diplomové práce tvoří dva rozhovory uskutečněné v první polovině března 2021. Jeden rozhovor mohl být proveden osobně na pracovišti respondentky, druhý musel být zprostředkován telefonicky. Jak již bylo uvedeno ve výsledcích dotazníkového šetření, cílová skupina respondentů byla zvolena na základě nejčastější odpovědi na otázku, kdo se podílí na přípravě a průběhu aktivizačních a edukačních aktivit v dotázaných domovech pro seniory. Nejčastěji volenou odpovědí byli aktivizační pracovníci. Respondentkami rozhovorů se proto staly dvě aktivizační pracovnice pracující ve dvou různých domovech pro seniory. Po dohodě s respondentkami zůstanou jejich jména i zařízení, ve kterých pracují v anonymitě.

V následujícím textu budou shrnuty nejvýznamnější úryvky a myšlenky zaznamenané v rámci obou rozhovorů. Zároveň budou uvedeny ty části rozhovorů, které mají souvislost s výzkumnými otázkami uvedenými v úvodu empirické části. Všechna uvedená data budou uspořádána do oblastí, které odpovídají hlavním tématům probíraným v rozhovorech.

Fungování při běžném provozu

První oblastí, na kterou byl rozhovor zaměřen, byla běžná náplň práce respondentek a nabídka aktivizačních a edukačních aktivit při běžném provozu. K této oblasti se vázaly první dvě otázky rozhovoru (popište krátce svou pozici v domově pro seniory a běžnou náplň Vaší práce a jaké aktivizační a edukační programy jsou ve Vašem zařízení běžně nabízeny). V tomto úvodu obě respondentky uvedly, že pracují jako aktivizační pracovnice v domově pro seniory a zajišťují tak především individuální a skupinovou aktivizaci klientů v domovech. Respondentka 1 (dále jen R1) poté jako své další běžné činnosti uvedla psychosociální podporu, konzultace, poradenství a nákupy klientům. Respondentka 2 (dále jen R2) mezi své běžné činnosti zahrнула vytváření individuálních plánů klientům, komunikaci s rodinami a administrativu. Mimo to také zajišťuje pozici klíčového pracovníka dvou klientů.

V otázce běžně nabízených aktivizačních a edukačních aktivit R2 uvedla, že aktivity se u nich v domově dělí na individuální a skupinové a dále pak na sociálně-terapeutické a volnočasové činnosti. Mimo to také upozornila na poskytování duchovní podpory. Mezi nejčastěji zmiňované volnočasové programy u obou respondentek mohou být zařazeny dílny (tvůrčí, výtvarné, keramické), pečení, vaření, výlety a procházky. Do sociálně-terapeutických programů pak u obou dotázaných dominovaly různé druhy terapií (canisterapie, taneční terapie), reminiscenční posezení či trénink paměti. Do obou domovů také docházejí dobrovolníci, ať už na individuální či skupinové aktivity. R1 poté doplnila, že nejdůležitějším faktorem u nabídky těchto aktivit je vyjít vstříc potřebám a zájmům jednotlivých klientů.

Změna nabídky programů při koronavirové krizi

Následující část se již věnuje konkrétním změnám, které musely být zavedeny vzhledem k nařízením vlády a dalším omezením. Této části se věnovala otázka č. 3 – Změnila se nabídka těchto aktivit v době koronavirové krize? Byly nějaké programy dočasně vyřazeny? Jako první velkou změnu obě respondentky uvedly, že byla úplně vyřazena agenda dobrovolníků a zaměstnanců na dohody. Nejvíce tak utrpěla nabídka různých druhů terapií, konkrétně byla u obou respondentek zmíněna canisterapie. Samozřejmě byly ale zrušeny i individuální návštěvy dobrovolníků, kteří docházeli za klienty. R2 dále uvedla, že kromě dobrovolníků a dohodářů muselo být zrušeno také mezigenerační setkávání s dětmi. Obě respondentky uvedly, že jsou tyto zrušené aktivity klienty postrádány. R1: *„Je to škoda, klientům tyhle návštěvy dohodářů i dobrovolníků hodně chybí.“* R2: *„Všechny tyhle aktivity klienti hodně postrádají, protože zrovna zvířata a děti, to byly aktivity, které byly hodně oblíbené.“* Zároveň byly také u obou domovů zrušeny výlety a chození na procházky.

R1 upozornila také na to, že krátkodobě musely být zrušeny také duchovní návštěvy klientů. Zato však po celou dobu kovidové krize měli všichni klienti možnost využít služeb psycholožky. R2 mezi další zrušené aktivity uvedla přednášky, besedy a větší akce, kam chodili i hosté z venku. Zároveň také upozornila, že ačkoliv odpadla velká část pořádaných aktivit, aktivizačním pracovníkům domova to práci nijak neusnadnilo. Naopak se aktivizační i další pracovníci museli aktivně zapojit do komunikace a práce s klienty, aby jim edukační,

aktivizační i další chybějící aktivity nahradili (R2: „*Tak to vlastně všechno odpadlo. Takže to pak zůstalo celé vlastně jenom na nás.*“).

Okolnosti ovlivňující konání aktivizační a edukační aktivity

Oblasti změn při konání jednotlivých aktivizačních a edukačních aktivit v domovech byla věnována otázka č. 4 – Změnil se typ, forma, četnost, uspořádání či podmínky těchto aktivit v aktuální situaci? Kromě samozřejmých opatření jako větší míra dezinfikování všeho nebo nošení respirátorů se odehrálo mnoho změn právě ve formách a typech jednotlivých aktivit. Obě respondentky se shodly, že veškerá aktivita v domově musela být řízena aktuální situací a vydanými nařízeními vlády. Zprvu bylo zrušeno všechno a aktivita byla zaměřována především na komunikaci s klienty a jejich uklidňování. R1: „*Hodně jsme se snažily s kolegyní klientům celou situaci vysvětlit a probírat covid. S těmi orientovanějšími, co to trochu chápali.*“ R2: „*Klienti mohli být pouze na pokojích a měli jsme s nimi jen individuální aktivity, kdy jsme chodili a spíš jsme prostě klienty uklidňovali a povídali jsme si s nimi o tom.*“ Později už se pak mohly pořádat i aktivity v malých skupinkách o 4–5 klientech. Ale i v tomto případě obě respondentky uvedly problémy se spravedlivým rozdělováním klientů do jednotlivých skupin. R1: „*Proto jsme museli hromadné skupiny zrušit, aby to nebylo ostatním klientům líto.*“ R2: „*Ale pak jsou taky klienti, kteří jsou zvyklí chodit na úplně všechno, takže jim to pak bylo líto samozřejmě, že taky nemůžou jít.*“ Situace se zlepšila až v letních měsících, kdy se začala jednotlivá opatření uvolňovat a klienti obou domovů se tak mohli občas zúčastnit i aktivit ve větší skupině, bylo možné dělat aktivity na terase či zahradě (grilování, opékání apod.). R2 dále uvedla, že po celou dobu aktuální situace mají výhodu, jelikož mají k dispozici o jednu pracovníci víc, a proto se mohou klientům i v individuální formě věnovat ve větší míře.

Zájem klientů o aktivity při krizi a jejich účast na nich

U otázky č. 5 – zda ovlivnil aktuální stav zájem či účast klientů domova na těchto aktivitách, dospěly obě respondentky ke shodné odpovědi. Podle nich zájem o jednotlivé aktivity poskytované domovem ovlivněn nebyl. R1: „*Pro ně je primární, že mají kontakt s někým, že jsou ve skupince, že jsou tam i jiní klienti, že jsme tam my jako zaměstnanci. To je pro ně podle mě prioritní. Takže si nemyslím, že by oni tyhle aktivity vnímali jako nějaké větší riziko.*“ R2: „*Já bych ani neřekla, že by se ten zájem nějak dramaticky snížil nebo*

zvýšil, to asi ne.“ R2 také dále uvedla, že více než zájem o pořádané aktivity byl ovlivněn zdravotní stav klientů, kteří tyto aktivity postrádají. Ke zhoršení podle ní došlo kvůli celkové izolaci, absenci rodiny, a proto se u těchto klientů projevila ztráta zájmu o cokoliv. Obě respondentky se shodly, že podle nich klienti nevnímají účast na těchto aktivitách jako riziko a neobávají se jich. R2 však upozornila, že samozřejmě mohou být výjimky i v tomto případě a že se mohou najít klienti, kteří by se účasti aktivit ve větší skupině mohli bát. Ale dle ní se jedná pouze o výjimečné případy a specifické klienty.

Omezení nejhůře snášená klienty

Poslední otázka se zaměřila na omezení, která mají dle respondentek největší vliv na život klientů v domově. V tomto případě se obě respondentky jednohlasně shodly, že jedním z nejhůře snášených opatření byl zákaz návštěv a tím způsobené odloučení od rodin. Nejhůře snášen byl stav v počátcích celé koronavirové krize, kdy byly návštěvy zakázány úplně. R1: *„Když byl úplný zákaz návštěv, tak to pro ně bylo nejtěžší, si myslím. I teď ty návštěvy nejsou ideální, blízcí se musí dopředu domlouvat na konkrétní čas a den a dodržovat ty hygienické opatření. Ale teď aspoň ty návštěvy můžou chodit, bez nich bylo opravdu hodně klientů psychicky špatných, což se pak odrazilo i na jejich fyzickém zdraví.“* R2: *„Ale takhle, ty návštěvy teď samozřejmě jdou, ale když nějakou dobu nešly, tak to bylo fakt hrozné.“* R1 v rámci své odpovědi upozornila na fakt, že v tomto období to bylo nesmírně náročné nejen pro klienty, ale také pro samotné pracovníky. R1: *„Suplovaly jsme rodiny, ale nenahradily, pochopitelně.“* R2 také uvedla, že i přes úplný zákaz přímého kontaktu se na jejím domově snažili klientům setkání s rodinou zprostředkovat. K tomuto účelu sloužily návštěvy konané přes plexisklo ve vrátnici, kde se mohli klienti se svými blízkými setkat a chvíli popovídat alespoň přes mikrofon. Tento systém však nebyl ideální pro všechny klienty.

Druhou možností komunikace s rodinou se staly hovory přes různé technologie. Obě respondentky uvedly, že nejvíce byly využívány platformy Skype či WhatsApp. Ani tento způsob komunikace však nebyl a stále není ideální, jelikož nedokáže nahradit kontakt na živo. R1: *„Bohužel to nenahradily ani ty Skypy a další moderní komunikační technologie. Ten osobní kontakt je pro ně primární a nejde ho úplně nahradit.“* Zároveň je tento způsob komunikace organizačně velice náročný. Aktivizačním pracovníkům tak přibyla nová pravidelná činnost, a to objednávání a následné zprostředkovávání těchto hovorů. Při

některých hovorech musí být pracovníci přítomni a to jim zabírá velké množství času. Tyto hovory jsou však nadále využívány i nyní, ačkoliv jsou již návštěvy povoleny. R1: *„Někdy probíhaly i dva hovory najednou, jaký o ně byl zájem. A i když už jsou nyní návštěvy povolené, byť za určitých podmínek, někteří ještě skypy využívají. Jsou třeba v lockdownu na chatě, odkud pracují na home office a na návštěvu se nedostanou.“*

Jako další velice závažné omezení označily obě respondentky zrušení návštěv dobrovolníků a zaměstnanců na dohodu. R2: *„A samozřejmě také dobrovolníci jim chybí. Myšleno teď hlavně ti, co chodí i individuálně za klienty, ti, kteří je třeba brali ven na procházku individuálně.“* R1 dokonce uvedla, že stesk mezi klienty a dobrovolníky je vzájemný. R1: *„Pak samozřejmě lidé, kteří byli zvyklí na dobrovolníka, který za nimi pravidelně docházel, tak jim to přirozeně chybělo. I dobrovolníci se nám v pravidelných intervalech ozývají, ptají se na „své“ klienty a vzkazují přes zaměstnance pozdravy.“*

V neposlední řadě bylo klienty obou domovů negativně vnímáno zrušení skupinové aktivizace, výletů, návštěv památek a ostatních akcí. Veškerá tato izolace, zrušení veškerých aktivit a odloučení od ostatních klientů domova i rodin způsobily klientům psychické i fyzické potíže. R1: *„Ale je fakt, že se zrušením skupinové aktivizace šli klienti psychicky dolů. Bylo toho na ně moc. Najednou přišli do nejistoty, přišli o kontakt s rodinou, o aktivity, nemohli ani z pokojů.“* R2: *„Ale rozhodně je znát, že se někteří klienti dost zhoršili, jak musí být teď v té izolaci a nevidají rodinu.“* R1 také upozornila že v době, kdy byla na domově karanténa, musela být vytvořena covid-zóna (zóna pokojů pro klienty nakažené kovidem). Stěhování klientů z jejich pokojů do jiných ale rozhodně neprospělo jejich zdravotnímu ani psychickému stavu.

Z obou poskytnutých rozhovorů bylo evidentní, že aktuální situace není snadná pro klienty domova, ale ani pro pracovníky těchto zařízení. Klienti z důvodu všech opatření a nedostatečného setkávání s ostatními klienty, rodinou či známými trpí a horší se tak jejich psychický i fyzický stav. Naopak pracovníkům domova přibýlo velké množství práce, kterou bylo často obtížné stíhat. Problém tedy nastává jak v organizaci práce, tak v psychické zátěži, která je obzvláště v období koronavirové krize znásobena.

8 Shrnutí a diskuse výsledků

V rámci této závěrečné kapitoly budou nejprve shrnuty výše uvedené výsledky výzkumu (dotazníkového šetření i rozhovorů) v návaznosti na stanovený cíl, výzkumné otázky a výzkumné předpoklady. Dále pak bude následovat diskuse těchto výsledků, shrnutí přínosu této práce pro praxi a možná návaznost na další výzkumy v této oblasti.

Hlavním cílem empirické části tohoto výzkumu byla analýza nabídky edukačních a aktivizačních programů v domovech pro seniory a následné zjištění a vymezení rozdílů v nabídce těchto programů v období před koronavirovou krizí a v jejím průběhu. Analýza této nabídky byla provedena pomocí dotazníkového šetření. První část dotazníku byla zaměřena na tuto nabídku při běžném provozu, druhá část pak sledovala její změnu v období koronavirové krize. Obě části byly obohaceny o data získaná v rozhovorech s aktivizačními pracovníci dvou domovů pro seniory. Z těchto výsledků vyplynula následující zjištění.

Analýza nabídky edukačních a aktivizačních programů v domovech pro seniory

Za běžného provozu nabízejí domovy pro seniory širokou škálu aktivit, mezi které můžeme řadit sociálně-terapeutické programy – různé druhy terapií (canisterapie, felinoterapie, hipoterapie, muzikoterapie apod.), trénink paměti, reminiscenční cvičení, poradenství či konzultace a volnočasové aktivity – tělovýchovné a hudební aktivity, společenské hry, domácí a tvořivé práce (dílny), venkovní aktivity (exkurze, výlety, kulturní aktivity), přednášky či promítání filmů. Mezi tyto aktivity mimo jiné spadají také duchovní služby (mše, bohoslužby) a individuální aktivity na pokojích klientů. Nejvíce navštěvovány tělovýchovné aktivity, domácí práce a tvořivé činnosti, společenské hry a trénink kognitivních schopností. Na přípravě a průběhu těchto aktivit se podílejí nejčastěji aktivizační či sociální pracovníci, méně pak vedoucí pracovníci či ošetřovatelé. Do poskytování těchto aktivit jsou mimo jiné zapojeni také dobrovolníci, zaměstnanci na dohodu či jiné organizace (v případě mezigeneračního setkávání). Běžně se těchto aktivit účastní více než polovina klientů ve 30 % zařízení, čtvrtina až polovina ve 38 % zařízení a méně než čtvrtina klientů ve 32 % zařízení. Nejčastěji probíhají aktivity denně, nebo alespoň 2–5× do týdne. Nabídka skupinových a individuálních aktivit je v domovech vyvážená (98 % skupinových a 95 % individuálních). Méně častý je volný program (53 %). Klienti domovů za běžného stavu neprojevují preferenci jedné z forem (52 %), případně více

klientů preferuje formu skupinovou (40 %) oproti individuální (8 %). Při přípravě a realizaci těchto aktivit jsou brány v potaz potřeby, schopnosti a možnosti a zájmy klientů jednotlivých domovů.

Změnila se nabídka aktivizačních a edukačních aktivit v období koronavirové krize oproti běžnému provozu?

Předchozí část se zaměřovala na analýzu aktivizačních a edukačních aktivit při běžném provozu. V této části bude následovat vymezení rozdílů mezi obdobími před koronavirovou krizí a při ní. K tomuto účelu nám poslouží již zmíněná data z druhé části dotazníku doplněná o informace získané z rozhovorů. Z celkového počtu 60 zařízení 90 % uvedlo, že u nich došlo ke změnám v průběhu či nabídce těchto aktivit. Oproti běžnému provozu byla škála nabízených aktivizačních a edukačních aktivit značně zúžena. Největší propad v nabídce konkrétních aktivit nastal u promítání filmů (o 59 %), aktivit s dobrovolníky (o 52 %), u venkovních aktivit (o 51 %) a terapií (o 50 %). Nabídka však byla zúžena i u všech ostatních kategorií, a to nejméně o 27 %. Nejmenší propad byl zaznamenán u aktivit individuálních, které jsou i nadále poskytovány v 75 % zařízení (propad pouze o 18 %). V této části je třeba upozornit, že kromě snížení četnosti veškerých aktivit bylo také mnoho aktivit dočasně pozastaveno. Zrušení některých aktivit bylo zjištěno u 96 % zařízení a nejčastěji se jednalo o různé druhy terapií, veškeré výlety a vycházky, exkurze a venkovní aktivity, návštěvy divadel, kin i knihoven, aktivity s dobrovolníky a veškeré skupinové aktivity. V 81 % dotázaných zařízení se k pracovníkům domova dostala informace, že klienti tyto aktivity postrádají a měli by o ně i nadále zájem. Toto tvrzení se potvrdilo také v případě obou rozhovorů. Klientům se stýská po dobrovolnících i všech zrušených aktivitách. V některých případech došlo (dle výpovědí obou respondentek rozhovoru) u klientů i ke zhoršení fyzického či psychického stavu v důsledku zvýšené izolace. Návštěvnost jednotlivých aktivit zaznamenala také propad, avšak mnohem menší než vlastní nabídka těchto aktivit. Nejvíce klesla návštěvnost u venkovních aktivit (o 32 %) a u terapií (o 25 %). Tento pokles má však pravděpodobně souvislost se zrušením většiny aktivit spadajících do těchto kategorií. U ostatních oblastí aktivit klesla návštěvnost pouze v rozmezí od 8–20 %. Pochopitelná je také zvýšená návštěvnost individuálních aktivit (zvýšena o 32 %) z důvodu převedení velkého množství aktivit ze skupinové formy do formy individuální. Propad byl

zaznamenán také v oblasti pracovníků, kteří se podílejí na jednotlivých aktivitách. Na rozdíl od běžného stavu byl zaznamenán pochopitelný propad kategorie dobrovolníků a externích lektorů. Tento pokles je vysvětlen úplným zákazem docházení dobrovolníků a zaměstnanců na dohodu (příp. externích lektorů) za klienty. Mírný pokles účasti ostatních kategorií může být způsobem nárůstem jiných povinností, které musí všichni zaměstnanci v období koronavirové krize vykonávat. Drobný nárůst v účasti je evidován pouze u kategorie terapeutů (o 2 %).

Změnila se četnost či typ aktivizačních a edukačních aktivit v období koronavirové krize oproti běžnému provozu?

Méně výrazné změny byly zaznamenány u otázky četnosti konání těchto aktivit. Aktivity sice nejsou již tak často konány denně (pokles z původních 43 % na 36 %), avšak stále jsou tyto služby poskytovány alespoň 2–5× týdně (nárůst z původních 42 % na 47 %). U zbylých kategorií došlo pouze k mírné změně. Pouze 1× týdně jsou nyní aktivity pořádány v 10 % domovů (oproti původním 7 %) a 6× týdně u 7 % domovů (oproti původním 8 %). Značná změna ovšem nastala oproti běžnému stavu v otázce nabízených forem aktivizačních a edukačních aktivit v dotázaných domovech. Oproti nabídce před koronavirovou krizí výrazně kleslo procento nabízených skupinových aktivit z 98 % na pouhých 30 %. Tento pokles je možné vysvětlit úplným zákazem skupinových aktivit, který sice již není aktuální, avšak u velké části domovů zatím nemuselo dojít k návratu skupinových aktivit do nabídky. Vládní opatření a zákazy se však projevily i u skupiny individuálních aktivit, kde došlo k poklesu na 73 % (z původních 95 %) a u nabídky volného programu, který byl též omezen z původních 53 % na aktuálních 13 %.

Má tento stav vliv na účast klientů domovů na aktivizačních a edukačních aktivitách či na jejich preference?

Ačkoliv došlo ke značnému úbytku skupinových a mírnému úbytku individuálních aktivit v domovech, dle výsledků výzkumu tento stav příliš neovlivnil preference klientů jednotlivých forem. Skupinové aktivity jsou preferovány stále stejně (40 % klientů) a došlo pouze k nárůstu preference individuálních aktivit (z 8 % na 22 %). Z rozhovorů též vyplývá, že ačkoliv musela být značně omezena nabídka aktivizačních a edukačních programů v domově, zájem klientů zůstává stále stejný, a je tedy nastalou situací ovlivněn jen mírně.

Problémem je tedy spíše nemožnost účasti na aktivitách než nezájem klientů. Klienti by projevovali zájem i nadále, pokud by byly aktivity nabízeny ve stejné míře jako před obdobím koronavirové krize. Krizí nebyla příliš poznamenána ani účast klientů na jednotlivých aktivitách. Ta nebyla oproti běžnému stavu nějak dramaticky změněna. Mírně stoupl procento zařízení, kde se aktivit účastní pouze čtvrtina či méně klientů (nárůst o 8 % zařízení oproti původním 32 % dotázaných zařízení). Tento nárůst byl způsobený poklesem u ostatních kategorií, a to u účasti více než poloviny klientů o 5 % a účasti čtvrtiny až poloviny klientů o 3 %.

Došlo ke změně podmínek konání jednotlivých aktivizačních a edukačních aktivit?

Z volných odpovědí dotazníkového šetření a informací získaných v rozhovorech vyplývají nejčastěji následující změny. Po začátku koronavirové krize byla značně omezena nabídka a různorodost aktivit pořádaných v domovech. Zároveň byla přerušena značná část spoluprací s vnějším okolím. Domovy nyní postrádají spolupráci s dobrovolníky, pracovníky na dohody, externími lektory a dalšími organizacemi (v případě mezigeneračního setkávání), zároveň postrádají možnost venkovních aktivit, výletů, exkurzí apod. Veškeré aktivity musely být přizpůsobeny novým hygienickým požadavkům, klienti i pracovníci domovů musí mít po celou dobu nasazenou roušku a vše se musí důkladně dezinfikovat. Většina skupinových aktivit musela být buď omezena na menší počet účastníků, změněna na individuální formu, případně úplně zrušena. Tato opatření společně se zákazem či pozdějším omezením návštěv v domovech měla za následek zvýšení izolace seniorů v domovech a v mnohých případech tak jejich strádání. Zároveň došlo ke ztížení organizačních podmínek těchto aktivit a k většímu vyčerpání personálu, který tyto aktivity zajišťuje. Kvůli zvýšení počtu individuálních aktivit a vzniku nových povinností (např. zajišťování videohovorů) je mnohem těžší veškeré činnosti stíhat.

Výše uvedené shrnutí dotvrzuje, že hlavní cíl této práce byl naplněn. Byla provedena analýza nabídky aktivizačních a edukačních aktivit v domovech pro seniory i následné zjištění a vymezení rozdílů této nabídky před koronavirovou krizí a při ní. Zároveň byla zodpovězena otázka v rámci hlavního výzkumného problému, a to: Jaká je aktuální nabídka aktivizačních a edukačních aktivit (programů) v domovech pro seniory a čím se liší od

nabídky těchto aktivit před obdobím koronavirové krize? Výše uvedené shrnutí také odpovídá na následující dílčí výzkumné otázky stanovené pro tento výzkum.

1. Změnila se nabídka aktivizačních a edukačních aktivit v období koronavirové krize oproti běžnému provozu?
 - Odpověď je obsažena ve 4. odstavci shrnutí.
2. Změnila se četnost či typ aktivizačních a edukačních aktivit v období koronavirové krize oproti běžnému provozu?
 - Odpověď je obsažena v 5. odstavci shrnutí.
3. Má tento stav vliv na účast klientů domovů na aktivizačních a edukačních aktivitách či na jejich preference?
 - Odpověď je obsažena v 6. odstavci shrnutí.
4. Došlo ke změně podmínek konání jednotlivých aktivizačních a edukačních aktivit?
 - Odpověď je obsažena v 7. odstavci shrnutí.

V rámci výzkumné části této práce byly také potvrzeny následující výzkumné předpoklady, které byly stanoveny na počátku výzkumu.

VP 1: Ve většině (min. $\frac{3}{4}$) z dotázaných zařízení došlo ke změnám v nabídce aktivizačních a edukačních aktivit v důsledku koronavirové krize a souvisejících vládních nařízení.

- VP1 byl potvrzen – viz graf 10 a 4. odstavec shrnutí.

VP 2: V období koronavirové krize se snížil počet skupinových edukačních či aktivizačních aktivit konaných v dotázaných zařízeních.

- VP2 byl potvrzen – viz graf 18 a 5. odstavec shrnutí.

VP 3: Zájem klientů o jednotlivé aktivity bude snížen minimálně, naopak negativně bude vnímána absence zrušených aktivit.

- VP3 byl potvrzen – viz graf 14, graf 16 a 1. a 6. odstavec shrnutí.

Téma tohoto výzkumu i celé diplomové bylo autorkou zvoleno vzhledem k momentálnímu událostem ve světě i v České republice. Protože koronavirová krize je momentálně součástí života většiny lidí na světě a dotýká se v podstatě všech sfér běžného společenského života, může být toto téma považováno za přínosné a aktuální. Vzdělávání je

obecně jednou z oblastí, na které se tato krize a aktuální stav nejvíce podepsal. Omezení, jež se vztahují nejen na vzdělávání seniorů, ale na vzdělávání v obecné rovině, mohou mít dalekosáhlé dopady pro celou společnost. Oblast vzdělávání seniorů je jen jedním z témat, kterým by měla být v následujících měsících i letech věnována pozornost. Tato práce pouze mapuje aktuální dopady krize na vzdělávání seniorů v rámci domovů pro seniory. V oblasti vzdělávání je však v souvislosti s koronavirovou krizí množství dalších témat, problémů či institucí, kterým by se následující výzkumy mohly, či snad i měly věnovat. Pozornost by se mohla obrátit na vzdělávání v obecné rovině (jiných skupin vzdělávaných, jiných věkových kategorií vzdělávaných), mohla by být věnována edukaci seniorů všeobecně (bez zaměření na edukaci v domovech pro seniory), nebo by se mohla zaměřit na jiné druhy institucí poskytujících vzdělávání. Přínosné by mohlo být sledování dopadů této krize v delším časovém rozpětí na různé sféry vzdělávání, nebo přístup jednotlivých organizací/institucí k řešení stávající situace, a to i s ohledem na její budoucí vývoj.

Autorka se v rámci svého výzkumu zaměřila konkrétně na téma edukace seniorů v domovech pro seniory v období koronavirové krize. Stávající situace a omezení značně znesnadnily poskytování aktivizačních a edukačních služeb v domovech pro seniory. Tyto aktivity jsou však pro mnohé klienty domovů stěžejní náplní volného času a hlavním zdrojem uspokojování rozličných potřeb. Jak již bylo uvedeno v teoretické části této práce, kvalita života seniorů (nejen v domovech pro seniory) se odvíjí od míry uspokojení jejich potřeb. Autorem, který upozorňuje na vazbu mezi kvalitou života a potřebami, je například Vážanský (2010, s. 20), který zastává názor, že: „*Kvalita života se také vztahuje k potřebám, jejich uspokojování, hodnotám, individuálním hodnotovým žebříčkům.*“ Petřková a Čornaničová (2004, s. 40) dále zmiňují, že se jedná o jakýsi pocit pohody či spokojenost se životem. K podpoře kvality života by podle nich měla přispívat mimo jiné i edukace seniorů a gerontagogika. Při aktuální situaci je však náročné tyto potřeby seniorů naplnit. Kvůli stávajícím opatřením a zákazům musely být značně omezeny kontakty mezi klienty a rodinami i klienty mezi sebou. Zrušení či utlumení skupinových aktivit k tomuto faktu pouze přispívá. Tato situace však může vést v některých případech až k nedostatečnému uspokojení základních potřeb, jako jsou například potřeby sounáležitosti, lásky i seberealizace. Není tak divu, že respondentky rozhovorů upozornily na značné zhoršení psychického a následně i fyzického stavu některých svých klientů. Senioři jsou jednou

z nejvíce zranitelných skupin společnosti, a proto je nutné dbát na dostatečné uspokojování všech jejich potřeb, podporovat je v seberealizaci, začleňování do společnosti a dopřát jim tak možnost prožití kvalitního a aktivního stáří. I přesto, že je tedy nutné brát v potaz jejich bezpečí a nevystavovat je zvýšenému riziku nákazy, je stejně tak důležité respektovat jejich přání a potřeby.

Od počátku koronavirové krize vzniklo také velké množství zahraničních výzkumů a článků týkajících se problematiky koronavirové krize, edukace v tomto období a možných dopadů zavedených opatření na psychické a fyzické zdraví nejen seniorské populace. Jejich možnými dopady se zabývá například švýcarský výzkum kvality života v období COVID-19 karantény (Ferreira, et al., 2021). Z jeho výsledků jasně vyplývá, že karanténa a sociální izolace mohou mít značný vliv na kvalitu života jedince a zvýšení úrovně úzkosti a výskytu depresí. Nejvíce ohroženi jsou především osamělí lidé, mezi něž můžeme často řadit právě seniory. Podle autorů je nejdůležitější dbát na poskytování jasných, stručných a objektivních informací o vývoji nemoci a přijímaných opatřeních. Ke stejnému závěru došel také turecký výzkum hodnocení fóbie z COVID-19 a pocitu osamělosti u seniorů (Cihan a Durmaz, 2021, s. 5–6). I tento výzkum potvrzuje, že sociální izolace a karanténa mohou u seniorů vyvolávat negativní emoce jako např. osamělost. Ta dále úzce souvisí se snížením pocitu spokojenosti, štěstí a nárůstem depresivních nálad. Stejně tak se mohou projevit i fyzické potíže. Z výsledků výzkumu také plyne, že míra osamělosti úměrně rostla se zvyšujícím se věkem respondentů. O to více by se při aktuální situaci měl podporovat rozvoj a další vzdělávání seniorů. Jednou z klíčových oblastí vzdělávání seniorů v této době by mohlo být například vzdělávání v informačních technologiích, které vytvářejí digitální propast v sociálních kontaktech. Při této krizi je potřebné více než kdy dříve, aby byli senioři schopni využívat novodobé technologie a měli tak možnost alespoň částečně minimalizovat dopady pandemie (Martins Van Jaarsveld, 2020, s. 4–5). V oblasti sociální práce a edukace seniorů upozorňují dále některé články na potřebu dostatečného vzdělávání sociálních pracovníků a vzdělavatelů, na rozvoj jejich kompetencí souvisejících s aktuální situací a na zvyšování jejich kvalifikace. Pracovníci v sociálních službách by měli být školeni a vzděláváni v oblastech, které jsou nutné pro práci se seniory a poskytování kvalitní péče v období této pandemie (Berg-weger a Schroepfer, 2020, s. 257–258).

Zpracováním této práce se autorka snaží upozornit na důležitost hledání rovnováhy v uspokojování jednotlivých potřeb. Mezi tyto specifické potřeby ve stáří patří jak potřeba stimulace a otevřenosti novým zážitkům (zkušenostem), potřeba sociálního kontaktu, seberealizace, tak i potřeba citové jistoty a bezpečí či otevřené budoucnosti a naděje (Venglářová, 2007, s. 344–347). U seniorů je tedy nutné respektovat potřebu bezpečí, chránit jejich zdraví a předcházet jejich strachu z nákazy (případně ze smrti). Na druhé straně je však nutné respektovat i další širokou škálu jejich potřeb – potřebu být stimulován, cítit se užitečný, mít dostatek sociálních kontaktů a potřebu vídat se s rodinou, která jim může dopřát pocit citové jistoty a bezpečí.

Závěr

Diplomová práce se zabývá tématem nabídky aktivizačních a edukačních aktivit v domovech pro seniory v období koronavirové krize. V rámci této práce je analyzována a popsána nabídka těchto aktivit při běžném provozu a v průběhu koronavirové krize. Následuje porovnání těchto dvou období a vymezení rozdílů v nabídce a účasti klientů na těchto aktivitách. Naplněn tak je hlavní cíl diplomové práce, a to analyzovat nabídku edukačních a aktivizačních programů v domovech pro seniory a následně zjistit a vymežit rozdíly v nabídce těchto programů v období před koronavirovou krizí a v jejím průběhu. Zároveň jsou v rámci shrnutí zodpovězeny čtyři dílčí výzkumné otázky, stanovené na začátku výzkumu, a to:

1. Změnila se nabídka aktivizačních a edukačních aktivit v období koronavirové krize oproti běžnému provozu?
2. Změnila se četnost či typ aktivizačních a edukačních aktivit v období koronavirové krize oproti běžnému provozu?
3. Má tento stav vliv na účast klientů domovů na aktivizačních a edukačních aktivitách či na jejich preference?
4. Došlo ke změně podmínek konání jednotlivých aktivizačních a edukačních aktivit?

V návaznosti na tyto otázky jsou také v rámci shrnutí potvrzeny všechny předem stanovené výzkumné předpoklady:

VP 1: Ve většině (min. $\frac{3}{4}$) z dotázaných zařízení došlo ke změnám v nabídce aktivizačních a edukačních aktivit v důsledku koronavirové krize a souvisejících vládních nařízení.

VP 2: V období koronavirové krize se snížil počet skupinových edukačních či aktivizačních aktivit konaných v dotázaných zařízeních.

VP 3: Zájem klientů o jednotlivé aktivity bude snížen minimálně, naopak negativně bude vnímána absence zrušených aktivit.

K naplnění cíle této práce sloužila data získaná z dotazníkového šetření určeného domovům pro seniory ve Středočeském kraji. Tato data byla obohacena o rozhovory s aktivizačními pracovníci dvou domovů pro seniory. Výzkum proběhl začátkem roku 2021 a jeho průběh se řídil stanoveným harmonogramem (viz harmonogram realizace

výzkumu). Průběh výzkumu byl však provázen drobnými změnami způsobenými aktuální situací. Oba rozhovory musely proběhnout o něco později, než bylo v plánu, jeden z nich musel být zprostředkován telefonicky kvůli karanténě respondentky. K závažným změnám či posunům však nedošlo. V původním návrhu práce měli být do tohoto výzkumu zapojeni také klienti domovů. Avšak to kvůli přísným podmínkám nebylo nakonec možné. I přesto však získaná data postačují k naplnění cíle a zodpovězení výzkumných otázek.

Aktuální situace má vliv na všechny oblasti běžného života. Ve všech těchto oblastech muselo dojít kvůli koronavirové krizi k množství změn a omezení. Výjimkou nebylo ani vzdělávání všech věkových kategorií a na všech úrovních. Vzdělávání je důležitým základem pro společnost a její budoucnost. Ztížení podmínek pro jeho průběh tak s sebou může nést značná rizika a dopady. Stejně jako všechna odvětví vzdělávání, i vzdělávací aktivity seniorů musely být omezeny, a to nejen v domovech pro seniory. Nicméně právě v pobytových zařízeních pro seniory jsou aktivizační a edukační programy nedílnou součástí a jejich absence může mít dopady na kvalitu života seniorů. Jak bylo zjištěno v rámci této práce, realizace těchto aktivit v domovech musela být značně omezena, některé programy či aktivity musely být dočasně zrušeny. Na nějakou dobu byla zrušena i spolupráce s externími poskytovateli, jako jsou např. dobrovolníci, pracovníci na dohodu či další organizace (v případě mezigeneračního setkávání). Ačkoliv tak nebyl výrazně ovlivněn zájem klientů domova o tyto aktivity, část z nich musela být přerušena či omezena. Největší vliv měla tato situace na skupinové aktivity. Společně s prvotním zrušením a pozdějším omezením návštěv rodin v domovech měl tento stav za následek značnou sociální izolaci klientů domovů a v některých případech i zhoršení jejich psychického i fyzického stavu. Tato krize tak odkryla a znovu připomněla skutečnou důležitost sociálních kontaktů a možnost seberealizace pomocí aktivizačních a edukačních aktivit pro seniory.

Z výsledků výzkumu jasně vyplývá, že i přes aktuální stav v české společnosti i ve světě, je vzdělávání nesmírně důležitou součástí v průběhu celého našeho života. Proto je nutné respektovat nejen potřebu bezpečí a podporovat preventivní opatření proti nákaze. Je třeba vzít v potaz veškeré lidské potřeby, mezi něž patří i potřeba sounáležitosti, seberealizace či seberozvoje. Nejdůležitější je tak najít cestu, jak zajistit rovnováhu mezi prevencí nákazy a možnostmi uspokojení dalších potřeb nutných pro kvalitní život.

Seznam použitých informačních zdrojů

APSS, 2019. *Sborník příkladů dobré praxe v oblasti péče o seniory, zvláště o seniory s demencí*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN: 978-80-907053-7-1

BAKOVÁ, Daniela a kol., 2015. *Vnímání staroby a stárnutia optikou súčasnej spoločnosti*. Praha: Hnutí R. ISBN 978-80-86798-57-8.

BENEŠOVÁ, Dana, 2014. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 978-80-7452-039-6.

BENEŠ, Milan, 2003. *Andragogika*. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86432-23-8.

BLATNÝ, Marek, 2010. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3434-7.

BROMLEY, Denis, B., 1974. *Psychológia ľudského stárnutia*. Bratislava: Smena. 1.vyd. ISBN 73-101-74-02.

CZESANÁ, Věra a Zdeňka MATOUŠKOVÁ, 2006. *Účast a bariéry vzdělávání starších osob*. WP č. 2/2006. Praha: NVF-NOZV. ISSN 1801–5476.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Zdeněk KALVACH, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.

DIENSTBIER, Zdeněk, 2009. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Praha: Radix. ISBN 978-80-86013-88-0.

DRAGANOVÁ Helena a kol., 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-240-3.

DRAGOMIRECKÁ Eva a Pavla ŠELEPOVÁ. *Kvalita života u seniorů – mezinárodní výzkum*. In: HNILICOVÁ, Helena, ed., 2004. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference*,

konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISBN 80-86625-20-6.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ, 2007. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. ISBN 978-80-254-0174-3.

HRAPKOVÁ, Naděžda. *Uplatňovanie didaktických aspektov vo vzdelávaní v Univerzite tretieho veku pri UK v Bratislave*. In: PETŘKOVÁ, Anna, ed., 1999. *Aktuální problémy vzdělávání seniorů: sborník příspěvků z odborného semináře se zahraniční účastí dne 29.4.1999*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého. ISBN 80-244-0007-3.

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

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ, 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5535-9.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.

- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KALVACH, Zdeněk a kol, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0102-3.
- KREBS, Vojtěch a kol., 2007. *Sociální politika*. 4. přeprac. vyd. Praha: Codex Bohemia. ISBN 978-80-7357-276-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
- LACA, Slavomír a Jana KOLLÁRČIKOVÁ, 2015. *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií. ISBN 978-80-904748-9-5.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MÜHLPACHR, Pavel, 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5029-7.
- MUŽÍK, Jaroslav, 1998. *Andragogická didaktika*. Praha: Codex Bohemia. ISBN 80-85963-52-3.
- NEDĚLKA, Michal a Jaroslav VETEŠKA, 2018. *Specifika vzdělávání seniorů v rámci univerzity třetího věku: androdidaktické a motivační faktory*. In: VETEŠKA, Jaroslav (ed.). *Vzdělávání dospělých 2017 – v době rezonujících společenských změn = Adult Education 2017 – in times of resonant social changes: proceedings of the 7th International Adult Education Conference*. 11–12th November 2017 Prague. Praha: Česká andragogická společnost, s. 213–220. ISBN 978-80-906894-2-8.

- NEŠPOROVÁ, Olga, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ, 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-87007-96-9.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.
- PALÁN, Zdeněk, 2002. *Lidské zdroje: výkladový slovník*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0950-7.
- PETŘEKOVÁ, Anna, 2004. *Mláď o stáří: několik postřehů z výzkumné sondy u středoškoláků*. In: SÝKOROVÁ, Dana a Oldřich CHYTIL, ed. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7326-026-3.
- PETŘKOVÁ, Anna, 2005. *Úvod do ontogenetické psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1259-4.
- PETŘKOVÁ, Anna a Rozálie ČORNANIČOVÁ, 2004. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0879-1.
- PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU, 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložila Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 80-7178-184-3.
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- POLEDNÍKOVÁ, Ľubica a kol., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-208-1.
- PRŮCHA, Jan, 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5232-7.
- PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4748-4.
- PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

- PŘÍHODA, Václav, 1974. *Ontogeneze lidské psychiky*. 2. vyd. Praha: SPN. Učebnice vysokých škol (SPN).
- RHEINWALDOVÁ, Eva, 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-828-8.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SCHMEIDLER, Karel, 2009. *Problémy mobility stárnoucí populace*. Brno: Novpress. ISBN 978-80-87342-05-3.
- SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-62-5.
- ŠERÁK, Michal a Miroslava DVOŘÁKOVÁ, 2009. *Kapitoly z teorie a praxe vzdělávání dospělých*. V Praze: ČZU, Institut vzdělávání a poradenství. ISBN 978-80-213-2001-7.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol., 2003. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezm. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0629-2.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8.
- ŠTILEC, Miroslav, 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-920-8.
- TLUSTÁ, Kateřina, 2007. *Aktivizace seniorů v denním centru*. In: *Pražské gerontologické dny 2006 - sborník přednášek*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 80-86541-17-7.
- TOMCZYK, Łukasz, 2015. *Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií*. Přeložil Joanna SZANIAWSKA. Praha: Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR. ISBN 978-80-904531-9-7.
- TOMEŠ, Igor, 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-868-5.
- TOŠNEROVÁ, Tamara, 2002. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. ISBN 80-238-9506-0.

TOTA, Miroslav, 2016. *Senior, aneb, Ještě mě tu máte*. Týn nad Vltavou: Nová Forma. ISBN 978-80-7453-666-3.

TROEN, Bruce, 2003. *The Biology of Ageing*. The mount sinai journal of medicine, vol. 70 No. 1. ISSN 1931-7581.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁŽANSKÝ, Mojmír, 2010. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-130-9.

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

VETEŠKA, Jaroslav, 2016. *Přehled andragogiky: úvod do studia vzdělávání a učení se dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1026-9.

VETEŠKA, Jaroslav, 2017. *Gerontagogika: psychologicko-andragogická specifika edukace a aktivizace seniorů*. 2. dop. a rozš. vyd. Praha: Česká andragogická společnost. Česká a slovenská andragogika. ISBN 978-80-905460-7-3.

ZAVÁZALOVÁ, Helena, a kol., 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0326-8.

ŽÁČKOVÁ Jana. *Kvalita života a sociální služby pro seniory v České republice*. In: VÁCLAVÍKOVÁ, Anna a Magdalena CHMELÁŘOVÁ, ed., 2012. *Udržitelnost rozvoje společnosti a kvalita života: podpora aktivního stáří v kontextu mezigenerační solidarity*. Opava: Ústav veřejné správy a regionální politiky. ISBN 978-80-7248-794-3.

Internetové zdroje

BERG-WEGER, Marla a Tracy SCHROEPFER, (2020). *COVID-19 Pandemic: Workforce Implications for Gerontological Social Work* [online]. Journal of Gerontological Social Work, 63:6-7, 524–529, 19.květen 2020 [cit. 06.04.2021]. Dostupné z: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/01634372.2020.1772934>

BRODILOVÁ, Marcela a kol., 2019. *Metodika sociální práce v sociálním bydlení. Specifika práce s vybranými cílovými skupinami sociálního bydlení* [online]. MPSV – Operační

program Zaměstnanost [cit. 11.02.2021]. Dostupné z: http://www.socialnibydleni.mpsv.cz/images/soubory/metodiky/Specifika_pr%C3%A1ce_s_vybran%C3%BDmi_c%C3%ADlv%C3%BDmi_skupinami_v_SB.pdf

CIHAN, Fatma G. a Funda Gökgöz DURMAZ, 2021. *Evaluation of COVID-19 phobia and the feeling of loneliness in the geriatric age group* [online]. © 2021 John Wiley & Sons Ltd, 9.únor 2021 [cit. 06.04.2021]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/ijcp.14089>

COVID PORTÁL. *Aktuální opatření* [online]. 2021 © Ministerstvo vnitra [cit. 19.02.2021]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/opatreni>

COVID-19 Dashboard [online]. Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) [cit. 19.02.2021]. Dostupné z: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Naděje dožití aneb kolika let se můžeme dožít v našem kraji?* [online]. 22.září 2020 [cit. 27.01.2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xu/nadeje-dozeni-aneb-kolika-let-se-muzeme-doazit-v-nasem-kraji>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Pohyb obyvatelstva - 1. čtvrtletí 2020 - Nouzový stav ovlivnil i demografická data* [online]. 12. června 2020 [cit. 03.02.2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvatelstva-1-ctvrtleti-2020#>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Věková skladba obyvatel Česka se výrazně promění* [online]. 18.listopadu 2018 [cit. 03.02.2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekova-skladba-obyvatel-ceska-se-vyrazne-promeni>

Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR, 2015 [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR [cit. 23.02.2021]. ISBN 978-80-904668-8-3. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL\(2\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL(2).pdf)

ELDERLY HEALTH SERVICE, 2018. *Skilful Communication with Elders* [online]. 5.března 2018 [cit. 17.02.2021]. Dostupné z: https://www.elderly.gov.hk/english/carers_corner/comm_skilful.html

EUROSTAT STATISTIC EXPLAINED. *Population and population change statistics* [online]. 10.července 2020a [cit. 03.02.2021]. ISSN 2443-8219. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_and_population_change_statistics#EU-27_population_continues_to_grow

EUROSTAT STATISTIC EXPLAINED. *Struktura a stárnutí obyvatelstva* [online]. 18.prosince 2020b [cit. 03.02.2021]. ISSN 2443-8219. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/cs#Pod.C3.ADlstar.C5.A1.C3.ADch_osob_se_nad.C3.A1le_zvy.C5.A1uje

FERREIRA, Lara N., et al., 2020. *Quality of life under the COVID-19 quarantine* [online]. © Springer Nature Switzerland AG 2021, 24.listopad 2020 [cit. 06.04.2021]. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11136-020-02724-x.pdf>

HATÁR, Ctibor, 2013. *Edukácia seniorov v rezidenčných podmienkach – možnosti, limity a význam*. In: *Edukácia človeka – problémy a výzvy pre 21. storočie*, 2013 [online]. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove [cit. 03.02.2021]. ISBN: 978-80-555-0825-2. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/pdf/web/viewer.html?file=/web/kniznica/elpub/dokument/Lukac1/subor/9788055508252.pdf>

CHALISE, Hom Nath, 2019. *Aging: Basic Concept*. 1. vyd. American Journal of Biomedical Science & Research [online]. 02.01.2019 [cit. 09.09.2020]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/330116948_Aging_Basic_Concept

CHLOUBOVÁ, Helena, 2005. *Psychosociální potřeby ve stáří*. Rezidenční péče [online]. 2005; 1(3):14-15; [cit. 14.01.2021]. Dostupné z: <https://rezidencnipece.cz/archiv/casopis/0503.pdf>

MARTINS VAN JAARSVELD, Gabrielle, 2020. The Effects of COVID-19 Among the Elderly Population: A Case for Closing the Digital Divide [online]. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 577427, 12.listopad 2020 [cit. 06.04.2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7693633/pdf/fpsyt-11-577427.pdf>

Model sociální služby – Domov pro seniory [online]. Projekt: Efektivní naplňování střednědobého plánu v podmínkách MSK 2016-2018. Moravskoslezský kraj [cit. 25.9.2020]. Dostupné z: https://wtd.msk.cz/assets/dotace_eu/model_9_domov-pro-seniory.pdf

MPSV, 2020. *Sociální služby* [online]. 28. 7. 2020 [cit. 22.02.2021]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

MPSV, 2009. *Systém sociálního zabezpečení v České republice* [online]. České předsednictví v Radě EU [cit. 22.02.2021]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/955203/ssz_cr_cz.pdf/0a28b312-2beb-34c7-b447-487dedb42c92

MPSV. *Rada vlády pro seniory a stárnutí populace republiky* [online]. [cit. 10.02.2021]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/rada-vlady-pro-seniory-a-starnuti-populace>

MPSV. *Senioři a politika stárnutí – Příprava na stárnutí v České republice* [online]. [cit. 10.02.2021]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/seniori-a-politika-starnuti>

MPSV. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025*. 72/19, T: 6.6.2019 [online]. [cit. 18.1.2021]. Dostupné z: <https://www.komora.cz/legislation/72-19-strategie-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2019-2025-t-6-6-2019/>

MSK, 2020. *Modely sociálních služeb – Model 9 – Domov pro seniory* [online]. 11.11.2020 [cit. 23.02.2021]. Dostupné z: <https://www.msk.cz/cs/temata/socialni/modely-socialnich-sluzeb-1590/>

NSK. *Lektor dalšího vzdělávání* [online]. Národní soustava kvalifikací [cit. 23.02.2021]. Dostupné z: https://www.narodnikvalifikace.cz/kvalifikace-581-Lektor_dalsiho_vzdelavani

ONEMOCNĚNÍ AKTUÁLNĚ. *COVID-19: Přehled aktuální situace v ČR* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 19.02.2021]. Dostupné z: <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>

PRŮCHA, Jan a Roman ŠVARŤÍČEK, 2009. *Etický kodex české pedagogické vědy a výzkumu*. Pedagogická orientace, roč. 19, č. 2, s. 89–105. ISSN 1211-4669. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/pedor/article/view/1225/934>

ROZSYPAL, Michael, 2020. *Co je to pandemie a jaké sužovaly lidstvo v minulosti?* [online]. Český rozhlas, 4. duben 2020 [cit. 19.02.2021]. Dostupné z: <https://plus.rozhlas.cz/encyklopedie-plusu-vse-co-jste-chteli-vedet-o-koronaviru-na-jednom-miste-8174823/2>

SIDDIQUI Muhammad, Mohammad ILIYAS & Shaheena MANZOOR, 2016. *Community Medicine & Public Health – Health of Elderly* [online]. 8. vyd. Time Publisher. Březen 2016 [cit. 09.09.2020]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/308021555_Health_of_Elderly

ŠVEHLÍKOVÁ Linda, Anton HERETIK, ml., 2008. *Kvalita života – o čom to hovoríme?* © 2021 Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika [online], 15, č. 3. ISSN 1338-7030. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/psychiatria/archiv-cisel/archiv/obsah-cisla-3/2008/review/kvalita-zivota-ocom-to-hovorime.html>

ŠTYGLEROVÁ Terezie, Michaela NĚMEČKOVÁ a Miroslav ŠIMEK, 2013. *Stárnutí se nevyhneme*. In: *Statistika & my* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2011 [cit. 03.02.2021]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/casopis-statistika-a-my>

TOMEŠOVÁ, Irena, 2006. *Standardy kvality* [online]. NVF – bulletin pro podporu a rozvoj lidských zdrojů 2/2006 [cit. 23.02.2021]. Dostupné z: http://old.nvf.cz/profuturo/2006_2/standardy.htm

UNDP. *COVID-19 pandemic – Humanity needs leadership and solidarity to defeat the coronavirus* [online]. United Nations Development Programme [cit. 19.02.2021]. Dostupné z: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/coronavirus.html>

UNECE. *Active ageing index (AAI) in non-eu countries and at subnational level: Guidelines*. August 2018 [online]. European Commission [cit. 18.1.2021]. Dostupné z: https://unece.org/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/AAI_Guidelines_final.pdf

UNECE. *Active Ageing Index*. September 2015 [online]. Prezentace dostupná on-line na stránkách projektu [cit. 18.01.2021]. Dostupné z: <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/I.+AAI+in+brief>

UNECE. Ageing – *About our work* [online]. [cit. 10.02.2021]. Dostupné z: <https://unece.org/population/ageing>

WHO. *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project* [online]. Health statistics and information systems [cit. 10.9.2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

WHO. *Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19)* [online]. 31.července 2020 [cit. 19.02.2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>

WHO. *Emergencies: International health regulations and emergency committees* [online]. 19.prosince 2019 [cit. 19.02.2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/emergencies-international-health-regulations-and-emergency-committees>

ZAIDI, Asghar, 2008. *Well-Being of Older People in Ageing Societies*. London: Routledge [online]. 24.října 2017 [cit. 10.9.2020]. ISBN 9781315234182. Dostupné z: <https://www.taylorfrancis.com/books/e/9781315234182>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. Zákony pro lidi. © AION CS, s.r.o. 2010-2020 [cit. 25.9.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3-hlava1>

Seznam grafů

| | |
|---|----|
| Graf 1 – Velikost dotázaných zařízení | 65 |
| Graf 2 – Skupina poskytovatelů | 66 |
| Graf 3 – Počet zaměstnanců | 66 |
| Graf 4 – Podílející se pracovníci | 67 |
| Graf 5 – Aktivizační a edukační aktivity | 68 |
| Graf 6 – Účast na aktivitách | 69 |
| Graf 7 – Četnost aktivit | 69 |
| Graf 8 – Formy aktivit | 70 |
| Graf 9 – Preference formy | 70 |
| Graf 10 – Změna nabídky aktivit / programů | 71 |
| Graf 11 – Podílející se pracovníci (při krizi) | 72 |
| Graf 12 – Aktivizační a edukační programy (při krizi) | 73 |
| Graf 13 – Pozastavení aktivit v době krize | 74 |
| Graf 14 – Postrádají klienti zrušené aktivity? | 75 |
| Graf 15 – Návštěvnost aktivit v době krize | 76 |
| Graf 16 – Účast na aktivitách při krizi | 76 |
| Graf 17 – Četnost aktivit při krizi | 77 |
| Graf 18 – Nabízené formy při krizi | 78 |
| Graf 19 – Preference formy při krizi | 78 |
| Graf 20 – Opatření zavedená při krizi | 79 |

Seznam příloh

| | |
|-----------------------------|---|
| Příloha č. 1 Dotazník | I |
|-----------------------------|---|

Příloha č. 1 Dotazník

Úvod dotazníku

Mé jméno je Anna Kučerová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Andragogika a management vzdělávání na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o spolupráci při zpracování mé diplomové práce na téma Edukace a aktivizace seniorů v domovech pro seniory v období koronavirové krize. Prosím o vyplnění následujícího dotazníku obsahujícího 25 otázek na téma nabídky aktivizačních a edukačních programů ve Vašem zařízení. Jeho vyplnění by nemělo zabrat více než 20 minut Vašeho času.

Odpovědi v dotazníku i veškeré uvedené informace jsou zcela anonymní a budou využity výhradně ke zpracování mé diplomové práce. Předem děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.

OTÁZKY (část I.) – Identifikační údaje

1) Uveďte název Vašeho zařízení (nepovinné).

2) Jak velké je Vaše zařízení? / Kolik klientů je momentálně ve Vašem zařízení?

- a) Malé (40 a méně lůžek)
- b) Střední (41–100 lůžek)
- c) Velké (více než 100 lůžek)

3) Do které skupiny poskytovatelů sociálních služeb se dle zákona č. 108/2006 Sb. řadí Vaše zařízení?

- a) Územní samosprávné celky
- b) Právnícké osoby zřízeny územním samosprávním celkem
- c) Další právnícké osoby
- d) Fyzické osoby
- e) Ministerstvo
- f) Státní příspěvkové organizace

4) Kolik zaměstnanců má momentálně Vaše zařízení?

- a) Méně než 15
- b) 16–25
- c) 26 a více

OTÁZKY (část II.) – Běžný provoz

5) Kdo se podílí na přípravě a průběhu aktivizačních a edukačních aktivit? (možnost více odpovědí)

- a) Vedoucí pracovník
- b) Sociální pracovník
- c) Ošetřovatel
- d) Zdravotní sestra
- e) Aktivizační pracovník
- f) Terapeut
- g) Dobrovolník
- h) Externí lektor
- i) Jiné: _____

6) Jaké programy či aktivity Vaše zařízení klientům poskytuje? (možnost více odpovědí)

- a) Tělovýchovné aktivity
 - b) Společenské hry
 - c) Domácí práce a tvořivé činnosti
 - d) Hudební aktivity
 - e) Trénink kognitivních schopností
 - f) Reminiscenční posezení
 - g) Venkovní aktivity (exkurze, výlety apod.)
 - h) Terapie (canisterapie, felinoterapie, muzikoterapie apod.)
 - i) Individuální aktivity (na pokoji klienta)
 - j) Aktivity s dobrovolníky
 - k) Přednášky
 - l) Promítání filmů
 - m) Jiné (uved'te):
-
-
-

7) Jaké programy jsou nejvíce navštěvovány? (možnost více odpovědí)

- a) Tělovýchovné aktivity
- b) Společenské hry
- c) Domácí práce a tvořivé činnosti
- d) Hudební aktivity
- e) Trénink kognitivních schopností
- f) Reminiscenční posezení
- g) Venkovní aktivity (exkurze, výlety apod.)
- h) Terapie (canisterapie, felinoterapie, muzikoterapie apod.)
- i) Individuální aktivity (na pokoji klienta)

- j) Aktivity s dobrovolníky
 - k) Přednášky
 - l) Promítání filmů
 - m) Jiné (uved'te):
-
-
-

8) Kolik klientů se přibližně běžně účastní těchto aktivit?

- a) Čtvrtina klientů a méně
- b) Čtvrtina až polovina klientů
- c) Více než polovina klientů

9) Jak často tyto aktivity probíhají?

- a) Denně
- b) 6× týdně
- c) 2–5× týdně
- d) 1× týdně

10) Jaké formy aktivit jsou nabízeny Vaším zařízením? (možnost více odpovědí)

- a) Skupinové
- b) Individuální
- c) Volný program (neřízené, zařízení poskytuje klientům prostory a vybavení)

11) Preferují Vaši klienti spíše skupinové či individuální aktivity?

- a) Skupinové
- b) Individuální
- c) Není preference jedné z variant

12) Máte nějaké doplňující komentáře k nabídce či průběhu aktivizačních a edukačních aktivit při běžném provozu?

OTÁZKY (část III.) – Období koronavirové krize

13) Změnila se nabídka či průběh aktivizačních a edukačních aktivit ve Vašem zařízení v období koronavirové krize?

- a) Ano
- b) Ne

13 – Pokud je odpověď ANO, pokračuje respondent dál na 14. otázku, pokud NE – dotazník končí

14) Kdo se nyní podílí na přípravě a průběhu aktivizačních a edukačních aktivit?

(možnost více odpovědí)

- a) Vedoucí pracovník
- b) Sociální pracovník
- c) Ošetřovatel
- d) Zdravotní sestra
- e) Aktivizační pracovník
- f) Terapeut
- g) Dobrovolník
- h) Externí lektor
- i) Jiné: _____

15) Jaké programy či aktivity Vaše zařízení klientům nyní poskytuje? (možnost více odpovědí)

- a) Tělovýchovné aktivity
 - b) Společenské hry
 - c) Domácí práce a tvořivé činnosti
 - d) Hudební aktivity
 - e) Trénink kognitivních schopností
 - f) Reminiscenční posezení
 - g) Venkovní aktivity (exkurze, výlety apod.)
 - h) Terapie (canisterapie, felinoterapie, muzikoterapie apod.)
 - i) Individuální aktivity (na pokoji klienta)
 - j) Aktivity s dobrovolníky
 - k) Přednášky
 - l) Promítání filmů
 - m) Jiné (uved'te):
-
-
-

16) Byly některé aktivity či programy (jeden či více) dočasně odstraněny z Vaší nabídky z důvodu krize?

- a) Ano
- b) Ne

16 – Pokud je odpověď ANO, pokračuje respondent dál na 17. otázku, pokud NE – pokračuje otázkou č. 19

17) Jaké aktivity či programy byly odstraněny z nabídky? (uveďte)

18) Zaznamenali jste informaci o tom, že Vaši klienti postrádají některý z dočasně zrušených programů?

- a) Ne
- b) Ano (uveďte jaký):

16 – NE

19) Jaké programy jsou nyní nejvíce navštěvovány? (možnost více odpovědí)

- a) Tělovýchovné aktivity
- b) Společenské hry
- c) Domácí práce a tvořivé činnosti
- d) Hudební aktivity
- e) Trénink kognitivních schopností
- f) Reminiscenční posezení
- g) Venkovní aktivity (exkurze, výlety apod.)
- h) Terapie (canisterapie, felinoterapie, muzikoterapie apod.)
- i) Individuální aktivity (na pokoji klienta)
- j) Aktivity s dobrovolníky
- k) Přednášky
- l) Promítání filmů
- m) Jiné (uveďte):

20) Kolik klientů se přibližně aktuálně účastní těchto aktivit?

- a) Čtvrtina klientů a méně
- b) Čtvrtina až polovina klientů
- c) Více než polovina klientů

21) Jak často tyto aktivity nyní probíhají?

- a) Denně
- b) 6× týdně
- c) 2–5× týdně
- d) 1× týdně

22) Jaké formy jsou momentálně nabízeny Vaším zařízením? (možnost více odpovědí)

- a) Skupinové
- b) Individuální
- c) Volný program (neřízené, zařízení poskytuje klientům prostory a vybavení)

23) Preferují Vaši klienti spíše skupinové či individuální aktivity?

- a) Skupinové
- b) Individuální
- c) Není preference jedné z variant

24) Byla zavedena nějaká konkrétní opatření ovlivňující průběh jednotlivých aktivit?

(možnost více odpovědí)

- a) Žádná opatření nebyla zavedena
- b) Zpřísnění hygienických opatření
- c) Snížení počtu klientů na jednotlivých aktivitách
- d) Nabídka více individuálních než skupinových aktivit
- e) Zrušení externích aktivit
- f) Jiné:

25) Máte nějaké doplňující komentáře ke stavu aktivizačních a edukačních aktivit v době koronavirové krize? (uved'te)
