

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra andragogiky a managementu vzdělávání

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Specifika edukace a aktivizace seniorů v rezidenčních zařízeních  
Specifics of education and activation of seniors in residential facilities

Ing. Vítězslav Janků

Vedoucí práce: prof. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D., MBA  
Studijní program: Andragogika a management vzdělávání

2022

Odevzdáním této diplomové práce s názvem „Specifika edukace a aktivizace seniorů v rezidenčních zařízeních“ potvrzuji, že jsem ji vypracoval 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 akademického titulu.

Praha, den 10. dubna 2022

Tímto bych rád poděkovat svému vedoucímu diplomové práce, panu prof. PhDr. Jaroslavu Veteškovi, Ph.D., MBA, za jeho cenné rady, ochotu a čas věnovaný řešení této problematiky.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou edukace a aktivizace seniorů v rezidenčních zařízeních – domovech pro seniory. V teoretické části se věnuje kvalitě života seniorů, motivaci k dalšímu vzdělávání, mezigeneračnímu učení, tematice stárnutí a stáří v kontextu demografických, sociálně-politických, zdravotních, kulturních a legislativních aspektů. Právě demografický vývoj společnosti je zásadním impulzem změn v oblasti odborné institucionální péče o seniory. Specifické integrační, poradenské, terapeutické a rehabilitační přístupy a konceptualizace těchto témat jsou zasazeny do rámce andragogiky a gerontagogiky. Výzkum je zaměřen na dvě cílové skupiny: jednak samotné seniory, kteří absolvovali edukační a aktivizační programy a na odborné pracovníky, kteří tyto aktivity a činnosti realizují nebo připravují (metodicky, manažersky). Cílem diplomové práce je sledovat mezioborový význam edukace, animace a aktivizace pro rozvoj kognitivních schopností jedinců a jejich kvalitu života. Výzkumným předpokladem je, že aktivní a motivovaní jedinci jsou spokojenější a nejsou závislí na pomoci svého okolí. Jejich soběstačnost je tedy mnohem vyšší a riziko sociální izolace tak mnohem nižší. Dalším cílem práce bylo identifikovat a analyzovat vybrané aktivizační metody a techniky realizované u seniorů s cílem rozvíjet a podporovat jejich kognitivní a pohybové schopnosti. Dále se autor práce zaměřil na charakteristiku klíčových oblastí souvisejících s edukací a aktivizací seniorů v pobytových zařízeních, tj. domovech pro seniory.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

vzdělávání senior, aktivizace seniorů, další vzdělávání, gerontagogika, stáří, kvalita života

## **ABSTRACT**

The thesis deals with the issue of education and activation of seniors in residential facilities – homes for the elderly. In the theoretical part it deals with the quality of life of seniors, motivation for further education, intergenerational learning, the topic of aging and old age in the context of demographic, socio-political, health, cultural and legislative aspects. It is the demographic development of society that is a major impetus for change in the field of professional institutional care for the elderly. Specific integrative, counselling, therapeutic and rehabilitation approaches and conceptualisations of these topics are set within the framework of andragogy and gerontagogy. The research focuses on two target groups: on the one hand, the elderly themselves who have completed educational and activation programmes and on the professionals who implement or prepare (methodologically, managerially) these activities and activities. The aim of the thesis is to observe the interdisciplinary importance of education, animation and activation for the development of cognitive abilities of individuals and their quality of life. The research assumption is that active and motivated individuals are more satisfied and do not depend on the help of their environment. Their self-sufficiency is therefore much higher and the risk of social isolation much lower. Another aim of the study was to identify and analyze selected activation methods and techniques implemented in seniors in order to develop and support their cognitive and motor skills. Furthermore, the author of the thesis focused on the characteristics of key areas related to education and activation of seniors in residential facilities, i.e. homes for the elderly.

## **KEYWORDS**

activation of seniors, further education, education of seniors, gerontagogy, old age, quality of life

## Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Teoretická a mezioborová východiska stáří a stárnutí.....</b>	<b>12</b>
1.1 Vymezení pojmů stáří a stárnutí .....	12
1.2 Kvalita života seniorů a mezigenerační solidarity .....	18
1.3 Profese podílející se na péči o seniory .....	25
1.4 Problematika dlouhodobé péče o seniory .....	28
<b>2. Kognitivní schopnosti seniorů.....</b>	<b>30</b>
2.1 Hodnocení kognitivních funkcí.....	30
2.2 Hodnocení emotivity, nálady a motivace u seniorů.....	32
2.3 Mozek a paměť .....	34
<b>3. Edukace seniorů a vývoj andragogiky a gerontagogiky.....</b>	<b>38</b>
3.1 Andragogika a gerontagogika jako vědy zastřešující .....	39
3.2 Funkce a význam edukace seniorů .....	41
3.3 Formy edukace seniorů .....	45
3.4 Metody edukace seniorů .....	48
3.5 Zdravotní gramotnost a edukace klientů.....	49
<b>4. Možnosti a význam aktivizace seniorů.....</b>	<b>52</b>
4.1 Aktivizace seniorů v sociálních pobytových službách .....	53
4.2 Vybrané aktivizační metody a techniky.....	54
4.3 Kognitivní trénink.....	55
4.4 Typy pohybových aktivit .....	56
<b>5. Výzkum v oblasti aktivizace a edukace seniorů .....</b>	<b>60</b>
5.1 Cíl výzkumu, cílová skupina a časový harmonogram .....	60
5.2 Zvolená metodologie a metody výzkumného šetření .....	62
5.3 Vyhodnocení a interpretace získaných dat – odborní pracovníci ( fáze A).....	63
5.4 Vyhodnocení a interpretace získaných dat – seniorů ( fáze B).....	67

5.4 Shrnutí a diskuze.....	74
<b>Závěr .....</b>	<b>78</b>
<b>Seznam použitých informačních zdrojů .....</b>	<b>81</b>
<b>Seznam použitých zkratk.....</b>	<b>94</b>
<b>Seznam tabulek a grafů .....</b>	<b>95</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>96</b>

## Úvod

V předložené diplomové práci jsme se zaměřili na problematiku seniorů žijících v rezidenčních zařízeních, tj. v domovech pro seniory. Důvod je celkem jednoduchý a logický: život lidí v těchto typech zařízení je odlišný od života samostatného (viz např. Salivarová a Veteška, 2014, Vetešky, 2017 a Vostrý, Veteška a kol., 2021). Život jedinců se liší zejména: a) v oblasti trávení volného času, b) s ohledem na kvalitu života, c) poskytovanou péči (sociální, zdravotní a ošetrovatelskou).

Na základě těchto uvedených tří východisek byla zpracována teoretická část práce, která zohlednila specifika této cílové skupiny dospělých. Zabýváme se edukací a aktivizací seniorů, trávením volného času, motivací k vykonávání různých činností s ohledem na kvalitu života a kognitivní oblastí, která je zásadní pro institucionální zapojení jedince do aktivit organizovaných zařízením – domovem pro seniory.

Instituce – domov pro seniory (dříve nazývané domovy důchodců) je obvykle určen jedincům, kteří potřebují trvalou pomoc jiných osob z důvodu snížené soběstačnosti (tu upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách). V ideálním případě by měl klientům trvale či dočasně nahradit domov. Domovy pro seniory (upraven v § 15) jsou služby sociální péče, která má za cíl osobám zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost. Podmínky pro přijetí do domova pro seniory jsou téměř ve všech zařízeních podobné, i když se mohou lišit podle zřizovatele či jiných kritérií. Základem je podat žádost o umístění do domova pro seniory a doložit vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu klienta – právě zdravotní stav hraje v procesu rozhodování o umístění jedince zásadní roli, ovšem s ohledem na kapacitní možnosti zařízení“ (upraveno podle Wikipedia, 2022<sup>1</sup>). V § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, je uveden rozsah poskytovaných úkonů v rámci sociálních služeb.

Diplomová práce se zabývá problematikou edukace a aktivizace seniorů v rezidenčních zařízeních. V teoretické části se věnuje kvalitě života seniorů, motivaci k dalšímu vzdělávání, mezigeneračnímu učení, tematice stárnutí a stáří v kontextu demografických, sociálně-politických, zdravotních, kulturních a legislativních aspektů. Specifické integrační, poradenské a rehabilitační přístupy a konceptualizace jsou zasazeny do rámce andragogiky a gerontagogiky. Výzkum je zaměřený na dvě cílové skupiny:

---

<sup>1</sup> Dostupné online na [https://cs.wikipedia.org/wiki/Domov\\_pro\\_seniory](https://cs.wikipedia.org/wiki/Domov_pro_seniory) (2022).



jednak samotné seniory, kteří absolvovali edukační a aktivizační programy a na odborné pracovníky, kteří tyto aktivity a činnosti realizují. Cílem je sledovat význam edukace a aktivizace pro rozvoj kognitivních schopností jedinců a jejich kvalitu života. Výzkumným předpokladem je, že aktivní a motivovaní jedinci jsou spokojenější a nejsou závislí na pomoci okolí.

Identifikovat a analyzovat vybrané aktivizační metody a techniky realizované u seniorů s cílem rozvíjet a podporovat jejich kognitivní schopnosti. Dále pak charakterizovat klíčové oblasti související s edukací seniorů v pobytových zařízeních, tj. rezidenčního charakteru.

„Pro zvýšení kvality života ve stáří bychom se měli zaměřit na aktivní stárnutí, prostředí a komunitu vstřícnou ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podporu rodiny a ochranu lidských práv.“ (Haškovcová, 2010, 2012, s. 46) (Janiš a Skopalová, 2016, s. 53). Tyto myšlenky provázejí text předložené práce s vědomím, že další vzdělávání, aktivizace a další odborná práce se seniory je významná a potřebná. Proč? Jednak proto, že populace ve většině vyspělých zemích stárnou. „Nejrychleji narůstají zejména skupiny lidí v nejvyšších decenniiích (*oldest old*). Mnoho lidí z této věkové skupiny trpí poruchami zdraví způsobujícími nesoběstačnost, a tedy i potřebu dlouhodobé péče. Jak poukazují mnozí autoři, tato potřeba velmi rychle narůstá s věkem. Zatímco u mladších seniorů se jedná o jednotky procent, v 75 letech jde již o 10 %, v 80 letech o 15 %, o více než čtvrtinu 85letých a dokonce tři čtvrtiny 90letých. Na další významnou skutečnost poukázalo již 2. světové shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu v roce 2002“ (Holmerová a kol., 2014, s. 7).

Fenomén stáří a stárnutí provází lidstvo od počátků jeho historie (Salivarová a Veteška, 2014). Lidé stáří vnímali vždy pod vlivem konkrétní úrovně poznání dané historické epochy a v kontextu kulturních a sociálně-ekonomických aspektů (Veteška, 2017). Současná společnost tuto tematiku zohledňuje v legislativě a v řadě strategických a koncepčních dokumentů.

Zajímavý koncept – přístup k učení seniorů přinesli Cadorin, Grassetti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese (2020). Reflektují sebeřízenost v učení jedince s možnou soběstačností a schopností změnit některé návyky, které mohou být negativní, někdy i život nebo kvalitu života výrazně ohrožující nebo omezující. Sebeřízené učení podle těchto autorů zahrnuje zejména:

- schopnost formulovat cíle učení, například v případě staršího jedince, kterému byla právě diagnostikována cukrovka a který musí změnit svůj jídelníček a životní styl;
- být motivován k úspěšnému dosažení a/nebo udržení lepšího zdravotního stavu;
- získat přístup k validním informacím týkajícím se aktuálního zdravotního stavu a jeho progresu;
- kriticky zhodnotit získané informace a také využít nové znalosti v každodenním životě s cílem změnit nebo zlepšit kvalitu života (Boulton-Lewis, 2010; Oliver, Tomàs, & Montoro-Rodriguez, 2017 In Cadorin, Grasseti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese, 2020, s. 3).

Schopnost sebeřízeného učení úzce souvisí s intervencemi celoživotního učení a kontinuálního vzdělávání a umožňuje starším lidem rozvíjet strategie zvládnání a sebeobsluhy (Boulton-Lewis, 2010 In Cadorin, Grasseti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese, 2020, s. 3). Význam celoživotního učení a jeho provázanost s různými oblastmi života je rozpracována v publikaci Vetešky (2016a, b a 2017). Andragogické a gerontagogické souvislosti učení se seniorů a další vzdělávání odrážejí v procesu odborné péče o jedince staršího věku. Determinují možnosti, rozsah a realizaci aktivit a činností zaměřených na edukaci, aktivizaci a integraci seniorů v rámci integračních a personalizačních procesů (Perhács, 2011).

„Přímým důsledkem stárnutí populace je zvýšená prevalence onemocnění, jejichž incidence se zvyšuje s narůstajícím věkem. Jedná se zejména o onemocnění neurodegenerativní (Alzheimerova choroba a jiné příčiny demence) a další poruchy (například osteoporóza, artrózy nosných kloubů). Velmi úzce je pak na přibývajícím věku vázán výskyt geriatrických syndromů velmi často spojených s disabilitou. Přestože jsou tyto syndromy spojovány s vyšším věkem, neboť také jejich incidence s věkem narůstá, nejsou zdaleka jen důsledkem vyššího věku, ale jejich etiologie je multifaktoriální a mezi základní faktory, které je způsobují, patří právě zdravotní problematika. Jedná se zejména o syndrom křehkosti, nestabilitu s pády, inkontinenci, komplex kognitivních poruch, demence apod. Za důležité považujeme zdůraznit, že onemocnění vedoucí ke geriatrickým syndromům nejsou zdaleka jen výsadou vyššího věku (typickým příkladem je například Alzheimerova choroba s časným začátkem nebo osteoporóza vznikající v mladším věku například ze sekundárních metabolických důvodů). V důsledku těchto onemocnění a poruch (např. včetně sarkopenie a malnutrice) a dalších přídatných faktorů dochází k omezení soběstačnosti lidí vyššího věku. Syndromy vyššího věku nejsou důsledkem

pouhého stárnutí, ale vyskytují se zejména jako součást fenoménů provázejících konec života a jejich závažnost není závislá tolik na kalendářním věku, ale spíše na blízkosti konce života (prospective old age dependency)“ (Holmerová a kol., 2014, s. 30).

V rámci této diplomové práce jsme se zaměřili na identifikaci faktorů, které u seniorů ovlivňují ochotu dále se vzdělávat, případně využívat aktivizační aktivity (techniky a metody). Psychologické a psychosomatické kontexty byly rozpracovány v díle Stuart-Hamilton (1999), Hátlová (2010), Gruss, (2009), Vágnerové (2000, 2007, 2014), Říčana (2006).

## **1. Teoretická a mezioborová východiska stáří a stárnutí**

Stáří a stárnutí provází lidstvo od nepaměti, od počátků lidské historie. „Tato etapa života člověka představuje velmi aktuální a významné téma dnešní doby. Lidé vnímali stáří vždy pod vlivem konkrétní relativní úrovně poznání dané historické epochy, a to vždy v kontextu filozofických, kulturních, náboženských a sociálně-ekonomických aspektů“ (Veteška, 2017, s. 11).

Stáří by mělo být nahlíženo nejen jako společenský, sociálně-ekonomický, ale i jako multidimenzionální fenomén (Veteška, 2017). Od tohoto pojetí se potom odvíjí řada přístupů, jednak teoretických, jednak empirických. Mezioborový přístup zdůrazňují odborníci, najdeme ho v řadě studií i publikací, vč. spirituálního a paliativního přesahu (viz např. Bočková, 1983, 2000, Čornaničová, 1998, Veteška, 2017, Šip a Šipová, 2014, Šip, 2019, 2020).

Demografický vývoj a jeho aktuální stav ve vyspělých zemích, včetně ČR, učinil ze stáří jakousi novou realitu, jež má zásadní vliv jak na kvalitu života každého jedince, ale i na rozvoj společnosti (vč. systému sociálních, zdravotních a pečovatelských). Mění také zažitá pravidla, teorie i paradigmatu péče o seniory (Veteška, 2016b, 2017).

Německý psycholog a gerontolog Paul Baltes zdůrazňoval v souvislosti s definicí pojmu stáří jeho interdisciplinární rozměr. Zároveň s tím bere v úvahu tělesné, psychické, sociální a duchovní (spirituální) jevy (Gruss, 2009, s. 11). Důraz byl kladen na podporu vitality a důstojného života všech osob. Společenskou reflexi najdeme i v paliativní péči jako oblasti lékařské intervence (Šip, 2020). Spiritualitu a náboženství někteří autoři považují za klíčový aspekt komplexní paliativní péče (Šip, 2020).

### **1.1 Vymezení pojmů stáří a stárnutí**

O společenském celoevropském významu problematiky stáří a stárnutí svědčí i rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 940/2011/EU ze dne 14. září 2011, jímž byl rok 2012 vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (dále jen EY 2012). V České republice byl následně připraven strategický dokument – Národní plán přípravy na stárnutí pro období 2003–2007. Na tento dokument posléze navázal Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, jehož výstupem je realizovaný Národní akční plán ČR podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 (Salivarová a Veteška, 2014).

Jak Malíková uvádí (2020), stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných ostatními faktory, jako jsou choroby, způsob života a životní podmínky, a dále je spojeno s řadou důležitých sociálních změn, např. osamostatněním dětí či změnami v sociálních rolích. Velmi podobné vymezení najdeme ve starší práci: „Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života z pohledu vývojové psychologie. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především nemocemi, způsobem života a obecně sociálně-ekonomickými životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn v oblasti sociální (osamostatnění dětí a jejich odchod z rodiny, penzionování a jiné změny sociálních rolí)“ (Mühlpachr, 2008, s. 18, upraveno a doplněno).

Stáří je podle Malíkové (2020) jakýmsi nezbytným, přirozeným, zákonitým a dovršujícím procesem vývoje jedince. Je chápáno jako přirozené období – etapa života člověka, vydělované vůči životním obdobím dětství, mládí a době zralosti. Stáří však není nemoc, nýbrž přirozený proces změn, které probíhají po celý život, ale jsou zřetelnější až v pozdějším věku. Tyto změny jsou zejména biologického, psychického a sociálního (ekonomického) charakteru (Vostrý, Veteška a kol., 2011).

„Stáří přiřazuje v periodizaci lidského života třetí a čtvrté období. Třetí věk nazývá rané stáří (60–80 let), čtvrtou věkovou fází označuje jako kmetství (80 let a výše). Podle Baltese se společenský vývoj bude čím dále více týkat i stáří a tradiční negativní pohled na stáří se postupně již nyní začíná zvolna vytrácet“ (Veteška, 2017, s. 41).

Biologické stáří v podstatě označuje konkrétní míry involučních změn jako je atrofie, změny regulačních a adaptačních mechanismů, změny funkční zdatnosti, změny v oblasti kognitivních schopností, nárůst psychiatrických a dalších diagnóz (jak uvádějí např. Pacovský, 1990, 1994; Kalvach a kol., 1997; Holmerová a kol., 2007, 2009; Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007; Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012; Čevela, Čeledová, Kalvach a kol., 2014; Kuckir, Vaňková a kol., 2016; Vostrý, Veteška a kol., 2021; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021). Tyto jsou obvykle propojeny se změnami způsobenými nemocemi vyskytujícími se převážně ve vyšším věku, jako je ateroskleróza, různé formy demence, vč. Alzheimerovy nemoci<sup>2</sup> apod.

---

<sup>2</sup> Alzheimerova nemoc je – jak uvádějí Vostrý, Betková, Veteška, Kříž (2022) – podle frekvence prvním nejčastěji se vyskytujícím neurodegenerativním onemocněním mozku. Etiologie Alzheimerovy choroby je stále neznámá, ovšem někteří odborníci se domívají, že je výsledkem genetických a environmentálních faktorů (srov. Mayeux & Stern, 2012; Ravaglia et al., 2005). Zároveň se u etiologie setkáváme s charakteristickými

Zjednodušeně můžeme uvést, že odborníci v oblasti gerontologie a geriatry rozlišují následující dva klíčové přístupy k procesu stárnutí:

1. epidemiologický – stárnutí a umírání se dějí nahodile a jsou podmíněny hlavně vnějšími a chorobnými vlivy jako je vnější působení zejména prostředí, dále pak úrazy a nemocemi, které jedinec má;
2. gerontologický – stárnutí a umírání se dějí zákonitě, jsou kódovány genetickou informací, život nelze prodloužit ani v těch nejvýhodnějších podmínkách nad určitou hranici, ke které se jedinec individuálně blíží, pokud nedojde k zásadnímu ovlivnění zmíněné genetické informace (Kalvach a kol., 1997).

Sociální gerontologii rozpracovala např. Kalvach (1997 a 2004) a Haškovcová (2002). Pojmem stáří označujeme „poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje lidský život. Souhrnně jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří.“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 19).

Vedle výše zmíněných oblastí zdravotnického (medicínského) charakteru je potřeba zmínit péči ošetrovatelskou, pečovatelskou a další odbornou (poradenskou, edukační, aktivizační, animační, intervenční a terapeutickou) – viz např. Mlýnková (2011), Štilec (2004), Pokorná (2010), Pokorná a kol. (2013), Klevetová (2017), Malíková (2011, dotisk 2012), Procházková (2019), Wehner a Schwinghammer (2013), Hrozenková a Dvořáčková (2013), Hudáková a Majerníková (2013), Határ (2011, 2014), Matějovská Kubešová a kol. (2015), Gracová a Selecký (2017), Tomczyk (2015) a Špatenková a Smékalová (2015), Veteška (2016a,b, 2017) a Dobeš (2019).

Pohled na stáří se optikou vědy a poznání stále mění, zejména v posledních 30 letech. Můžeme nalézt odlišné, nové, inovativní i inspirativní pohledy na tuto tematiku např. v práci Machalové (2006), Sýkorové (2007), Krivohlavý (2011), Saka a Kolesárové (2012), Koukolíka (2014), Sýkorové a Chytila (2004), Határa (2011), Vetešky (2017),

---

a neuropatologickými a neurochemickými rysy. Tato degenerativní choroba se podle několika studií začíná vyskytovat o dvacet let dříve, než se objeví samotné příznaky (Vostrý, Betková, Veteška a Kříž, 2022). U případů s pozdějším začátkem bývá průběh pomalejší a je charakterizován povšechnějším zhoršením vyšších kortikálních funkcí. Nezbytným předpokladem pro diagnózu je přítomnost demence, typický je pak plíživý začátek s pomalou deteriorací. Dalším klíčovým příznakem je porucha paměti, což není jediný úbytek v oblasti kognitivních funkcí. Pro správnou diagnostiku musí být přítomna porucha alespoň jedné z dalších oblastí, např. afázie, agnózie či porucha exekutivních funkcí (Čechová a kol., 2011 In Vostrý, Betková, Veteška a Kříž, 2022).

Honzáka (2017), Macháčové, Holmerové a kol. (2019), Koriciny (2020), Ptáčkové, Ptáčka a kol. (2021), Krystoně a Seleckého (2021) a Vostrého, Vetešky a kol. (2021).

Klíčovou podmínkou sociálně-ekonomického a demokratického rozvoje společnosti je její věková integrovanost, v „níž neexistuje věková diskriminace a segregace a je posilována solidarita a vzájemná podpora mezi generacemi. Stárnutí představuje celoživotní proces a musí tak být i chápáno. Příprava celé populace na pozdější stadium života musí být nedílnou součástí sociální i vzdělávací politiky. V ideálním případě zahrnuje faktory tělesné, duševní, kulturní, náboženské, spirituální, ekonomické či zdravotní“ (Veteška, 2017, s. 21). Demografická a politická udržitelnost je rovněž zásadní pro další rozvoj a vývoj zejména v oblasti kvality života a schopnosti zajištění pečovatelsko-ošetrovatelské a sociálně-zdravotní péče o seniory. Zde zaznamenáváme také zřetelný vývoj ovlivněný politickými a ekonomickými názory.

„Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Upozorňuje na společná rizika (ztráta životního programu, maladaptace na penzionování se ztrátou společenské prestiže, nadbytek nestrukturovaného volného času, pauperizace, osamělost, věková segregace a diskriminace). Vyhovuje sociálně ekonomickým rozvahám o důchodové politice státu (výše a struktura starobního důchodu i úhrady sociálního pojištění, posouvání kalendářního nároku na vznik starobního důchodu). Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost.“ (Kalvach a kol., 1997, s. 20).

Jak výstižně uvádí Veteška (2017), určení hranice stáří (respektive samotného začátku procesu stárnutí) je proto značně relativní a proměnlivé v závislosti na společenských a dalších podmínkách, vývoji a terminologickém diskurzu. „Například ještě na přelomu 18. a 19. století byl seniorským výměnkářem čtyřicátník, o sto let později (kol. roku 1900) „velebným kmetem“ padesátník, tak nyní v roce 2016 je arbitrární hranice stáří kladena do věku 65. Můžeme předpokládat, že během několika desetiletí se hranice stáří posune na 70 i více let.“ (Veteška, 2017, s. 22).

Kalendářní neboli chronologické stáří je vymezeno dovršením určitého věku, od kterého se začínají nápadněji projevovat jisté involuční změny. Důležitý je zde i demografický pohled, tedy čím více seniorů je v populaci, tím vyšší je hranice stáří. Díky tomu, že je kalendářní stáří určeno datem narození, má tu výhodu, že je jednoznačné a dá se jednoduše a přesně stanovit. Setkáváme se s mnoha různými periodizacemi chronologického stáří. Význam členění je založen na orientačním odhadu potřeb, rizik a nároků vůči společnosti (Kalvach a kol., 1997).

Stáří je mnohem více a častěji „než ostatní životní etapy provázeno změnami, které mohou vést k erozi osobních zdrojů a nepříznivě ovlivňovat kapacitu jedince udržet svoji soběstačnost, samostatnost v rozhodování, čili kontrolovat svou vlastní životní situaci, a být tudíž autonomní. Konkrétně se jedná o změny fyziologické, psychické a sociální“ (Sýkorová, 2007, s. 12). Všechny tyto změny se odehrávají na pozadí sociálně konstruovaných, většinou negativně zabarvených významů, které jsou připisovány právě starým lidem, případně samotnému stárnutí“ (Veteška, 2017, s. 43)

„Ty ovlivňují postoje mladších k nárokům nejstarší generace na autonomii a jejich chování vůči ní, rovněž tak sebepojetí seniorů coby autonomních osob“ (Sýkorová, 2007, s. 12). Někteří autoři považují ohrožení autonomie nebo její ztrátu za největší hrozbu stáří (Kalvach a kol., 1997 In Veteška, 2017, s. 43). Stáří je tedy „výsledkem předcházejících životních etap. Každý člověk rozhoduje sám za sebe: může se odsoudit k předčasnému stárnutí, nebo může stárnout „úspěšně“, tj. aktivně, zdravě. Cestu k takovému stárnutí ukazuje např. Srncovo (1998) pojetí, resp. heslo ROSA; písmena v tomto slovním spojení označují základní složky strategie úspěšného stárnutí, které můžeme charakterizovat takto:

- R – racionální postoj, tj. rozumět vlastnímu stárnutí, být informován o nevyhnutelných změnách předjímat je, připravit se na ně;
- O – orientace na budoucnost, tj. umět plánovat (a to v různých perspektivách), posilovat radostná očekávání, „umění na něco se těšit“;
- S – sociální kontakty, tj. pěstovat přátelské vztahy, přijímat a dávat lásku, zajímat se o dění kolem, dosahovat společenského uznání;
- A – aktivita, tj. činnost duševní a tělesná, pěstovat koníčky a záliby (Srnc, 1998, s. 3).

„Vyrovnaní se s procesem stárnutí, stářím, s přicházejícími změnami a nakonec také s vlastní smrtelností je velmi důležité pro to, aby člověk mohl toto životní období strávit příjemným způsobem. Základem přípravy na stáří je uvědomění si vlastní zodpovědnosti a také možnosti ovlivnit do velké míry kvalitu života ve vlastním stáří. Podporou vlastní seberealizace, samostatnosti, adaptací a dále pak využitím zkušeností z osobního i pracovního života, to vše je správně zaměřeným postupem k přípravě na stárnutí a stáří“ (Janiš a Skopalová, 2016, s. 52). Právě adaptace seniorů na měnící se prostředí je z pohledu sociální psychologie a andragogiky stěžejním tématem.

Stárnutí můžeme charakterizovat jako akumulaci „změn jedince v průběhu času, jde o multidimenzionální proces fyzické, psychické a sociální změny. Například reakční doba



se může s věkem zpomalit, zatímco znalost světových událostí a moudrost se mohou rozšířit. Výzkumy ukazují, že i v pozdním věku existuje u člověka potenciál pro fyzický, duševní a sociální růst a pro jedinečný rozvoj osobnosti i profesní (Veteška, 2017). Stárnutí je důležitou součástí všech lidských společností, odráží biologické změny, kulturní a společenské konvence“ (Vostrý, Veteška a kol., 2022, s. 16)

Pojmy aktivní stárnutí a aktivní stáří se v posledních deseti letech užívají velmi často. V rámci společenské reakce na změny v této oblasti došlo k určité změně, resp. posunu. Aktivní stárnutí představuje „slovní spojení, které označuje progresivní přístup ke stárnutí a starým lidem. Zakládá se na principech solidarity, respektu k individualitě a jedinečnosti. Jeho cílem je zajistit vysokou kvalitu života i v pozdním věku, a především prohloubit poněkud pohmožděný vztah mezi generacemi. Základním stavebním kamenem aktivního stárnutí je inkluze, společenské zapojení a především právo na něj v každém věku. V současné době se dá o aktivním stárnutí mluvit jako o evropské strategii přípravy na stárnutí její populace.“ (Mam’aloca, o. s., 2010-2011, s. 5) (Janiš a Skopalová, 2016, s. 58).

Jak uvádějí Salivarová a Veteška (2014), fenomén stáří a stárnutí provází lidstvo od počátků jeho historie. Tato problematika stále představuje velmi aktuální téma dnešní doby, dnešní společnosti. Lidé stáří vnímali vždy pod vlivem konkrétní úrovně poznání dané vývojové epochy a v kontextu kulturních, politických a sociálně-ekonomických aspektů.

Pohledem vývojové psychologie a gerontologie je období na konci života „charakterizováno komplexností zdravotního stavu, přítomností různých syndromů a onemocnění, která konec života determinují. Nejedná se tedy o pouhý konec života v důsledku stárnutí, ale v současné době stále umíráme v důsledku onemocnění vedoucích ke smrti, neboť úplný potenciál lidského života se nachází pravděpodobně ještě o několik desetiletí dále, než je současná doba dožití naší populace, jak ukazují příklady lidí doživších se více než 110 let. v důsledku onemocnění vedoucích ke smrti, neboť úplný potenciál lidského života se nachází pravděpodobně ještě o několik desetiletí dále, než je současná doba dožití naší populace, jak ukazují příklady lidí doživších se více než 110 let“ (Holmerová a kol., 2014, s. 30-31)

Z výše uvedeného vyplývá, že „skupiny lidí se zhoršenou či výrazně omezenou soběstačností jsou již v současné době významné a jejich počet narůstá a bude dále narůstat (např. počet lidí s demencí až na dvojnásobek stávajícího počtu do poloviny 21.

století), a to jak v souvislosti se stárnutím populace, tak s jejím zdravotním stavem a soběstačností. Tito lidé potřebují celý komplex odborných služeb k tomu, aby byla pokud možno co nejdéle zachována jejich soběstačnost a kvalita života. Pokud se jedná o lidi s disabilitou v mladším věku, jde o vytvoření takových podmínek a poskytování kvalitní odborné péče, které umožňují začlenění, dobrou kvalitu života, postoj respektující zranitelnost a míru závislosti“ (Holmerová a kol., 2014, s. 31)

## 1.2 Kvalita života seniorů a mezigenerační solidarity

Na kvalitu života lze nazírat optikou výchovovědy, tedy prostřednictvím věd o výchově a vzdělávání (Határ, ed., 2013). Výzkumy v oblasti kvality života seniorů se obvykle zaměřují na tři témata: 1) celková spokojenost s vlastním životem, 2) spokojenost s dílčími oblastmi života a 3) hledání nejvýznamnějších faktorů, které podmiňují vznik subjektivního pocitu kvalitního a smysluplného života a hledání vztahů mezi těmito kategoriemi (Határ, ed., 2013, s. 12). Poněkud s razantním a nevšedním názorem se můžeme setkat u Honzáka (2017), který tvrdí, že: „...většina prací orientovaných na člověka ve zdraví a nemoci zcela opomíjí, a co opomenout nelze: člověk je zvíře“ (Honzák, 2017, s. 133). Poněkud kontroverzní tvrzení, i když s racionálním a zkušenostním základem zkušeného odborníka a významného českého psychiatra.

„Kvalitu života lze zajistit individuální identifikací a uspokojováním potřeb lidí. V souvislosti s touto problematikou je nutné uvést skutečnost, že kvalita života každého člověka se v průběhu jeho života neustále mění, a to v důsledku působení celé řady faktorů – například v důsledku sociálních, společenských, kulturních a dalších podmínek. Kvalita života tak obecně prošla dlouhým historickým vývojem a mění se také v dnešní moderní době“ (Janiš a Skopalová, 2016, s. 53).

Mezi standardní ukazatele kvality života<sup>3</sup> patří bohatství, zaměstnanost, životní prostředí, fyzické a duševní zdraví, vzdělání, rekreace a volný čas, sociální sounáležitost, náboženské přesvědčení, bezpečí, jistota a svoboda. Kvalita života (angl. *quality of life*, dále jen „QoL“) „vychází z mnohostranného vnímání toho, jak je člověk spokojen s podstatnými částmi svého života, jako je zdraví, sociální vztahy nebo životní prostředí, a dále také odráží pozitivní životní zkušenosti. U starších lidí je dobrá kvalita života důležitým cílem v oblasti veřejného zdraví. Spokojenost s možnostmi účasti na

---

<sup>3</sup> Dostupné online na [https://en.wikipedia.org/wiki/Quality\\_of\\_life](https://en.wikipedia.org/wiki/Quality_of_life)

hodnotných životních situacích je jednou z klíčových složek QoL ve stáří.“ (Rantanen, Eronen, Kauppinen, Kokko, Sanaslahti, Kajan, & Portegijs, 2021, s. 60).

Během pandemie COVID-19 bylo doporučeno dodržovat sociální distanc, vyhýbat se místům s vysokou koncentrací lidí a zdržovat se víceméně doma. Tzv. sociální distanc zažila v podstatě všechna podobná zařízení. Z různých výzkumů vyplynulo, že lidé sociálně strádali – chyběl jim kontakt se svými blízkými, s rodinou, přáteli a známými. Rovněž frekvence konaných aktivit a akcí mimo domov se rapidně snížila, též pohybové aktivity konané mimo domov, což mohlo (a pravděpodobně tedy způsobilo) potenciální snížení kvality života lidí.

Vzájemné působení okolního prostředí a vnitřní kapacity jednoznačně ovlivňuje kvalitu života starších lidí, což ukázali autoři výzkumné studie realizované na Novém Zélandu související se zdravím (Stephens, Allen, Keating, Szabó, & Alpass, 2020). „Vnitřní kapacita byla hodnocena pomocí počtu chronických onemocnění. Vnímání okolí bylo hodnoceno pomocí měr vhodnosti bydlení, spokojenosti se sousedstvím a sociální soudržnosti sousedství. Kvalita života související se zdravím byla hodnocena pomocí skóre tělesného a duševního zdraví podle SF12. Výsledky: Vnímání lepší vybavenosti okolí a větší důvěry mezi sousedy bylo spojeno s lepší kvalitou života související s duševním zdravím o dva roky později, ale ne se změnami v kvalitě života související s fyzickým zdravím. Významná interakce mezi vnitřní kapacitou a dostupností zařízení v okolí na kvalitu života související s fyzickým zdravím v průběhu času ukázala, že u těch, kteří uváděli horší infrastrukturu v okolí, byl zaznamenán silnější dopad vnitřní kapacity na kvalitu života související s fyzickým zdravím.“ (Stephens, Allen, Keating, Szabó, & Alpass, 2020, s. 1)

Závěry, které tito autoři uvádějí, se dají shrnout takto: „Sousedské prostředí je důležité pro pohodu starších lidí a je vhodné pro politické intervence. Potřebujeme se více zabývat aspekty bezprostředního okolí, které podporují kvalitu života ve vyšším věku. Tato studie poukazuje na potřebu dostupných zařízení a soudržného sousedství pro podporu zdraví.“ (Stephens, Allen, Keating, Szabó, & Alpass, 2020, s. 1). Citovaní autoři dále prohlašují, že „rámeček politiky zdravého stárnutí Světové zdravotnické organizace (WHO) změnil náš pohled na blahobyt starších lidí. Zahrnoval uznání významu prostředí pro každodenní fungování a dal podnět k výzkumu vzájemného působení vnitřní kapacity a prostředí stárnutí při předpovídání QoL. První vysvětlení interakce mezi prostředím a vnitřní kapacitou poskytuje model selekce, optimalizace a kompenzace, který popisuje, jak lidé

využívají psychologické, materiální a sociální zdroje ke kompenzaci změn ve svém fyzickém fungování a k udržení kvality života.“ (Stephens, Allen, Keating, Szabó, & Alpass, 2020, s. 2). Vnitřní kapacita představuje podle uvedených autorů všechny fyzické a psychické schopnosti jedince.

„Objevily se obavy, že omezené možnosti mnoha aktivit během sociálního odloučení COVID-19 mohou starší lidi předurčovat ke zhoršení kvality života. Aktivitou se rozumí vše, co lidé dělají. Přijali jsme široký pohled na definici a hodnocení aktivního přístupu k životu během stárnutí. Zdůrazňujeme význam účasti na všech smysluplných aktivitách na základě individuálních predispozic, protože to poskytuje komplexní obraz aktivního stárnutí (2). Naše nedávná definice aktivního stárnutí jako "snahy o aktivity související s cíli, funkčními schopnostmi a možnostmi člověka" (3) uznává rozmanitost individuálních cílů a dalších předpokladů pro aktivitu. Naše definice vychází z definice aktivního stárnutí WHO (2) – politického cíle, který jsme převedli do kontextu života jednotlivce.“ (Rantanen, Eronen, Kauppinen, Kokko, Sanaslahti, Kajan, & Portegijs, 2021, s. 60-61).

Starší lidé, kteří mají vyšší / větší pohyblivost ve svém životním prostoru, tedy v prostředí, kde se nejčastěji vyskytují, jsou „fyzicky aktivnější, mají lepší výkonnostní kapacitu a uvádějí větší samostatnost při pohybu venku a menší obtíže při chůzi. Mobilita v životním prostoru označuje oblast, ve které se lidé pohybují v každodenním životě, od pohybu v jedné místnosti až po pohyb ve městě a mimo něj, a zahrnuje četnost a nezávislost cestování. Naše dřívější zjištění ukázala, že čím vyšší je mobilita v životním prostoru, tím vyšší je kvalita života a že pokles mobility v životním prostoru se shoduje s poklesem kvality života.“ (Rantanen, Eronen, Kauppinen, Kokko, Sanaslahti, Kajan, & Portegijs, 2021, s. 61).

Faktorů ovlivňujících kvalitu života je celá řada – viz fragmentární a parciální definice uvedené výše v textu. Odborné studie uvádějí, že „čím vyšší je skóre aktivního stárnutí, tím lepší jsou ukazatele kvality života, což naznačuje, že jakékoli smysluplné aktivity mohou podporovat prožitky podporující aktivní stárnutí. Obecně platí, že lidé s obtížemi při chůzi získávají nižší skóre aktivního stárnutí. Zároveň si někteří lidé s potížemi s chůzí, kteří pravděpodobně nejsou schopni cestovat daleko od domova, mohou udržovat aktivní přístup k životu navzdory možným potížím žít mimo domov“ (Rantanen, Eronen, Kauppinen, Kokko, Sanaslahti, Kajan, & Portegijs, 2021, s. 61). „Vzhledem k tomu, že podobné skóre mohou získat lidé s různým profilem pohybové aktivity, nelze vyloučit, že

zachování aktivního přístupu k životu a dobré kvality je možné i během sociálního odloučení alespoň u některých starších lidí.“ (tamtéž, 2021, s. 61).

Pro moderní studium a výzkum aktivního stárnutí z širšího a komplexního hlediska byla vyvinuta a ověřena škála aktivního stárnutí – viz Univerzity v Jyväskylä (UJACAS 3). „Novinkou škály je, že zachycuje rozmanité formy aktivity ve stáří a zahrnuté činnosti jsou popsány obecně, a jsou tedy v zásadě možné pro všechny bez ohledu na jejich funkční stav. Neuvádíme přísná objektivní kritéria pro vykonávání činnosti, ale spíše účel každé činnosti.“ (Rantanen, Eronen, Kauppinen, Kokko, Sanaslahti, Kajan, & Portegijs, 2021, s. 61).

„UJACAS (3) se skládá ze 17 položek: procvičování paměti, používání počítače, pokrok ve vlastním životě, cvičení, radost z přírody, péče o vzhled, řemeslné práce nebo kutilství, zútulňování a zpříjemňování domova, pomoc druhým, udržování přátelství, poznávání nových lidí, vyrovnávání osobních financí, zajímavé dny, umělecké koníčky, účast na akcích, pokrok ve společenských/komunitních záležitostech a dělání věcí podle svého vidění světa.“ (tamtéž, 2021, s. 62).

V této výzkumné studii bylo dále zjištěno, že „během sociálního distancování se mobilita v životním prostoru a skóre aktivního stárnutí snížily ve srovnání s obdobím před dvěma lety, ale pokles kvality života byl méně výrazný. Výsledky také zdůrazňují skutečnost, že aktivní působení ve smysluplných činnostech přispívá k dobré QoL bez ohledu na život v běžných nebo výjimečných podmínkách.“ (Rantanen, Eronen, Kauppinen, Kokko, Sanaslahti, Kajan, & Portegijs, 2021, s. 62).

Vidovičová (2018) charakterizuje vybrané dimenze konceptu kvality života ve stáří v pohledu urbánní vs. rurální prostředí a pokouší se přispět k rozpravě, zda je venkov, anebo spíše město, vhodnějším či nevhodnějším místem k stárnutí či zestárnutí. „Čeští venkovští senioři jsou subjektivně zdravější, mají vyšší příjmy a menší náklady na bydlení, mají lepší vztahy ve svém sousedství, ve kterém se cítí bezpečně a jsou s ním o něco pevněji spjati. Městští senioři jsou zvýhodněni lepší dopravní infrastrukturou a příležitostmi pro kulturně produktivní aktivity, které mohou být i funkcí jejich v průměru vyššího vzdělání“ (Vidovičová, 2018, s. 1).

Aktuální statistické a demografické ukazatele přinášejí zajímavá srovnání, ale i vývoj s ohledem na život na venkově či ve městě. V obcích do dvou tisíc obyvatel, které označuje Český statistický úřad jako obce venkovské, žije 27 % obyvatel ČR a 26 % všech obyvatel starších 60 let (Demografická ročenka ČR, 2017). Počet obyvatel ČR byl k 2020 celkem

10 700 155 (Demografická ročenka ČR – 2020, 2021). Jak je uvedeno v dokumentu, celkovým počtem obyvatel pro výpočet měr se rozumí střední stav obyvatel, který je definován jako stav k 1. 7. 2020 vycházející z bilance (Demografická ročenka ČR – 2020, 2021, s. 13).

Na kvalitu života tedy působí řada faktorů. „Můžeme se domnívat, že život ve venkovských a výrazně městských obcích se bude lišit v důsledku příležitostí a bariér, které dané oblasti pro své obyvatele představují. Prostředí je přitom opakovaně chápáno jako klíčový aspekt kvality život“ (Vidovičová, 2018, s. 2).

V této diplomové práci nastíněný vývoj – jednak s ohledem na rozvoj teorie kvality života a s přispěním empirických poznatků – předpokládá aktivní zapojení odborníků z řady vědních oborů (myšleno edukačních věd, gerontologie, sociální politiky, sociální psychologie studia dlouhověkosti atd.), a také výraznou podporu národní a evropské politiky. To je mj. obsaženo a uvedeno v cílech EY 2012, s důrazem na podporu s rozvoj kvality života, vitality / aktivity a důstojnosti jedinců. „Tím, jak je prodlužována doba života člověka, je nutné uvažovat také o tom, jak kvalitně jedinec svůj život prožívá, tedy nejen přežívá. Kvalita života je předmětem zkoumání řady vědních oborů, kvalitu života je třeba nahlížet interdisciplinárně. Kvalitu života člověka ve stáří určuje celá řada faktorů, mj. i to, jak člověk svůj život prožil v době jeho aktivní části“ (Salivarová a Veteška, 2014, s. 6). To se také promítá i do doby, kdy člověk je již odkázán na celodenní péči druhé osoby, přičemž jednou z možností je pobyt seniora v rezidenčním či jiném zařízení<sup>4</sup>. (Salivarová a Veteška, 2014, s. 6)

„Kvalita života je mnohvrstvený pojem, obsahující řadu implicitních faktorů a kategorií. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jedince jako „individuální vnímání vlastní pozice v kontextu kultury, v níž žije a ve vztahu k vlastním cílům, očekáváním, životním standardům a zájmům“ (WHO, 1997, s. 3). Jedná se o širokou škálu hodnocení vlastní fyzické kondice a stupně nezávislosti, psychického / duševního stavu, prožívání sociálních vztahů s lidmi, blízkými i s těmi v širším okolí (specifika komunikace), stejně jako způsoby a možnosti trávení volného času (Salivarová a Veteška, 2014). „Kvalita života je určována jeho zdravotním stavem; zahrnuje i socioekonomické, kulturní a náboženské aspekty. Kvalita života jedince se podle

---

<sup>4</sup> Ani zde – v tomto typu zařízení – by ovšem jedinec neměl pouze „přežívat“, ale při vědomí logické změny preferencí jeho hodnotového žebříčku, příp. potřeb / zájmů, by mu měly být vytvářeny takové podmínky, které mu umožní úměrně jeho zdravotnímu stavu prožívat závěr života kvalitně, důstojně a smysluplně (Salivarová a Veteška, 2014).

Křivohlavého (2011, s. 124) „dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových aspektů bytí, sebepoznání a sebecpochopení“.  
(Veteška, 2017, s. 31)

V dnešní společnosti, sociologicky řečeno postmoderní / globalizované / liberalizované a turbulentní, je stárí ve svém celostním pohledu jedním z aktuálních politických a demografických témat dnešní doby. A to jak z pohledu edukační a pečovatelské praxe, tak z pohledu teoretických edukačních a lékařských přístupů. O významu a perspektivě proto není pochyb. Uvědomuje si to řada národních i mezinárodních organizací, což se projevilo mj. i tím, že Evropská unie vyhlásila rok 2012 „Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity“ („EY 2012“). (Salivarová a Veteška, 2014 a Veteška, 2017). Pohledy ovlivňuje vývoj nových technologií, ale i robotizace, automatizace a umělá inteligence. Sice můžeme namítat, že se to jedná produktivní části života jedince, ale tyto vlivy ovlivňují i pozdější období života člověka, mění znalosti a technologie v oblasti zdravotnické, IT a sociální oblasti.

Jak uvádějí Salivarová a Veteška (2014), ČR díky uvedeným změnám přijala Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. V návaznosti na něj byl zpracován nový strategický dokument s názvem „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“. Plán je hlavním výstupem EY 2012 a na uvedené období stanovuje priority odrážející stěžejní oblasti, na které se česká společnost v souvislosti se stárnutím populace musí připravit. Jednou ze souvisejících andragogických oblastí je mezigenerační vzdělávání, které můžeme chápat jako nejenom společné učení a poznávání, ale též „poznávání sebe sama“ (Salivarová a Veteška, 2014, s. 5).

Dnešní generace seniorů vyrůstala, žila a mnohdy dožívá ve vlastním specifickém generačním vakuu. Aby mohla předat své zkušenosti, znalosti, názory a dovednosti mladým lidem, musí se s nimi přirozeně někdy a někde stýkat. Cílem mezigeneračního vzdělávání je tedy vytvořit fungující mezigenerační prostředí, generačně heterogenní, aby mladí i starší lidé měli stejné právo sdělit druhým své názory a postoje (Salivarová a Veteška, 2014).

Další zajímavá studie – tentokrát autorů Souza Júnior, Viana, Cruz, Silva, Rosa, Siqueira, & Sawada (2021) zkoumá vliv funkčnosti či dysfunkčnosti rodiny na kvalitu života starších členů rodiny: „Poskytování péče starším lidem by proto mělo zahrnovat individuální, rodinné a komunitní aspekty, které jsou součástí jejich rutiny, protože nemá smysl uvažovat o stárnutí vertikálně, v postavě jedince, aniž bychom pojali změny, k nimž

došlo během celého procesu stárnutí. Vznikají tak nové potřeby longitudinální péče pro zajištění kvality života stárnoucí populace. Část těchto potřeb musí uspokojit veřejné orgány a část rodiny. Hledání strategií, které by zlepšily QoL během procesu stárnutí, je tedy výzvou pro vědecké zkoumání v této oblasti poznání). Za tímto účelem tato studie předpokládá, že funkčnost rodiny přímo souvisí s QoL starších lidí, tj. ti, kteří patří do funkčního systému, mají lepší QoL.“ (Souza Júnior, Viana, Cruz, Silva, Rosa, Siqueira, & Sawada (2021, s. 2)

„Studie dále zdůrazňuje, že starší lidé si přejí žít s rodinnými příslušníky, protože věří, že jim rodinní příslušníci poskytnou podporu, péči a pozornost, když ji budou potřebovat.“ (Souza Júnior, Viana, Cruz, Silva, Rosa, Siqueira, & Sawada (2021, s. 5)

Bydlení starších lidí spolu s jinými rodinnými příslušníky je závislé také na vztahu mezi jejími členy a také na finančních zdrojích, které starší lidé mají nebo nemají.

„Studie zaznamenala finanční závislost v obou případech: starší lidé závislí na svých dětech a děti závislé na starších rodičích. Z toho vyvodila, že závislost dětí na starších osobách může negativně ovlivnit stáří a odchod rodičů do důchodu, což se nakonec stává dalším důvodem k péči a/nebo obavám. Tato charakteristika se vztahuje k jevu zvanému "plné hnízdo", který je definován jako delší pobyt mladých dospělých dětí v domácnosti původní rodiny, stále s finanční a citovou závislostí na rodičích, což je jev, který je v naší společnosti stále častější(32). Obecně starší lidé v této studii prezentovali lepší vnímání QoL v oblasti smyslových dovedností, reprezentované vyšším mediánem, bez ohledu na stupeň funkčnosti rodiny.“ (Souza Júnior, Viana, Cruz, Silva, Rosa, Siqueira, & Sawada, 2021, s. 5)

Ve funkční rodině mají starší lidé větší skóre kvality života ve všech jeho oblastech, než lidé, jejich rodina vykazuje nějaké dysfunkce. Fungující rodina tedy poskytuje starším lidem podporu, lásku a pocit bezpečí, psychickou i fyzickou pohodu a přispívá tak k lepší kvalitě života.

Mezigenerační solidarita, někdy nazývaná též soudržnost, pospolitost, představuje v tomto kontextu jeden z nejvýznamnějších civilizačních, demokratizačních a kulturně-sociálních aspektů. Antropologický a edukační koncept v podobě dílčích myšlenek andragogické či gerontagogické práce najdeme v práci Vetešky (2016a, 2017, 2016b), Špatenkové (2009, 2013), Špatenkové a Smékalové (2015), Janiše a Skopalové (2016), Šipa (2020) a Koriciny (2020).



„Z toho lze odvodit, že úroveň každé společnosti můžeme nahlížet i prizmatem toho, jak kvalitně sami žijeme v souladu s generacemi našich rodičů, prarodičů, popř. praprarodičů, a zase obráceně: jak kvalitu života vnímají oni ve vztahu ke generacím jejich synů, dcer, vnoučat a pravnoučat. Odráží se v tom totiž celá řada hledisek, která ovlivňují uchopení a následné řešení problematiky stáří a stárnutí“ (Salivarová a Veteška, 2014, s. 5). Karel Čapek ve 30. letech 20. století výstižně prohlásil, že „mladá generace má pocit, že s ní přichází lepší svět. Stará garda má pocit, že s ní ten lepší svět odchází.“ I mezi současnou starší generací přetrvává tento mýtus. Přesvědčení, že se dříve lidé k sobě chovali lépe. Je to ve skutečnosti velmi iluzorní a těžce obhajitelný názor (Salivarová a Veteška, 2014, s. 5).

### **1.3 Profese podílející se na péči o seniory**

Podle platné legislativy ČR najdeme základní vymezení sledované problematiky v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Okruh pracovníků uvádí § 115:

„(1) V sociálních službách vykonávají odbornou činnost

- a) sociální pracovníci za podmínek stanovených v § 109 a 110,
- b) pracovníci v sociálních službách,
- c) zdravotničtí pracovníci,
- d) pedagogičtí pracovníci,
- e) manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby“ (§ 115, zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Pracovníci v sociálních službách podle § 116 výše uvedeného zákona jsou:

„(1) Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává

- a) přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v náviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- b) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností

formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,

- c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depestází pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,
- d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depestážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (§ 116, zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

V českém prostředí je častěji používán, a to v relativně stejném významu, pojem „pracovník volnočasových aktivit v sociálních službách“, eventuálně „pracovník výchovné činnosti v sociálních službách“. Tato pozice je uvedena v národní soustavě povolání, resp. katalogu povolání, a to v od-borném směru sociální práce, pod heslem „aktivizační pracovník v sociálních službách“ (Salivarová a Veteška, 2014, s. 29). Rovněž najdeme aktivizační pracovníky, kteří – jak vyplynulo z realizovaného výzkumu – realizují také animační činnost. Pracovní pozice aktivizačního pracovníka (pracovník v sociálních službách), příp. sociální pracovník v sociálně aktivizační službě pro seniory/osoby se zdravotním postižením<sup>5</sup>, vychází ze Standardů kvality sociálních služeb, Etického kodexu sociálních pracovníků České republiky a legislativně zejména ze zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.), zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (č. 329/2011 Sb.).

„Pracovník volnočasových aktivit v sociálních službách vyhledává, organizuje a provádí volnočasové aktivity pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického duševního onemocnění nebo zdravotního postižení, závislosti na návykových

---

<sup>5</sup> Zabývá se mj. podporou seniorů a osob se zdravotním postižením. Nabízí podporu v oblasti aktivního způsobu života, aby mohli jedinci zůstat co nejdéle v přirozeném prostředí domova a usilovat o zachování potřebné míry soběstačnosti. Tento odborný pracovník také pomáhá seniorovi žít ve zdravých sociálních vztazích. Pomáhá předcházet či zmírňovat sociální vyloučení a pomáhá s rozvojem jedince v oblasti specifických schopností a dovedností.

látkách, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby v zařízeních sociálních služeb.“ (NSP, katalog povolání on-line, <http://katalog.nsp.cz>). (Salivarová a Veteška, 2014, s. 29).

Pracovní činnosti pracovníka na této pozici jsou v katalogu povolání charakterizovány jako: „Vyhledávání, organizování a provádění volnočasových aktivit zaměřených zejména na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností klientů formou výtvarné, hudební, dramatické nebo tělesné výchovy. Vytváření vztahu klientů k živým tvorům včetně péče o ně. Zabezpečování zájmové a kulturní činnosti klientů.“ (NSP, katalog povolání online, <http://katalog.nsp.cz>). (Salivarová a Veteška, 2014, s. 29).

„Pracovník výchovné činnosti v sociálních službách vykonává základní výchovnou činnost u osob se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického duševního onemocnění nebo zdravotního postižení, závislosti na návykových látkách, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby v zařízeních sociálních služeb.“ (NSP, katalog povolání online, <http://katalog.nsp.cz>). Pracovní činnosti pracovníka na této pozici jsou v katalogu povolání charakterizovány jako: „Rutinní práce při vytváření základních společenských a hygienických návyků klienta, spolupráce na posilování sociálních a společenských kontaktů klienta. Působení na vytváření, prohlubování a upevňování návyků klienta, vytváření pozitivních mezilidských vztahů ve skupině klientů, rozvíjení jemné motoriky. Návčik denních běžných činností klienta. Fixace získaných společenských a hygienických návyků klienta.“ (NSP, katalog povolání online, <http://katalog.nsp.cz>). (Salivarová a Veteška, 2014, s. 30).

Stejně tak může naplňovat svou pracovní činností v rezidenčních zařízeních pro seniory odborník, který je v katalogu povolání označen jako pedagog volného času, zařazen v odborném směru „výchova a vzdělávání“. „Pedagog volného času zajišťuje tvorbu obecných forem a metod výchovy a vzdělávání v oblasti volného času dětí, mládeže nebo dospělých. Provádí specifická pedagogická vyšetření.“ (NSP, katalog povolání online, <http://katalog.nsp.cz>). (Salivarová a Veteška, 2014, s. 30).

Vronský (2022) shrnuje kompetentnost aktivizačního pracovníka a jeho profesní kompetence pro výkon pracovní funkce ve třech oblastech kompetencí:

1. osobnostní – celkové psychosociální nastavení osobnosti pro výkon profese a schopnost dále se rozvíjet, učit se, empatie;
2. odborné – základní kompetence získané vzděláváním pro výkon profese, resp. pracovní funkce;

3. specifické – získané v praxi a osvojené jako dovednosti a návyky v každodenní odborné praxi (Vronský, 2022).

Kompetence osobnostní jsou podle Vronského (2022) kompetencemi, které člověk získává svým sociálním vývojem a skrze svůj genetický potenciál. Jedná se především o tyto dispozice, resp. kompetence:

- a) komunikační schopnosti a dovednosti,
- b) empatie a aktivní naslouchání,
- c) důvěryhodnost,
- d) prosociální orientace,
- e) flexibilita,
- f) inteligence a psychická zdatnost,
- g) organizační a kombinační schopnosti (Vronský, 2022)

Kompetence odborné jsou podle Vronského (2022, s. 111) „kompetence, které člověk získává absolvováním odborného vzdělání, orientovaného na práci v sociálních službách. Mé vlastní poznatky z praxe ukazují, že lze se jen těžko v každodenní praxi zabývat podrobným stanovováním kompetencí aktivizačního pracovníka. Je zásadní, aby poznatky z praxe byly přeneseny na akademickou půdu a zde se smysluplně zabývat kompetencemi aktivizačních pracovníků“.

#### **1.4 Problematika dlouhodobé péče o seniory**

Terminologický a odborný diskurs na téma „dlouhodobé péče se vyvíjí v souvislosti nejen se stárnutím populace, ale i s dalšími aspekty, které s ním více či méně souvisejí. Následně se budeme zabývat těmi, které ovlivňují poskytování zdravotní a sociální péče a zejména dlouhodobé péče, která je hlavním předmětem zájmu této publikace. Jedná se o situace, které jsou charakterizovány omezenou soběstačností a potřebou trvajících a dle individuálních potřeb modifikované zdravotní péče, tak i dalších služeb a pomoci, včetně služeb u nás regulovaných legislativou jako služby sociální“ (Holmerová a kol., 2014, s. 29).

„Významným fenoménem ovlivňujícím potřebu dlouhodobé péče je delší dožití lidí s chronickými onemocněními. K tomu dochází zejména v důsledku pokroků moderní medicíny, která svými prostředky zlepšuje management chronických onemocnění a oddaluje jejich následky o mnoho let či desítek let, jak je tomu například u diabetu. Mění také míru a formu komplikací, která tato onemocnění provázejí, například u již zmíněného

příkladu diabetu se výrazně zlepšily možnosti metabolické kompenzace a minimalizovala se nebezpečí akutních zhoršení a dekompenzací, došlo k významnému prodloužení doby dožití s diabetem. V důsledku toho se lidé častěji dožívají „svých“ chronických komplikací, zejména ve formě diabetické nefropatie, diabetické nohy, neuropatie apod. Dalším jevem je zvyšování počtu lidí, kteří díky moderní intenzivní medicíně překonali onemocnění, která byla v předchozích dobách zpravidla smrtící.

Potřebu dlouhodobé péče ovlivňují zejména ti přeživší, u kterých nedošlo k návratu plného zdraví, ale u kterých došlo ke vzniku disability. Jde například o následky cévních mozkových příhod a podobně. Další významnou skupinou jsou lidé se závažnými následky úrazů a poranění, zejména pak lidé s poškozením centrálního nervového systému a následnou disabilitou v důsledku poranění páteře či traumatického poškození mozku, lidé s amputacemi a podobně. Madridský summit o stárnutí a stáří upozornil již v roce 2002 na skutečnost, že vyššího věku se dožívají také lidé s těžkou disabilitou v důsledku vrozených poruch, dětské mozkové obrny a podobně, ať již intelektuálního či somatického charakteru či v kombinované formě... Tato skutečnost dodává další závažný rozměr skutečnosti, že lidé se závažným zdravotním postižením trpí mnoha somatickými i psychickými poruchami, jako jsou například poruchy hybnosti a s tím související rozvoj kontraktur a defektů, poruchy polykacího aktu a s tím související rozvoj zánětlivých změn, včetně například ezofagitid, dále se jedná o poruchy mikce, chronickou zácpu a celé spektrum mnoha dalších příznaků způsobených poruchami mnoha orgánových systémů, které se vyskytují u lidí se závažným zdravotním postižením, a to i v mladším věku. Specifickou problematiku představuje také problematika chronických duševních onemocnění, kdy dochází k prodloužení dožití pacientů se závažnými psychiatrickými onemocněními, a tedy k fenoménu stárnutí této skupiny nemocných, což přináší další komplexní zdravotní problémy i v této skupině lidí. S tím úzce souvisí problematika záchvatovitých onemocnění, která způsobují opět v dlouhodobé trajektorii průběhu a managementu sekundární změny zdravotního stavu jak primárně, tak i sekundárně v důsledku dlouhodobé terapie. Významnou skupinu pak v této oblasti představují také lidé se závislostmi a jejich následky“ (Holmerová a kol., 2014, s. 29-30).

## 2. Kognitivní schopnosti seniorů

Pojem kognitivní funkce představuje schopnosti, které umožňují jedinci „smysluplně vnímat okolní prostředí, svět kolem nás a zároveň i naše vnitřní psychické stavy. Kognitivní funkce používáme kdykoli, když přemýšlíme nebo se učíme (Rusina, 2014). Pod tento pojem zahrnujeme paměť a učení, myšlení, řečové funkce (schopnost porozumět řeči a smysluplně se vyjadřovat), vizuospaciální (zrakovou a prostorovou) orientaci, praxie (dovednosti), schopnost koncentrace a širše také exekutivní funkce, tedy schopnosti například plánovat a organizovat složitější aktivity (Hort, 2007)“ (Kuckir, Vaňková a kol., 2016, s. 16).

Do složek kognitivních funkcí řadíme podle Vostrého, Vetešky a kol. (2021) paměť, koncentraci, pozornost, rychlost myšlení a porozumění informacím. Do této oblasti dále patří vyšší kognitivní funkce, které v životě člověka umožňují řešit problémy, plánovat, organizovat a napomáhají vytvářet si náhled a tvořit úsudek.

### 2.1 Hodnocení kognitivních funkcí

Kognitivní funkce – myšlení patří podle psychologů „mezi nejvyšší mozkové funkce a jejich poruchy nastávají při mnoha onemocněních postihujících mozek. Ve vyšším věku se jedná o syndrom demence, respektive různá onemocnění a poruchy, které jej způsobují (Sheardová, 2007). Ty postihují příslušné mozkové struktury, zejména oblast mozkové kůry. Syndrom demence je syndromem chronickým, nejčastěji se rozvíjí postupně, právě v důsledku neurodegenerativních onemocnění (Holmerová, 2012). Je charakterizován dlouhodobě trvajícím a postupně se rozvíjejícím poruchou kognitivních funkcí, kterou mohou provázet také změny chování, změny osobnosti a další psychologické příznaky. Pravidelnou součástí syndromu demence jsou poruchy soběstačnosti, které se s jeho progresí postupně zhoršují (Holmerová, 2013)“ (Kuckir, Vaňková a kol., 2016, s. 16)

Za důležité považujeme tzv. hraniční stavy, které „jsou ve stáří velmi časté. Jednak se jedná o mírnou kognitivní poruchu (Prince, 2014; Holmerová, 2007), která představuje rizikový stav pro rozvoj demence. Projevuje se zejména subjektivními stížnostmi na poruchu paměti a/nebo jiných kognitivních funkcí, zatímco testy mohou být ještě hraniční a nesvědčí pro demenci. Mírná kognitivní porucha (MCI) může mít formu amnestickou (aMCI) a nonamnestickou (naMCI) podle převažujícího kognitivního deficitu na úrovni krátkodobé paměti nebo jiné z kognitivních domén. Zhruba 15 % pacientů s MCI

konvertuje každoročně do demence, určitá část zůstává dlouhodobě stabilní a malá část pacientů se může opět normalizovat (Nikolai, 2013).“ (Kuckir, Vaňková a kol., 2016, s. 17).

Dalším hraničním stavem je podle uvedených autorů tzv. „hraniční přechodné zhoršení kognitivních funkcí (obdobou mírné kognitivní poruchy, pod kterou však rozumíme spíše dlouhotrvající stav). V tomto případě se jedná většinou o post-akutní situace, jako jsou stavy po akutním zhoršení zdravotního stavu, operaci, celkové anestezii, dehydrataci, dlouhodobé izolaci, deprivaci, nedostatku podnětů, změně sociální situace, nevhodné medikaci, ztrátě blízkých, přestěhování a podobně – kdy pacienti mohou vykazovat zhoršení kognitivních funkcí zpravidla o několik bodů MMSE oproti původním hodnotám (pokud jsou známy) (Folstein, 1975). K nápravě této situace a ke zlepšení do normálního stavu může dojít po několika týdnech doléčení a rehabilitace, kdy pozorujeme kromě zlepšení celkového stavu také zlepšení kognitivních funkcí. Zpravidla tyto situace nastávají i tam, kde za akutního pobytu nebylo zaznamenáno delirium nebo kde nebylo delirium diagnostikováno (což je časté zejména v případě hypoaktivního deliria) a spontánně částečně odeznělo (Rhodius-Meester, 2013).“ (Kuckir, Vaňková a kol., 2016, s. 17).

„Kognitivní deficit lze podle současných neuropsychologických poznatků rozpoznat klinickou metodou, rozhovorem, pozorováním, klinickými zkouškami, testy a hodnotícími nástroji, analýzou anamnézy, analýzou stop a výsledků činnosti. Nejpřesnějším vyšetřením kognitivních funkcí je vyšetření neuropsychologické, to však nebývá vždy dostupné a je také zpravidla velmi časově náročné. Proto je indikujeme zejména v rámci diferenciatně diagnostické rozvahy například u netypických forem demence, s ohledem na pracovní schopnost, u mírné demence, u níž je diagnostická nejistota, inkongruence s ostatními funkčními vyšetřeními a podobně. U geriatrických pacientů využíváme některé jednodušší testy, pomocí kterých můžeme kognitivní funkce posoudit a zahrnout tak pohled na ně do mozaiky funkčního geriatrického vyšetření. V současné době používáme několik testů, které považujeme za dobrý standard vyšetření kognitivních funkcí.“ (Kuckir, Vaňková a kol., 2016, s. 17)

Často používaný „test hodin je součástí jiných testů (včetně MoCA), které jej dále doplňují. Testem hodin můžeme hodnotit také vizuospeciální schopnosti (například s ohledem na možnost demence s Lewyho tělísky) nebo exekutivní funkce (s ohledem na možnost frontotemporální demence) (Franková, 2011; Vyhnálek, 2011). Základním

doplněním je doplnění alespoň o zapamatování několika slov, z čehož například vychází test MiniCOG. Dobrou orientaci o paměti může také poskytnout pětislovní test využívající jednak bezprostřední zapamatování slov a jednak jejich vybavení po nápovědě v obecnější kategorii (to je významné například u Alzheimerovy choroby).“ (Kuckir, Vaňková a kol., 2016, s. 18-19)

Podle výše uvedených autorů, zjištění kognitivní poruchy a stanovení diagnózy demence a onemocnění, které ji způsobuje, představuje situaci, která bude zásadním způsobem ovlivňovat soběstačnost v dlouhodobé perspektivě a vyžaduje příslušná opatření, léčbu, pomoc a podporu (Vostrý, Veteška a kol., 2021).

Demence „označuje závažný syndrom onemocnění mozkové tkáně, jehož podstatou jsou rozličné chorobné procesy. Většina forem demence postihuje populaci nad 60 let. V 19. století však byla demence běžná i pro věkovou kategorii mezi 30 a 40 lety.“ (Vostrý, Veteška a kol., 2021, s. 81)

„Demence je syndrom, který vzniká následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, ačkoli vědomí přítomné není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno nižší úrovní kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Diagnózu demence lze stanovit na základě psychiatrického (neuropsychiatrického) klinického obrazu a psychologického vyšetření“ (Vostrý, Veteška a kol., 2021, s. 81).

Na druhou stranu přítomnost deliria vyžaduje intenzivní medicínskou intervenci, tedy včasnou a správnou diagnózu vyvolávající příčiny a její léčení či odstranění a zvládnutí příznaků deliria. V případě deliria se jedná o stav, který je v principu léčitelný, který je ale vždy známkou závažné prognózy. Záměna těchto stavů představuje zásadní a závažné pochybení proti dobré praxi. Proto je zapotřebí k diagnostice kognitivních poruch přistupovat vždy velmi zodpovědně, kvalifikovaně a mít i na paměti možnost (častou) deliria, které na demenci nasedá. Hraniční stavy jak chronické (mírné kognitivní poruchy), tak i náhle vzniklé pak vyžadují adekvátní pozornost a další vyšetření. (Holmerová a kol., 2016, s. 19)

## **2.2 Hodnocení emotivity, nálady a motivace u seniorů**

V předchozí podkapitole byly popsány problémy související s demencí a dalšími zdravotními omezení seniorů v oblasti kognitivních funkcí. „Kromě výše uvedených



kognitivních funkcí a jejich poruch je to právě stav emotivity a motivace, které zásadním způsobem ovlivňují soběstačnost a kvalitu života starších lidí. Ve vyšším věku se jedná o syndrom deprese a některé typy postižení, například čelního laloku, kdy vznikají závažné poruchy motivace k jakýmkoli činnostem, včetně základní mobility a podobně“. (Kuckir, Vaňková a kol., 2016, s. 17)

Další problém tvoří deprese ve vyšším věku. Ty „se poněkud odlišují od deprese v mladším a středním věku a její problematika je pravděpodobně ještě komplexnější. Velmi často probíhá skrytě, pacienti si na poruchu nálady zpravidla nestěžují. Deprese ve vyšším věku se nejen projevuje různými polymorfními somatickými příznaky, ale také většinu somatických onemocnění vyššího věku doprovází, výrazně agravuje klinický obraz a představuje tak významnou komponentu téměř všech geriatrických syndromů (Vaňková, 2008). Velmi často provází syndrom demence, který akcentuje, může jej ale i maskovat. Pacient vyššího věku, který trpí depresí, si nejen může stěžovat na poruchu paměti a kognitivních funkcí (což bývá velmi časté), ale může také objektivně vykazovat zhoršené skóre při kognitivních testech“. (Kuckir, Vaňková a kol., 2016, s. 19)

Jak uvádějí Kuckir, Vaňková a kol. (2016), dalším „významným syndromem vyššího věku, který je zapotřebí vzít v úvahu při diferenciální diagnóze demence, je syndrom deliria, který je také výrazem a výsledkem zhoršené funkce mozku. V případě deliria se však jedná o akutní stav, o poruchu, která mozek zpravidla postihuje sekundárně. Jeho příčinou může být ve vyšším věku prakticky jakékoli onemocnění či porucha homeostázy organismu, či působení vnějšího škodlivého vlivu. Často se jedná o zánětlivé stavy (infekce močových či dýchacích cest), metabolické poruchy (hyper či hypoglykemie, poruchy metabolismu minerálů), dehydrataci, stres včetně stresu pooperačního a podobně. Například může jít o nežádoucí účinky léků s anticholinergním efektem. Syndrom deliria charakterizuje kromě poruchy kognitivních funkcí také zpravidla kolísavá úroveň vědomí a behaviorální poruchy, které mohou směřovat jak ke stavům agitovanosti, tak k apatii.“ (Kuckir, Vaňková a kol., 2016, s. 17)

Většina demencí začíná podle odborníků poruchami paměti. Jak uvádějí Vostrý, Betková, Veteška a Kříž (2022), mezi typickou věkovou skupinu s tímto postižením řadíme osoby ve věku 65 let a starší. Procento lidí s Alzheimerovou nemocí se dramaticky zvyšuje s věkem, přičemž tato nemoc postihuje 3 % lidí ve věku 65 až 74 let, 17 % lidí ve věku 75 až 84 let a 32 % lidí ve věku 85 let a více (Hebert et al., 2010). Ovšem je důležité poznamenat, že Alzheimerova demence není běžnou součástí stárnutí a starší věk sám o

sobě není dostatečnou příčinou pro propuknutí této choroby (Nelson et al., 2011). Při postupu demence jsou poškozeny nebo zničeny neurony v několika částech mozku, které mohou zapříčinit rozpad identity jedince. Dokonce může dojít k ovlivnění základních tělesných funkcí, jako je chůze a polykání. V závěrečných stádiích Alzheimerovy nemoci jsou osoby připoutány na lůžko a vyžadují nepřetržitou péči (Alzheimer's Association, 2019). (Vostrý, Betková, Veteška a Kříž, 2022).

Demence může být dále způsobena pestrou škálou onemocnění či rizikových faktorů, ale zhruba v 50 % je způsobena Alzheimerovou nemocí (srov. Ressler, 2004; Nikolaj et al., 2013; Alzheimer's Association, 2019). Mezi prvotní znaky, které poukazují na Alzheimerovu chorobu, řadíme ztrátu paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly spolu s problémy při vykonávání běžných denních činností. Dále lze pozorovat poruchu soudnosti, logického myšlení, ale také narušení vnímání orientace v čase a prostoru. V pozdějších stádiích onemocnění pak můžeme mluvit také o narušení vnímání své osoby. To může být doprovázeno poruchou příjmu potravy (Jiráček a kol., 2009 a 2013). (Vostrý, Betková, Veteška a Kříž, 2022).

Další problematika, která úzce souvisí s procesem učení, je motivace. „Na poruchu motivace a nálady bychom měli myslet v případě, že má pacient zhoršené kognitivní funkce právě v části testů, které se na ně zaměřují. Pacient s poruchou nálady a motivace v screeningovém testu může dosáhnout úrovně MCI (Clock test bývá obvykle zcela v normě). Deprese může někdy imponovat jako kognitivní porucha či dokonce demence, v tomto případě hovoříme o pseudodemenci. Pacientovy kognitivní funkce se jeví jako zhoršené (může mít i horší výsledek testů), působí zpomaleně, má obtíže v rozhodování, nesoustředí se, má zhoršenou orientaci. Pacient s depresivní pseudodemencí či zhoršenými kognitivními funkcemi v důsledku deprese má zpravidla náhled na poruchy paměti, a dokonce je často s akcentem zmiňuje. Obě poruchy se také vyskytují společně.“ (Kuckir, Vaňková a kol., 2016, s. 20).

### **2.3 Mozek a paměť**

Mezi jedny z nejdůležitějších kognitivních funkcí člověka řadíme podle Vostrého, Vetešky a kol. (2021) schopnost učit se a samotnou paměť. Paměť je zásadní funkcí člověka. „Vývoj mozku a nervového systému se prolíná celým životem, stojí za rozvojem motorického a senzorického systému, paměti, myšlení a dalších psychických funkcí. Jednotlivé fáze vývoje po narození jsou velmi precizně a detailně popsány v dostupných

publikacích věnovaných vývojové psychologii. Znalosti tohoto oboru jsou pro jakéhokoli odborníka pomáhajících profesí stěžejní a nadmíru podstatné, ať pracuje s dětmi, dospívajícími, dospělými nebo starými lidmi. To chceme zdůraznit (a motivovat ke studiu vývojové psychologie). Vývojové změny psychiky samozřejmě bezprostředně a neoddělitelně souvisejí se změnami mozku“ (Procházka, Orel a kol., 2021, s. 98).

Lidský mozek je podle Vostrého, Vetešky a kol. (2021) ustálená struktura, „prostřednictvím níž biologická sféra úzce komunikuje se sférou duševní a společenskou. Samotný vývoj lidského mozku jakožto centra unikátních kognitivních, asociativních a paměťových funkcí, které determinují procesy učení, je z velké části dokončen již v prenatalním vývoji člověka“ (Vostrý, Veteška a kol., 2021, s. 70).

„Komplexní a zdravý rozvoj mozku (a dítěte) zahrnuje rozvoj funkcí smyslových (spojených se zachycením, příjmem, přenosem a zpracováním informací z vnějšího prostředí i vnitřku těla), motorických (obsahujících jak realizaci, tak koordinaci volných pohybu), kognitivních (zahrnujících paměť, myšlení, motivaci apod.). Rozvíjeny jsou také složky osobnosti, emoční stránka (akcentujeme zejména nutný pocit bezpečí, bezpodmínečného přijetí a oceňování jako podstatné prvky zdravého vývoje), dále formy a kultivace chování a morálky, vztahová oblast (se socializací a zapojením signifikantních osob v roli pečujících a zároveň limitujících autorit a později i vrstevníků). Aby vývoj probíhal fyziologicky a všestranně, je potřeba zapojovat, stimulovat a rozvíjet všechny tyto oblasti“ (Procházka, Orel a kol., 2021, s. 100).

„Jelikož zralé neurony nejsou schopné dělení, je rozvoj kvality, přesnosti a efektivnosti mozkové činnosti závislý především na rozsahu a hustotě větvení jejich vláken, počtu a jakosti synaptického propojení (což do určité míry můžeme ovlivnit!). Růstem a větvením nervových vláken i zvětšováním počtu synaptických spojů narůstá kapacita mozku, respektive mozkových funkčních systémů. Následným prořezáním se uskupuje výsledná neuronální síť, která se však do určité míry bude stále plasticky a dynamicky měnit v závislosti na řadě vnějších i vnitřních faktorů“ (Procházka, Orel a kol., 2021, s. 103).

Jak uvádějí Procházka, Orel a kol. (2021), „funkční systémy lidského mozku, které vyžívají postupně, se liší účelem, funkcí i rozsahem, vykazují však shodu v některých vlastnostech, jako je organizace, hierarchizace, integrace a anatomická vazba:

- Organizace je dána uspořádáním systému a jeho částí. Pojímá také vztahy jednotlivých neuronů daného systému.

- Hierarchizace je dána úrovněmi řízení, přičemž hierarchicky nadřazené systémy řídí systémy podřazené. Činnost vyšších etáží je přitom v každém okamžiku ovlivňována a optimalizována zpětnovazebnými informacemi.
- Integrace se týká jak slučování činnosti jednotlivých částí uvnitř jednoho systému, tak různých funkčních systémů navzájem.
- Anatomická vazba je vztah určité funkce k určité oblasti mozku. V současné době jsme již opustili pojem „centrum“ a hovoříme raději o „oblastech“, neboť tento pojem lépe vystihuje, že jde o širší oblast mozkové tkáně (nikoli o ostře ohraničené místo).“ (s. 104).

Očima dneška se na mozek a jeho systémy díváme podle Procházky, Orla a kol. (2021) „jako na složité supersítě vzájemně propojených dílčích subsystémů a jednotek. A jelikož jsou mnohé mozkové funkce vázané na síť vskutku širokého rozsahu, je zcela přesná lokalizace těchto funkcí de facto nemožná (díky síťování se navíc promítá do velkého objemu mozkové tkáně).“ (Procházka, Orel a kol., 2021, s. 104).

Mezi mozkové funkce, se kterými musíme v rámci kognitivní terapie pracovat (viz 4. kap.), podle publikace Aktivizace seniorů (kol. autorů, 2018) patří:

- „Paměť – dělí se na krátkodobou a dlouhodobou. Podle charakteru zapamatovaných informací pak také na explicitní a implicitní. Do explicitní paměti patří paměť sémantická (vědomosti), ikonická (vizuální paměť) a epizodická (příhody a situace). Implicitní paměť představuje různě naučené postupy.
- Pozornost a koncentrace – pozornost je zaměření duševní činnosti na určitý objekt. Koncentrace je soustředění pozornosti a dalších rozumových schopností.
- Rychlost myšlení a porozumění informacím.
- Exekutivní funkce – plánování, organizování, řešení problémů, emocionální seberegulace.
- Vyjadřovací (expresivní) schopnosti a porozumění řeči – do vyjadřovacích neboli expresivních funkcí patří konkrétně řeč, psaní, kreslení, gestikulace a mimika.
- Prostorová orientace a vnímání, prevence pádů a dalších rizikových situací“ (Aktivizace seniorů, kol. autorů, 2018, s. 1-2).

„Dílčí funkční subsystémy představují z hlediska velikosti malé okrsky mozkové hmoty o rozměrech cca 1-10 mm<sup>3</sup>. Všechny tyto systémy jsou nesmírně výkonné – v každém jednom okamžiku zpracovávají paralelně (tj. souběžně) a společně obrovská

kvanta informací. Po narození jedince se všechny postupně rozvíjejí a stále zvyšují svoji kapacitu a objem zpracovávaných dat. Jejich vývoj a změny jsou nejintenzivnější v dětství a dospívání, ale probíhají prakticky až do konce našeho žití“ (Procházka, Orel a kol., 2021, s. 104).

### 3. Edukace seniorů a vývoj andragogiky a gerontagogiky

Edukace a aktivizace seniorů je v posledních letech solidně rozpracována v řadě odborných textů a monografií. Specifická situace je ovšem v rezidenčních zařízeních, kde všechny aktivity probíhají organizovaně, mají formální charakter a obvykle jasná pravidla s ohledem na samotný průběh aktivit a činností, zajištění bezpečnosti seniorů a jejich určitého komfortu atd. Jak uvádějí Veteška a Salivarová (2014, s. 62) „nelze pominout animační rozměr činností, představuje důležitý prvek v péči o seniory, chápaný ve smyslu andragogické dimenze těchto pojmů, a také ve smyslu poradenství. Edukace seniorů v rezidenčních zařízeních je zaměřena na všechny skutečnosti, které souvisí s poskytováním služeb v tomto zařízení. Významnou roli sehrává při procesu adaptace klienta přicházejícího do zařízení z domácího prostředí. Tato změna je natolik zásadním zlomem v životě jedince, že je nezbytné jí věnovat patřičnou pozornost, neboť má velký vliv na další kvalitu života seniora v rezidenčním zařízení“.

Edukace, tedy různé formy a metody neformálního vzdělávání, probíhají v těchto typech zařízení opět v předem daném rámci, který se odvíjí od možností a kapacit zařízení – prostorových, materiálních a personálních (Veteška, 2016a). Sem spadají zejména finanční a personální možnosti. S ohledem na personální zabezpečení (tj. zda zařízení disponuje dostatečným množstvím odborných pracovníků) lze hovořit o určitých kategoriích kvality – tj. standardů odborné práce. Ne každé zařízení disponuje odbornými pracovníky zabývajícími se edukací a aktivizací seniorů. Rovněž kultura organizace a vize zřizovatele hrají zásadní význam (Salivarová a Veteška, 2014; Veteška, 2017). Pojem edukace je tradičně chápán jako souhrnný pojem zastřešující pojmy výchova a vzdělávání, zároveň lépe vystihuje obsahovou podstatu obou pojmů.

Edukace, nebo-li též vzdělávání seniorů či další (zájmové / volnočasové) vzdělávání seniorů, „představuje kontinuální didaktický proces a prolíná se všemi oblastmi péče a poskytovaných služeb v domově pro seniory. Pracuje s podobnými prvky jako edukace ve zdravotnických zařízeních, tedy její základním úkolem je předávání potřebných informací klientovi či jeho rodinným příslušníkům a blízkým osobám“ (Veteška a Salivarová, 2014, s. 62). Tyto informace by měly být poskytovány systematicky a chronologicky například v rámci poradenství nebo jiných organizovaných setkání. Klient-senior dobře ví, kdo je

jeho klíčový pracovník<sup>6</sup>, na kterého se může obracet v případě potřeby poskytnutí souhrnné informace ke konkrétní problematice (Malíková, 2010). Specifika sociální komunikace seniorů uvádějí Jiráček a Holmerová (2009) a Pokorná (2010).

### 3.1 Andragogika a gerontagogika jako vědy zastřešující

Vznik andragogiky je nesporně odrazem současné etapy vědecké a technologické revoluce druhé poloviny 20. století, především rozvoje vzdělávání dospělých, koncepce permanentního vzdělávání, celoživotního vzdělávání, celoživotního učení, ale také narůstání krizových jevů a růst problémů s postavením člověka a péče o něj v současné civilizaci. Součástí andragogiky jako vědy o výchově a vzdělávání dospělých je nová disciplína gerontopedagogika (viz Mühlbacher, 2009), která se terminologicky i obsahově vyvíjí. Veteška uvádí výstižnější a terminologicky korektnější označení, a to:

Gerontagogika se „konstituuje jako aplikovaná andragogická disciplína zaměřená na výchovně-vzdělávací činnost s dospělými a především seniory, a to jak ve smyslu výchovy a vzdělávání ke stáří, učení se stárnout, tak především aktivizaci a vzdělávání ve stáří. Zastřešující disciplínou gerontagogiky je gerontologie jako interdisciplinární věda přinášející souhrn poznatků o stáří a stárnutí“ (Veteška, 2017, s. 91).

Dynamika vývoje gerontagogiky (slovensky označována jako geragogika), jako mladé „vědecké disciplíny pojednávající o zákonitostech stáří a všech sociálních souvislostech a možnostech edukace, se stává určujícím trendem rozsáhlé oblasti práce se seniory, a to nejenom proto, že se lidský věk prodlužuje a populace výrazně stárne“ (Veteška In: Határ, 2011, s. 9).

Podle Vetešky (2017) se pojem gerontagogika (z angl. *gerontagogy*) poprvé objevuje až v roce 1962, a to v práci německého filozofa a vysokoškolského učitele Otto Friedricha Bollnowa (1903–1991). „V této souvislosti Bollnow navrhl realizovat výchovnou pomoc ve stáří, jež by měla sloužit efektivnímu a smysluplnému zvládnutí životních situací v této složité fázi ontogeneze. Nauku o výchově starších lidí tedy označil jako gerontagogiku, součást vzdělávání dospělých. O pluralitě v této oblasti vědy svědčí i to, že se pro podobné procesy objevují i jiné pojmy, jako je pedagogika starých lidí, pedagogika stáří,

---

<sup>6</sup> Klíčového pracovníka může vykonávat kterýkoliv pracovník, který je s klienty v přímém kontaktu, záleží na dohodě mezi pracovníky, na metodice pro individuální plánování ve službě. Není však obvyklé, aby tuto roli zastával střední zdravotnický personál, jelikož jeho vzdělání a náplň jeho práce je zaměřená na zdravotní péči. Je proto efektivní, aby tuto roli vykonávali pracovníci v sociálních službách, kteří lépe zvládají vedení individuálního plánu nikoliv jako plánu ošetrovatelského ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

gerontopedagogika“ (Veteška, 2017, s. 92).

Rozvoj této oblasti edukace se v současné postmoderní době a éře celoživotního vzdělávání a učení ukazuje jako nutnost. Mezi nejčastěji realizované formy vzdělávání jedinců postproduktivního věku patří univerzity třetího věku, akademie třetího věku a lidové univerzity (upraveno podle Vetešky, 2016a, 2017).

Livečka (1979) ve svojí první práci, která je z dnešního pohledu skutečně průkopnická a v mnohém prognostická, prezentuje čtyři funkce vzdělávání jedinců v postproduktivním věku. Jsou jimi a) funkce preventivní, b) anticipační, c) rehabilitační a d) posilovací. Institucionální péčí, poradenstvím i a podporou jedinců postproduktivního věku přispívá i nově koncipovaná sociální andragogika a zvláště olomoucká koncepce integrální andragogiky. Ta reaguje na aktuální potřeby pomoci, péče a poradenství v různých deficitních oblastech, zvláště v oblasti systematické péče o seniory (Veteška 2016a, 2016b, 2017).

Podle doporučení Mezinárodního plánu aktivit může většina lidí žít mnoho let po dosažení nároku na starobní důchod. Proto nelze přípravu na odchod do důchodu chápat jako přizpůsobení se vzniklým podmínkám na poslední chvíli, ale je třeba ji chápat jako proces probíhající během celého vědomého lidského života. V souvislosti s tím značnou roli, na níž závisí jejich budoucí prospěch, sehrávají jak sami jednotlivci, tak osoby zodpovědné za přijatá rozhodnutí. Mezinárodní plán aktivit doporučuje vládám zemí podnikat nebo podporovat opatření vedoucí ke zmírnění a zabezpečení přechodu z aktivního života k přerušení pracovní činnosti a pružněji určovat věk, v němž vzniká nárok na důchod (Matýsková, 2004).

Tato opatření mohou zahrnovat kurzy přípravy na odchod do důchodu a ulehčení práce v posledních letech zaměstnání, např. podporou postupného zkracování pracovní doby. Příprava na stáří je neprávem podceňovaným programem ovlivňování občanů směrem k úspěšnému stárnutí a aktivnímu stáří. Měla by být chápána jako přirozená součást široce koncipované andragogiky, orientované na osobnostní rozvoj. Předpokladem k ní je vytvoření reálné představy o povaze života ve stáří, jeho délce a ovlivnitelnosti. Zde je velký prostor pro účinnou, neformální vzdělávací a osvětovou činnost především hromadných sdělovacích prostředků. Pro podporu aktivit tělesných a duševních s přiměřenou psychohygienou a relaxací, výběr vhodných alternativních aktivit v rámci substituční teorie požadující zaplnění prostoru uvolněného penzionováním, tj. zachovávání zájmových aktivit ve středním věku a jejich racionální upřesnění pro další období ve věku



předdůchodovém. Významná je prevence maladaptace na penzionování se ztrátou smyslu života a s projevy degradace. Vytváření přiměřených materiálních předpokladů pro aktivní život ve stáří a včasné řešení bytové situace s úsilím o zajištění kvalitních nenáročných bytových podmínek. Ujasnění pracovních možností a průběhu penzionování, nejlépe postupného. Posilování dobrých mezilidských vztahů a sounáležitostí, stejně jako pozitivní vztah k sobě i k životu a aktivní, cílevědomě pozitivní ovlivňování svého životního pole. (Mühlpachr, 2011, s. 11-12)

### **3.2 Funkce a význam edukace seniorů**

Idea edukace dospělého jedince se datuje od antiky, vědní obor zabývající se touto problematikou je relativně mladý. Členíme ho na předvědeckou a vědeckou etapu. Andragogika, jako vědní disciplína, je konstituován až od poloviny 20. století a je strukturována do řady vědních disciplín, resp. subdisciplín. Ve výkladovém Andragogickém slovníku autorů Jana Průchy a Jaroslava Vetešky (Grada, 2012 a 2014) je andragogika charakterizována jako vědecká disciplína zabývající se veškerými procesy a souvislostmi učení se a vzdělávání dospělých, tedy celkovou edukační realitou dospělých; jak organizovaným, záměrným učením a jeho sociálně-ekonomickými souvislostmi, tak i sebeřízeným a kooperativním učením (Průcha a Veteška, 2012, s. 33).

Podle Špatenkové (2011) pokrývá pojem edukace dvouslovné spojení výchova a vzdělávání. Tento anglofonní model je výstižnější z hlediska aplikace uvedeného pojmu. Jedná se tedy o mnohem širší pojem než samotný termín vzdělávání (Veteška, 2016a). Cílem edukace seniorů není primárně získávání vědomostí a dovedností, které jsou předpokladem pracovního výkonu, ale spíše rozvoj schopností, obohacení znalostí a rozvoj osobnosti v rámci seberealizace a sebeaktualizace.

V seniorském věku se do popředí mnohem více a častěji dostává volný čas. Senioři se v období vstupu do důchodu musí postavit před novou životní situací, nové životní výzvy. Musí se adaptovat na nové sociální podmínky a prostředí. Senioři by neměli svůj volný čas pojímat pouze jako čas na klid a odpočinek, ale zároveň by se měli účastnit sociálních, komunitních, kulturních a pohybových aktivit. Aktivity volného času mají potenciál rozvoje a tvorby, jsou kreativním nástrojem a mohou tvořit smysluplnou náplň volného času jedince.

Mezi tzv. volnočasové aktivity a potřeby patří podle Petřkové a Čornaničové (2004) zejména:

- potřeba zotavení, osvěžení, zdraví a dobrého pocitu (rekreace);
- potřeba vyrovnání, rozptýlení a potěšení (kompenzace);
- potřeba poznání, učebního podněcování a dalšího učení (edukace);
- potřeba klidu, pohody, rozjímání (kontemplace);
- potřeba sdělení kontaktu a sociální družnosti (komunikace);
- potřeba společnosti, kolektivního / sociálního vztahu a vytváření skupin (integrace);
- potřeba účastenství, angažovanosti a sociálního pojetí (participace);
- potřeba kreativního rozvoje, uplatnění a účasti na kulturním životě (enkulturace).“ (Petřková a Čornaničová, 2004, s. 63-64).

Jak bylo již výše nastíněno, edukace seniorů plní svoje funkce, cíle a význam, které se přizpůsobují této specifické cílové skupině dospělých. Andragogickým cílem tohoto úsilí je především uspokojování edukačních potřeb, uspokojování zájmů a seberozvoj. Odlišností týkající se populace seniorů je pak to, že není prioritou získávání schopností za účelem profesního uplatnění, jako je tomu u skupin mladších účastníků vzdělávacích aktivit. Cíle jsou v podstatě výsledkem výchovně vzdělávacího procesu. Tak jako ve vzdělávání jiných věkových skupin, tak i u seniorů můžeme uvést základní třídění cílů:

- cíle ústřední, tedy obecné (mají za úkol připravit jedince k rozvoji osobnosti);
- cíle hlavní, tzv. směrné (tato skupina představuje množinu cílů v časově vymezených etapách, ve kterých je vzdělávání uskutečňováno);
- cíle dílčí nebo-li operační (mezi ně patří naučit účastníky vzdělávacích aktivit přesně stanoveným vědomostem či intelektuálním dovednostem; tyto cíle jsou přísně spjatý s cíli hlavními) (Livečka, 1979).

Jinou taxonomii najdeme např. u Petřkové a Čornaničové (2004), které cíle edukace seniorů člení takto:

- „kultivace života a jeho obohacování;
- pochopení vývojových úkolů seniorského věku a usnadnění adaptace na změněný způsob života;
- udržování tělesné i duševní aktivity;
- pomoc při orientaci v dnešním rychle se měnícím světě.“ (Petřková a Čornaničová, 2004, s. 64).

Funkce edukace seniorů můžeme dělit dle primárního zaměření na některé osobnostní stránky seniora:

- „vzdělávací / edukační: získávání nových poznatků, informací, zkušeností, osvojování dovedností, rozvoj vybraných kompetencí;
- kulturně-kultivační: rozvoj osobnosti v oblastech uměleckých, kulturních a pohybových;
- sociálně-psychologické: oblast sociálních vztahů, psychického rozvoje, cílená aktivita dle specifického zaměření výchovy a vzdělávání;
- preventivní: vzdělávací aktivity, které jsou prováděny v určitém předstihu a pozitivně ovlivňují průběh stárnutí a kvalitu života ve stáří;
- anticipační: pozitivní připravenost na změny ve stylu života, hlavně při odchodu do důchodu;
- rehabilitační: znovuobnovování a udržování fyzických a duševních sil, příprava pro další existenci;
- posilovací (stimulační, kultivační): rozvoj a kultivace zájmů, potřeb a schopností;
- aktivizační: začlenění se do současné společnosti;
- kompenzační: vzdělávací aktivity kompenzují úbytek sociálních kontaktů;
- komunikační: komunikace s okolím, rozvoj vnějších sociálních vztahů;
- relaxační: plnohodnotné kultivované trávení volného času vedoucí k vnitřní harmonii člověka (spiritualita, náboženství, kreativní tvorba);
- mezigenerační porozumění a solidarita: prohloubení porozumění mezi generacemi a na prevenci řešení mezigeneračního napětí“ (Petřková a Čornaničová, 2004; Bočková, 2000, Veteška, 2016a,b, upraveno).

Edukace seniorů má stejně jako každý cílevědomý proces, své úkoly a zaměření, a to jak v obecné společenské, tak v individuální rovině. Základní poslání edukace seniorů lze podle Petřkové a Čornaničové (2004) vymezit ve dvou níže uvedených rovinách:

„A. ve vztahu k jednotlivcům – seniorům: přispívají edukační aktivity zejména:

- k rozšíření možnosti uspokojovat poznávací a zájmové potřeby seniorů;
- k navozování, stimulaci a udržování vývojových potenciálů staršího člověka;
- k záměrnému ovlivňování osobnostních vlastností, vzorců chování a hodnotových či postojových orientací;

- k pochopení vývojových cílů seniorského věku, k jejich přijetí a smíření se závěrem života, případně se samotnou smrtí;
- k obohacování kvality života, a tím i k většímu pocitu životního optimismu a sebenaplnění;

B. ve vztahu ke společnosti edukace seniorů reprezentuje zejména:

- jednu z možností společenské podpory života ve stáří;
- pozitivní prvek při utváření a proměně názorů společnosti na stáří;
- příspěvek k akceptování modelu plnohodnotného životního stylu ve stáří danou společností;
- obohacení pozitivního modelu plnohodnotného života jedince v každé etapě;
- integrující prvek mezigeneračního pochopení, mezigenerační solidarity, postojů úcty k životu;
- součást základních sociálních programů týkajících se stáří (i když, samozřejmě nemůže nahrazovat nezbytné sociální, ošetrovatelsko-pečovatelské, zdravotní a ekonomické zabezpečení ve stáří) (Petřková a Čornaničová, 2004, s. 51-52, upraveno).

Jak vyplývá z řady teoretických i empirických studií (Svensson, 1990, Pearce, 1991, Kolland, 1993, Nedělka a Veteška, 2018, Codorin, 2020 aj.), jsou vzdělávací aktivity považovány za jeden z nejdůležitějších faktorů udržení kvality života jedince v období postproduktivního věku, což ostatně ukazuje i realizovaný výzkum – viz kap. 5. O problematice kvality života podrobněji pojednává předchozí podkapitola. Vzdělávání v této životní etapě přispívá nejen k mobilizaci kognitivních funkcí, ale i k upevnování fyzického a psychického zdraví, k posilování soběstačnosti a sebedůvěry a tím i k životní spokojenosti (Vostrý, Veteška a kol., 2021).

Vzdělávací aktivity jsou též důležitým parametrem sociální pozice pro ty seniory, kteří již nepokračují v pracovní činnosti. Jsou jakousi pojistkou sociální izolace a prevence osamocení. V souvislosti s hledáním vzdělávacích příležitostí pro občany třetího věku je vhodné připomenout, že jde o skupinu značně diferencovanou. Diferencovanost – a především heterogenita – této skupiny není dána pouze takovými znaky, jako jsou dosažená úroveň vzdělání, původní profese, místo bydliště (venkov vs. město), sociální zařazení v mikroklimatu rodiny či finanční úspory a možnosti. K dalším znakům patří

především zdravotní stav, životní zkušenosti, mentální výkonnost a v neposlední řadě i životní orientace spojená s psycho-sociálním laděním, zejména v kontextu optimizmu a celkové životní filozofie (Veteška, 2017).

Jak uvádí Határ (2011), mnoho starších lidí, kteří jsou závislí na pomoci a péči z důvodu sociální potřeby od ostatních, často rezignovalo na budoucí směřování jejich vlastního života. Faktem také zůstává, že se nejedná pouze o sociální a biologické problémy, ale také psychologické faktory, jako je strach a z něj vyplývající stres ze stáří a stárnutí, které ovlivňuje kvalitu života každého jedince ve stáří (Határ, 2011, s. 69). Proto je důležité vytvořit seniorům podmínky pro důstojné stáří.

### 3.3 Formy edukace seniorů

Záměrem této podkapitoly je popsat vzdělávací nabídku a možnosti dalšího vzdělávání seniorů, kteří jsou – v ideálním případě – v dobré psychické i fyzické kondici, pobývají v domácím prostředí a tyto skutečnosti jim dovolují využít ke své aktivizaci širokou škálu nabídky vzdělávacích organizací – zařízení zřizovaných obcemi a kraji, neziskovými a nestátními subjekty atd. Odlišné možnosti pak nabízejí domovy pro seniory, kde jedinci žijí trvale. Tyto aktivity jsou institucionalizované, tj. organizované a plánované (Veteška, 2017). Jedno členění uvádí již tradiční model, a to formální a neformální vzdělávání či informální učení. Další model vychází z přípravy na stáří a vzdělávání v období samotného stáří. Klíčovou skupinu tvoří pochopitelně sami senioři, druhou lidé ve věku blízkém se odchodu do starobního důchodu.

Dále v textu budeme charakterizovat tři klíčové instituce: univerzity třetího věku (U3V), akademie třetího věku (A3V), kluby seniorů (KS) a univerzity volného času.

*Univerzity třetího věku* se staly nejznámějšími formálními vzdělávacími možnostmi pro seniorskou populaci – v rámci celoživotního vzdělávání. Samotný termín univerzita třetího věku byl v počátcích svého používání vnímán z mnohem širšího hlediska. Reprezentoval především:

- novou koncepci, novou myšlenkovou ideu v seniorské sociální politice, aktuální společenský požadavek, kterým byl přístup ke vzdělávání skupiny lidí třetího věku (zejména v období 70. let 20. století);
- označení pro specifické formy vzdělávání / edukace seniorů realizovaných na vysokých školách / univerzitách, popřípadě v úzké spolupráci s vysokými školami v rámci jednotlivých fakult nebo jejich součástí;

- v některých státech se dodnes symbolicky používá jako nadřazený pojem pro různé typy edukačních aktivit určených primárně seniorům (Adamec a Kryštof, 2011, (Adamec, Kryštof a Šolc, 2011).

Univerzity třetího věku jako vzdělávací instituce se od svého vzniku zaměřily především na zájmové vzdělávání. Základním cílem je již od počátku zlepšit kvalitu života lidí, tj. seniorů prostřednictvím rozmanité nabídky vzdělávacích programů. Při organizaci a samotné realizaci odborné práce U3V se střetávají dva základní přístupy:

- přístup preferující intelektuální aktivitu účastníků: zdůrazňuje hlavně vysokoškolský charakter studijních aktivit, hlubokou individuální angažovanost / motivace posluchačů, účast na výzkumných aktivitách, exkurzích a laboratorních experimentech;
- přístup představující tradiční osvětový pohled: preferuje formy výchovně-vzdělávací, které umožňují zahrnout velké množství posluchačů v rámci humanitních a sociálních oborů (Petřková a Čornaničová, 2004).

Podmínky pro přijetí ke vzdělávání na univerzitě třetího věku jsou, jak uvádí Adamec s Kryštofem (2011), různé a stanovují si je vysoké školy individuálně – obvykle na základě schválených vnitřních předpisů. Na některých vysokých škol / univerzitách je často pravidlem, že se vzdělávání může účastnit jedinec, který dosáhl věku pro připsání starobního / nebo invalidního důchodu. Jiné univerzity třetího věku však přijímají i osoby mladší, případně válečné veterány a další typy jedinců, což upravují vnitřní předpisy dané fakulty nebo vysoké školy. Nejčastěji se uvádí, že jsou univerzity třetího věku přístupny lidem, kteří mají 50 let a více (resp. 55+). Autoři se dále zmiňují o tom, že je individuální i délka studia, které je zakončeno formální zkouškou a následnou promocií, při které absolventi získají osvědčení či certifikát (Šerák, 2018, Nedělka a Veteška, 2018 a Veteška, 2017).

„V užším pojetí se orientuje pouze na edukaci ve stáří, tj. zaměřuje se výlučně na vzdělávání seniorů a aktivizaci, případně animaci seniorů. V rámci praxe gerontagogiky jsou využívány specifické programy celoživotního vzdělávání, realizované například na vysokých školách jako tzv. univerzity třetího věku, dále pak na akademiích třetího věku, v klubech seniorů, rezidenčních zařízeních pro seniory, zájmových a neziskových institucích apod. Využívá přitom specifické metodické a (andro)didaktické postupy, které zohledňují

sociální situace, potřeby a zájmy seniorů, ale i psychická a fyzická omezení výkonu daná věkem nebo nemocí. Hlavním cílem je zvyšovat kvalitu života jedince a přispívat k mezigenerační soudržnosti“ (Veteška, 2017, s. 96)

*Akademie třetího věku* začaly na území současné ČR vznikat hlavně z iniciativy místních gerontologických pracovišť v 80. letech 20. století. První akademie třetího věku byla s největší pravděpodobností otevřena v roce 1983 v Přerově (Adamec, Kryštof a Šolc, 2011). Tyto akademie byly zakládány podle Šeráka (2009, 2018) především v těch regionech, kde nebyla dostatečná nabídka ze strany vysokých škol. Vzhledem k tomu, že vznik takovýchto institucí není nijak legislativně upraven, mohou být založeny v podstatě kýmkoli a kdekoli. Nejčastěji vznikají pod záštitou různých neziskových, nevládních institucí, jako jsou Červený kříž, muzea, knihovny, místní kulturní domy apod. Výuka je uskutečňována formou přednášek, diskusí, seminářů, exkurzí, sportovních a jiných pohybových aktivit aj. Účastníci nemusejí v průběhu studia skládat žádné zkoušky a jejich studium je zakončeno potvrzením o absolvování kurzu – vzdělávacího programu (Veteška, 2017). Vzhledem k výše zmíněnému je patrné, že tato forma vzdělávání je méně náročná než univerzity třetího věku (Šerák, 2009).

Tzv. *univerzity volného času* existují ve většině případů pod záštitou knihoven, kulturních domů a domovů důchodců (resp. domovů pro seniory). První a zároveň i největší v ČR byla založena v roce 1993 v Praze v rámci Evropského roku seniorů 2012. Univerzity volného času organizují studium v oborech, o které je tradičně velký zájem (dějiny filozofie, psychologie, regionální historie, filozofie a kulturní antropologie, dějiny umění atd.). Studovat v těchto typech vzdělávacích institucí mohou všichni bez ohledu na své dřívější vzdělání. Jedná se de facto o mezigenerační projekt, kdy jedinou podmínkou pro realizaci je dovršení 18 let věku. I přes to však mezi účastníky převažují lidé v seniorském věku. Toto studium není provázeno žádnými zkouškami, a tím pádem neobdrží účastníci na konci programu / kurzu žádné osvědčení či diplom (Šerák, 2009).

Kluby seniorů, kluby aktivního stáří, kluby důchodců či kluby dříve narozených (KS) fungují na podobném principu jako výše popsané akademie třetího věku. Odlišností jsou méně formální, ale zato dosti trvalejší sociální vztahy návštěvníků. V ČR jde o nejvíce rozšířenou formu vzdělávání pro seniory. Edukační aktivity jsou spíše jednorázové, zcela výjimečně se jedná o cyklickou formu. Tyto kluby nabízejí opravdu širokou škálu činností, různé populárně-naučné besedy, sportovní aktivity, ruční práce – batikování, šití, společenské hry apod. (Šerák, 2009).

### 3.4 Metody edukace seniorů

Při volbě metodických postupů je třeba přihlížet ke zvláštnostem vyplývajících z odlišností seniorů při účasti na vzdělávacích aktivitách. Každá metoda má své funkce, tj. výhody a nevýhody, které mohou být využity a následně optimalizovány tím, že jsou doplněny metodami nebo interaktivními prvky dalšími apod. Efektivní volba metody je pak závislá na několika faktorech, a to zejména na variabilitě:

- vzdělávacího obsahu a charakteru jednotlivých témat;
- stanovených vzdělávacích cílů;
- schopnosti a motivaci seniorů se učit, případně dále se vzdělávat;
- předchozí edukační formální i neformální přípravě a průpravě účastníků;
- heterogenosti studijních skupin (z hlediska věkového, profesního, mobilitního-pohybového, zdravotního stavu – soběstačnosti apod.);
- předchozího přístupu ke vzdělávání, ochotě participovat a komunikovat v rámci didaktického procesu;
- časových a materiálních možnostech vzdělávacího zařízení (vybavenost výukového prostředí včetně didaktických pomůcek a techniky);
- osobnosti samotného vzdělavatele (lektora, VŠ učitele), jeho andragogické a další kompetence atd. (Petřková, Čornaničová, 2004; Bočková, 1983, Veteška, 2017).

Vzhledem k efektivnosti edukace – myšleno s ohledem na požadavky související s hodnocením vzdělávacího procesu – jsou účinné ty metody, které podněcují a rozvíjejí motivaci účastníků - seniorů, zajišťují jejich aktivní účast, styly učení a respektují jejich individualitu a individuální vzdělávací potřeby. Dále je důležité, aby tyto metodické a koncepční postupy zabezpečovaly zpětnou vazbu, která je velmi důležitá zejména pro vzdělavatele v roli organizátora a pro samotného lektora DV. Díky tomu může vzdělavatel modifikovat časový plán, tempo a rozsah výkladu a tím zajistit optimální podmínky pro účastníky. Zároveň je nezbytné, aby získané poznatky byly praktické a reagovaly na aktuální problémy a potřeby seniorů v běžném životě. (Petřková, Čornaničová, 2004; Bočková, 1983; Veteška, 2017).

Vzdělávání seniorské populace by mělo být efektivní a zároveň by také mělo splňovat výše stanovené cíle, očekávání a funkce. Jednou z podmínek je zainteresovanost a (andro)didaktická příprava lektora DV.



### 3.5 Zdravotní gramotnost a edukace klientů

Vzhledem ke zvyšující se prevalenci chronických nemocí ve stáří stoupá i potřeba edukace seniorů, která je zaměřena na management nemocí. Zdravotnický pracovník (např. lékař nebo zdravotní sestra) je často ve výborné pozici, díky níž může pomáhat pacientům dodržovat lékařské předpisy, nařízení a doporučení (Zeleníková, 2016).

Dobře edukovaný klient / pacient má obvykle vyšší zájem o vlastní zdravotní stav, větší ochotu ke spolupráci (kooperace), je spolehlivější při dodržování léčebného režimu (*compliance, adherence*). Edukace přispívá k omezení obav pacienta a k jeho uklidnění.

Právní determinanty edukace:

- compliance – dodržování, vyhovění, splnění, ochota,
- kooperace – spolupráce mezi pacientem a zdravotníkem,
- adherence – rozhodnutí řídit se dlouhodobě domluvenými a stanovenými doporučeními (Zeleníková, 2016).

Explorační a explanační přístup pomohl analyzovat a konceptualizovat výchozí terminologii, její vztahy a význam pro teoretické ukotvení (Zeleníková, 2016). Z hlediska praktického uchopení byla nezbytná znalost kvalifikačních požadavků na jednotlivé profese, které působí v oblasti péče o seniory (zejména v tzv. rezidenčních zařízeních). Požadavky (vč. nároků na další vzdělávání) jsou většinou legislativně zakotveny. Na základě uvedených souvislostí mohl být koncipován design výzkumu, který je prezentován v následující části textu (Zeleníková, 2016).

„Bylo zdokumentováno, že zdravotní gramotnost a schopnosti sebeřízeného učení spolu úzce souvisejí a jsou předpokladem pro zlepšení schopností sebeřízení, které starší lidé potřebují k ochraně svého zdraví a zvládnání zdravotních potíží. Dále bylo prokázáno, že osoby se schopnostmi sebeřízeného učení plně rozumí předpisům zdravotní péče, jsou schopny prokázat jejich větší dodržování a dále rozvíjet schopnosti sebepéče.“ (Cadorin, Grassetti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese, 2020, s. 1)

„Zdravotní gramotnost je definována jako schopnost získat, pochopit, vyhodnotit a použít základní informace o zdraví k přijímání vhodných rozhodnutí o zdravotní péči (Gibney & Doyle, 2017; León-González et al., 2017 In Cadorin, Grassetti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese, 2020, s. 2)

Lidé, kteří mají odpovídající úroveň zdravotní gramotnosti dokážou lépe chápat předpisy a postupy jejich zdravotní léčby, lépe dodržují medikaci, lépe vyhodnocují svůj aktuální zdravotní stav a k tomu se umí o sebe kompetentně postarat. Zatímco lidé s nízkou

zdravotní gramotností často ani neví, na koho se obrátí s dotazy ohledně zdraví, hůře si získávají informace o své nemoci, či zdravotním stavu, hůře se orientují v předpisech léčby atd.

Určitá úroveň zdravotní gramotnosti je zásadní součástí aktivního stárnutí vzhledem k demografickému vývoji ve společnosti – stárnoucí populace. Měla by se stát jedním z témat celoživotního učení.

„Například Nutbeamův model (2000) doložil existenci tří různých typů zdravotní gramotnosti: funkční, komunikační a kritické (Nutbeam, 2000).“ (Cadorin, Grassetti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese, 2020, s. 3)

„Například "funkční gramotnost" zahrnuje základní dovednosti, jako je porozumění zdravotním rizikům, předepsaným lékům nebo způsobu využívání systému zdravotní péče (Nutbeam, 2000). Typ "funkční gramotnosti" zahrnuje také numerické dovednosti (např. schopnost vypočítat potřebu inzulínu) a schopnosti orientace (např. schopnost zavolat na číslo tísňové linky) (Dunn & Conard, 2018). (Cadorin, Grassetti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese, 2020, s. 3).

Podle uvedených autorů se „komunikační nebo interaktivní gramotnost“ naopak týká pokročilejších dovedností potřebných k získání informací ze zdravotnické dokumentace, k využití těchto informací nebo k přesnému popisu vedlejších účinků léku a jejich nežádoucím příznakům (Nutbeam, 2000 In Cadorin, Grassetti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese, 2020, s. 3). Tzv. „kritická zdravotní gramotnost“ navíc odkazuje na vysoce pokročilé dovednosti potřebné k sofistikované analýze zdravotních informací (Heijmans et al., 2015; Nutbeam, 2000). (Cadorin, Grassetti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese, 2020, s. 3). U starších lidí jsou tyto dovednosti klíčové, protože se zvyšující se potřebou úrovně vlastní zdravotní gramotnosti mohou výše uvedené typy vyžadovat sebeřízené učení, aby si je osvojili.

„Zdravotní gramotnost a její různé typy byly spojeny se stupněm sebeřízeného učení, který byl definován jako "přirozený proces, v němž jedinci přebírají iniciativu a odpovědnost za své učení [...]" (Knowles<sup>7</sup>, 1975). Sebeřízené učení zahrnuje schopnost formulovat cíle učení, například v případě staršího jedince, kterému byla právě diagnostikována cukrovka a který musí změnit svůj jídelníček a životní styl; být motivován k úspěšnému dosažení a/nebo udržení lepšího zdravotního stavu; získat přístup k validním

---

<sup>7</sup> Významný americký teoretik vzdělávání dospělých, který se mj. zabýval problematikou sebeřízeného učení.

informacím týkajícím se zdravotního stavu; kriticky zhodnotit získané informace a také využít nové znalosti v každodenním životě (Boulton-Lewis, 2010; Oliver, Tomàs, & Montoro-Rodriguez, 2017). Schopnost sebeřízeného učení úzce souvisí s intervencemi celoživotního učení a kontinuálního vzdělávání a umožňuje starším lidem rozvíjet strategie zvládání a sebeobsluhy (Boulton-Lewis, 2010). Disponování vyššími schopnostmi SDL je považováno za faktor, který zvyšuje psychofyzickou pohodu a je schopen zabránit předčasnému poklesu funkceschopnosti starších lidí.“ (Cadorin, Grassetti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese, 2020, s. 3).

„Záměrem studie bylo zaplnit mezeru v oblasti měření schopností sebeřízeného učení, které je pro starší lidi zásadní pro posílení jejich zdravotní gramotnosti. Podle našich zjištění vykazovali starší lidé navštěvující Univerzitu třetího věku vysoké skóre schopností v oblasti sebeřízeného učení. S rostoucí potřebou udržení pohody a rozvoje kompetencí v oblasti sebeobsluhy u starších lidí jsou klinické sestry pracující v gerontologických zařízeních stále častěji vyzývány, aby identifikovaly pacienty ohrožené špatným zvládnutím sebeobsluhy tím, že budou vybírat ty, kteří potřebují intenzivní výuku kvůli nedostatečným schopnostem v oblasti sebeřízeného učení, a ty, kteří vyžadují pouze podporu, kvůli jejich vysokým schopnostem v oblasti sebeřízeného učení.“ (Cadorin, Grassetti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese, 2020, s. 9).

„Adekvátní schopnosti sebeřízeného učení totiž mohou zvýšit kognitivní funkce, znalosti a řízení zdraví s následným snížením potřebných intervencí péče.“ (Cadorin, Grassetti, Paoletti, Cara, Truccolo, & Palese, 2020, s. 9).

## 4. Možnosti a význam aktivizace seniorů

Aktivizace seniorů v praxi disponuje celou řadou terapeutických přístupů, možností, metod a forem (např. fyzioterapie, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, canisterapie a další), při nichž klienti-senioři pracují pod vedením odborníků-specialistů v jednotlivých oblastech terapií. Hovoříme-li o terapiích, chápeme je spíše ve významu aktivizačních (Veteška a Salivarová, 2014).

Autoři Vostrý, Veteška a kol. (2021) uvádějí přehled jednotlivých intervenčních metod, které jsou při práci se seniory hojně využívány. „Většina z nich, jako třeba arteterapie, muzikoterapie či taneční terapie, má využití nejen v oblasti léčebné složky ucelené rehabilitace, kde např. ergoterapeuti volí tyto metody jako jednu z možností, jak s klientem pracovat“ (Vostrý, Veteška a kol., 2021, s. 127). Autoři používají pojem ucelená rehabilitace, který kombinuje prvky, techniky a metody efektivní práce se seniory s různými typy postižení a znevýhodnění (vč. empatie a soucitu jako nezbytných osobnostních předpokladů u odborných pracovníků).

Aktivizaci můžeme definovat jako cílenou „činnost zaměřenou na kvalitu života uživatele sociální služby podporující jeho bio-psycho-sociální kondici. Aktivizace je prostředkem nezávislosti a soběstačnosti uživatele a působí preventivně proti rizikům vyplývajícím z nečinnosti a proti sociálnímu vyloučení. Aktivizace by měla být smysluplná a systematická činnost, která k tomu využívá pestrou škálu aktivizačních metod a technik. Aktivizační pracovníci připravují a nabízejí uživatelům různé aktivity, aktivizační činnosti a aktivizační programy“ (APSS ČR, 2015, s. 11).

Jak uvádí Malíková (2011), aktivizační činnosti navazují na socioterapeutické činnosti a jejich cílem je nalezení stimulačních a aktivizujících podnětů, které u klienta probudí zájem o sebe, pomohou si uvědomit potřeby a mobilizovat síly, iniciativně se zapojit do sebepečce a předejít tak vzniku závislosti.

Aktivizační činnosti jsou podle § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, definovány takto:

- a) volnočasové a zájmové aktivity;
- b) pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným vnějším – sociálním prostředím;
- c) nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

#### 4.1 Aktivizace seniorů v sociálních pobytových službách

Pojem aktivizace se v práci se seniory používá v posledních 15 letech velmi intenzivně. Je odvozen od slova aktivovat, tedy uvést do pohybu, do činnosti, přimět ke zvýšenému působení, pomoci k vyšší účinnosti (Průcha a Veteška, 2014). Aktivita jsou, zjednodušeně řečeno, činnosti, které jedince uskutečňuje či realizuje. Senioři se těchto aktivit mohou tzv. sami aktivně zúčastňovat, ale také je jen pasivně pozorovat či být jejich součástí. Mohou je vykonávat samostatně, ale častěji s odborným pracovníkem – aktivizačním, sociálním, terapeutem. Aktivita posilují soběstačnost jedince, důstojnost a sebeuvědomění, dávají smysl životu (Veteška, 2017). Aktivita vytvářejí také mezníky času, strukturují den každého jedince (Šerák, 2009).

Cílem aktivizace je podpora a zachování, stávajících kognitivních, motorických schopností klienta. Volit smysluplné využití volného času a tím eliminovat nežádoucí účinky chování. Nastavit pravidelný režim, který vyvolá u klienta pocit bezpečí a zvýší sebevědomí. Podpora verbální i neverbální komunikace klienta jak s personálem, tak s ostatními seniory. Oblastí komunikace se seniory a specifickými principy sociální interakce se zabývá např. Pokorná (2010).

Pracovníci přímé péče a aktivizační pracovníci by měli mít dostatečnou kvalifikaci a trpělivost. V neposlední řadě je velmi důležitý optimistický, empatický a přívětivý přístup ke klientovi. Aktivizovat, ale zároveň respektovat přání a momentální potřeby seniora. Ten je vnímavý na okolní prostředí. Velmi důležité je zajištění klidné a přátelské atmosféry v zařízení, protože i tento zdánlivě jednoduchý aspekt je velmi důležitou součástí aktivizace klienta. Přispívá k jeho dobré náladě a stimuluje ho k účasti na nabízených aktivitách.

Mezi nejčastěji používané druhy aktivizačních technik řadíme podle publikace Aktivizace seniorů (kol. autorů, 2018):

- kognitivní trénink (viz podk. 4.3),
- pohybová terapie (viz podk. 4.4),
- kreativní techniky (viz podk. 4.2),
- reminiscenční terapie (viz podk. 4.2),
- senzorická stimulace,
- soutěže, společenské hry, stolní hry, turnaje,
- pet-terapie / zooterapeutické metody (viz podk. 4.2),
- muzikoterapie (viz podk. 4.2),
- biblioterapie a filmoterapie,

- činnosti zaměřené na nácvik běžných denních aktivit (terapeutické vaření),
- další techniky a metody využívané v práci se seniory.

#### 4.2 Vybrané aktivizační metody a techniky

Kognitivní trénink stimuluje mozkové funkce, přičemž se zaměřuje na rozvoj kognitivních schopností (Veteška, 2017). Má také preventivní význam, zpomaluje proces úbytku v kognitivní oblasti, podporuje soběstačnost, zvyšuje sebevědomí. Pro tento trénink jsou využívány zejména paměťové techniky. U klientů s demencí středního a těžšího stádia je tato metoda využívána méně a s ohledem na schopnosti klienta (Holmerová a kol., 2014). Provádí se pomocí herních kvízů, poznávání různých karet, slovních spojení, přesmyček, čtení knih, hádání názvů apod.

Kreativní techniky se podle publikace Aktivizace seniorů (kol. autorů, 2018) „využívají především s cílem zlepšit psychický stav a k posílení pocitu sebeuplatnění. Tyto techniky často také trénují fyzické schopnosti seniora (např. nácvik správného úchopu po cévní mozkové příhodě). Důležitý je výběr správných technik s ohledem na schopnosti seniorů. U výtvarných technik je leckdy obtížné najít u seniorů motivaci pro jejich provádění, ale o to větší je poté radost z výsledku“ (tamtéž, 2018).

Pro provádění kreativních technik se někdy používá název arteterapie. Příklady výtvarných technik vhodných pro seniory:

- kreslení, malování větších ploch (papíru, hedvábí, květináčů),
- ubrousková technika,
- otiskování na papír, látku,
- koláže,
- batikování,
- navlékání korálků a další (tamtéž, 2018).

Arteterapie pro seniory se snaží aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility, stimulovat jejich kreativitu. Arteterapie je činnost, při které je použito mnoho různých kreativních technik a materiálů. Pro seniora je terapie vhodná zejména z důvodu procvičování jemné motoriky, procvičuje paměť, klient se uvolní a soustředí se na danou činnost. Do těchto činností patří práce s papírem, vytváření výzdoby a dekorací k různým příležitostem, tvoření výrobků z keramiky, papíru a dřeva, ale i pečení moučníků, sezónního pečiva, např. v rámci Velikonoc, Vánoc atd.

Muzikoterapie patří spolu s taneční terapií mezi tzv. umělecké terapie, které jsou díky svému interdisciplinárnímu přesahu obecně uplatnitelné a často využívané v oblasti vzdělávání, sociální a zdravotní péče o seniory. „Muzikoterapii lze rozdělit do několika oblastí. Za prvé z pohledu její realizace, kdy buď provádí jedinec terapii sám (autoterapie), či se na ní podílí další osoba, nejlépe lékař (heteroterapie). Za druhé dle účasti jedinců, kdy se buď jedinec podílí na muzikoterapeutickém procesu (aktivní), nebo je pouze pasivním posluchačem (poslechová/receptivní). Podle zapojení počtu osob může být dělena na individuální (terapeut a klient) a skupinovou (zapojení více klientů).“ (Vostrý, Veteška a kol., s. 150).

Pojem reminiscence je synonymum pro český výraz vzpomínání. Reminiscenční terapie je tedy terapie zaměřená na vzpomínání či jeho prostřednictvím. Tato technika využívá ke stimulaci a aktivizaci zejména dlouhodobou paměť. „Reminiscence pomáhá k lepšímu pochopení seniora jako osobnosti. Průběh a výsledek této terapie je vysoce závislý na schopnostech a osobnosti terapeuta, ale také na spolupráci klientů. Provádět ji lze individuálně nebo skupinově. V českých institucích pro seniory převažuje skupinová forma. V domovech seniorů vznikají i tzv. reminiscenční místnosti nebo reminiscenční koutky, které jsou zařízené dobovým nábytkem a předměty z let minulých“ (Aktivizace seniorů, kol. autorů, 2018).

Pet-terapie je léčba pomocí zvířecích miláčků. Mezi zvířaty chovanými doma a člověkem totiž existuje již od nepaměti vzájemný vztah. A mezi zvířaty, starými lidmi a lidmi s demencí, je toto pouto ještě silnější.

### **4.3 Kognitivní trénink**

Trénink zaměřený na rozvoj, procvičování a aktivování mozkových funkcí. Kognitivní trénink probíhá pomocí různých cvičení nebo aktivit zaměřených na konkrétní mozkové funkce Aktivizace seniorů (kol. autorů, 2018).

Podle Holmerové et al. (2007) se kognitivní trénink skládá z různých typů cvičení, jež pomáhají zlepšovat fungování jednotlivých úrovní poznávacích funkcí. Cílem těchto dílčích cviků je zlepšit jednotlivé schopnosti, a zmenšit tak problémy, které se ve spojitosti s touto nemocí – demencí často vyskytují (Vostrý, Veteška a kol., s. 127).

Pro jedince v seniorském věku je jako kognitivní trénink vhodné např. luštění křížovek, doplňování sudoku, luštění hádanek, hraní vědomostních her a soutěží. Správně zhodnocený aktuální stav klienta, především jeho kognitivní stránky, umožňuje zvolit

přiměřený rozsah péče. Posouzení funkčního stavu klienta v každodenních činnostech je klíčové při stanovení péče a vhodné zátěže (Pokorná, 2013).

V rámci rehabilitace kognitivních funkcí Holmerová, Jarolímová a Suchá (2007) rozdělují kognitivní trénink na různé typy cvičení, které pomáhají zlepšovat fungování jednotlivých úrovní kognitivních funkcí (viz předchozí text). Primárním cílem těchto cviků je především zlepšit jednotlivé schopnosti seniora a omezit komplikace, které se mohou s nemocí jako třeba Alzheimerovou chorobou vyskytovat. Dále se používá výběr vhodných aktivit v rámci kognitivního tréninku či také kognitivní rehabilitace (Vostrý, Veteška a kol., s. 128).

„Pro kognitivní trénink i rehabilitaci jsou stimulačně přínosné pohybové aktivity. Obdobný efekt odlišných stimulačních intervencí naznačuje, že významná část kognitivního úpadku je nadstavba daná apatií a komunikačně-senzorickou (vjemovou) deprivací“ (Vostrý, Veteška a kol., s. 129).

Skupinová kognitivně-behaviorální terapie „existuje od počátku vývoje behaviorálních léčebných metod a postupně integrovala řadu poznatků a principů skupinových terapií, které vyrůstaly na jiném základním teoretickém pozadí, jako je dynamická skupinová psychoterapie a interpersonální psychoterapie“ (Praško a kol., 2019, s. 9).

#### **4.4 Typy pohybových aktivit**

Kinezioterapie je somato-terapeutická aktivita, která využívá modelované cíleně zaměřené pohybové programy. Při jejich provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta, pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy. V odborné literatuře se můžeme setkat s označením kinezioterapie, což je další výraz pro psychomotorickou terapii. Cílem psychomotorické terapie (kinezioterapie) u lidí s demencí je především umožnit účastníkům terapie získat nové zkušenosti a prožít sebe sama jako platného a především potřebného člověka pro ostatní. Rovněž se snaží udržovat a stabilizovat jejich kvalitu života“ (Vostrý, Veteška a kol., 2018, s. 141)

Pohybem v nejširším slova smyslu se snažíme získat přístup k člověku a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „Já“ a jeho možností. Podněcuje aktivitu jedince, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace. Kinezioterapie = cvičení se provádí skupinové, nebo individuální. Cvičení ve skupině by



mělo probíhat pravidelně ve stejný čas a minimálně 1 hodinu. Vedení a náplň cvičení musí být pro seniora zajímavá a motivační. Seniora do cvičení nenutíme, pokud nechce, ale nabídneme mu pasivní účast. Je možné, že pasivní účast sám senior přehodnotí a zapojí se aktivně. Ke cvičení se používá řada cvičebních pomůcek, nejčastější masážní míčky do dlaní, overbally, ale i plážové nafukovací míče.

V pohybové terapii v rámci aktivizačních programů pro seniory se využívá především léčebná tělesná výchova a kinezioterapie (podrobněji viz výše). Do této oblasti by se dala zahrnout také taneční terapie.

Léčebná tělesná výchova (LTV) je forma cvičení uzpůsobená potřebám cílové skupiny nebo jednotlivce. Může probíhat skupinově nebo individuálně a její průběh může být zaměřen kondičně nebo terapeuticky. Společným cílem jak skupinových, tak individuálních LTV je obnova nebo zlepšení postižených funkcí, případně udržení funkcí stávajících. Léčebná tělesná výchova také často využívá cvičební pomůcky, například overbally, míče, ježečky, therabandy a další.

Kinezioterapie úzce souvisí s psychikou klienta. Tento druh terapie vychází z předpokladu, že psychika a motorika se vzájemně ovlivňují, a to oběma směry. Pracuje s cíleně zaměřenými pohybovými programy, které využívají prvky tělesných cvičení, sportů a pohybových her. Cílem je spolupůsobit na zmírnění či odstranění psychických a psychosomatických obtíží nebo jejich příčin“ (Vaculíková a kol., 2019, s. 12).

Taneční terapie představuje psychoterapeutické využití pohybu s důrazem na zlepšení emoční, sociální, kognitivní a pohybové integrace člověka, přičemž estetická stránka ustupuje do pozadí. Je uzpůsobena fyzickým schopnostem klienta, proto se často provádí třeba i vsedě na židli nebo na vozíku. Dalšími z možností pohybových aktivit jsou například nordic walking, procházky, rotoped, tai-či nebo venkovní fitness hřiště (Vaculíková a kol., 2019, s. 12)

Abychom udrželi a optimálně rozvíjeli úroveň funkční tělesné zdatnosti, psychické kondice, a tím zmírnili či zpomalili důsledky procesu stárnutí a zlepšili kvalitu života, doporučujeme zařazovat následující typy pohybových aktivit. (Vaculíková a kol., 2019, s. 12)

Pohybové aktivity zaměřené na pohybový aparát – prostřednictvím vyrovnávacích a kompenzačních cvičení odstraňujeme funkční poruchy pohybového aparátu, upevňujeme a nacvičujeme správné držení těla. Rozvíjíme kloubní pohyblivost a pohyblivost páteře. Velký důraz klademe zejména na správnou techniku cvičení. Volíme

vedené a kontrolované pohyby. Na začátek jsou vhodné nižší stabilní polohy, ze kterých můžeme postupně přecházet do vyšších poloh. Cviky by měly být jednoduché a nenáročné na koordinaci. Po celou dobu cvičení si jedinec hlídá správné a hluboké dýchání. Na závěr pohybové činnosti kompenzačního charakteru je vhodné zařadit relaxační cvičení za účelem zklidnění organismu.

Jelikož v seniorském věku dochází k úbytku množství svalové hmoty a svalové síly aplikujeme posilovací/odporová cvičení. Z důvodu prevence pádů se zaměřujeme především na rozvoj síly svalů dolních končetin. Ze stejného důvodu aplikujeme i cvičení na zvýšení úrovně statické i dynamické rovnováhy. Neopomíjíme cvičení na rozvoj manuální zručnosti. (Vaculíková a kol., 2019, s. 13)

Pohybové aktivity zaměřené na srdečně-cévní a dechový systém – takto cílené cvičení by mělo být cyklického a vytrvalostního charakteru, neboť právě v takových případech dosáhneme nižší až střední intenzity tepové frekvence, která udržuje úroveň zdatnosti kardiopulmonálního systému. Jelikož svalstvo pracuje za dostatečného přísunu okysličené krve dochází současně ke zvýšenému spalování tuků, a tím pádem k redukci tukové tkáně. (Vaculíková a kol., 2019, s. 13)

Aerobní typy pohybových činností prokládáme dechovými cvičeními, kdy klademe důraz zejména na prodloužený výdech. Vytrvalostní činnosti dávkuje postupně, nejprve v kratších časových intervalech, např. 2–3 minuty, postupně zařazujeme delší časové úseky. Střídání kratších a delších úseků, vyšší a nižší intenzity zatížení je individuální. Mezi ideální pohybové aktivity patří chůze jako jedna z nejpřirozenějších forem pohybu. Doporučuje se rychlá a svižná chůze se zapojením dynamické práce horních končetin. Z důvodu rovnoměrného zatížení svalů celého těla a šetrnosti ke kloubnímu aparátu je vhodné zařadit plavání a jakékoliv pohybové aktivity ve vodním prostředí. Šetrná ke kloubním strukturám je také jízda na kole či rotopedu. Za pohybovou aktivitu vhodnou pro seniory považujeme také tanec, který celkově zlepšuje úroveň funkční zdatnosti. (Vaculíková a kol., 2019, s. 13)

Pohybové aktivity ovlivňující psychiku a centrální nervovou soustavu – klademe důraz na rozvoj smyslového vnímání a prostorové orientace. Velkou pozornost věnujeme rozvoji či udržení úrovně kognitivních schopností. Mezi vhodné aktivity můžeme zařadit např. výše zmíněný tanec, který kromě funkční zdatnosti zvyšuje úroveň rovnováhových schopností a pozitivně ovlivňuje psychickou stránku člověka. Kladně ovlivňují psychiku také jógová cvičení nebo tai-či. Z dalších aktivit doporučujeme psychomotorická cvičení

a aplikaci relaxačních cvičení, při kterých se jedinec uvolní a naučí se lépe vnímat a ovládat svoje tělo. (Vaculíková a kol., 2019, s. 13)

Vzdělávací proces, „který probíhá v různých sociálních institucích nebo zařízeních pro dospělé, má charakter souvislé a plně nebo částečně organizované výuky – vzdělávací činnosti, při níž dospělý jedinec poznává předměty a jevy objektivní reality, vztahy mezi nimi i sebe sama. Je to celoživotní proces, protože člověk je vzděláván na každém kroku, na každém místě, v každé situaci, po celou dobu jeho života, tj. od narození až do konce jeho pozemské životní pouti“ (Határ, 2011, s. 73).

## 5. Výzkum v oblasti aktivizace a edukace seniorů

V rámci realizace výzkumu – výzkumné studie bylo respektováno doporučení Vostrého, Vetešky a kol. (2021), vyvarovat se směšování seniorů jako jedné skupiny – velmi heterogenních starších dospělých lidí (jejichž zájmem je např. plná participace, motivace a seberealizace, neodlišování od ostatní dospělé populace) a seniorů jako omezeně soběstačných či zcela nesoběstačných, převážně velmi starých lidí (imobilních, často se syndromem demence), tvořících však menšinu kalendářně seniorské populace (jejichž primárním zájmem je péče, institucionalizace ošetrovatelská, zdravotnická, sociální apod.). (Vostrý, Veteška a kol., 2022).

Kvalitativně orientované výzkumy, resp. metodologii, doporučuje v oblasti pedagogických a andragogických věd využít řada autorů (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, Švec, 2009, Veteška, 2016a, Chráska, 2016 a Mišovič, 2019).

Při zkoumání edukační reality se „často ocitáme v situaci, kdy proměnná, kterou chceme zachytit, není přímo měřitelná (např. charakteristiky, jako tvořivost, morálka, hostilita apod.). V těchto případech se často uchylujeme k měření tzv. indikátorů (ukazatelů), tj. jiných jevů, které s velkou pravděpodobností s danou proměnnou souvisejí. V této souvislosti se také hovoří o tzv. operacionalizovaných definicích proměnných“ (Chráska, 2016, s. 30).

Měření v rámci realizace výzkumu „má dobrou validitu tehdy, jestliže měří skutečně to, co podle předpokladu měřit má. Pro exaktní posouzení validity měření je třeba mít k dispozici nějaké jiné vnější kritérium (např. jiné měření, u něhož je validita nesporná), se kterým se dané měření srovnává“ (Chráska, 2016, s. 32). „Aby měření bylo reliabilní, je třeba, aby při opakování za stejných podmínek poskytovalo stejné (zhruba stejné) výsledky. Tento aspekt reliability je možno označit jako spolehlivost měření“ (Chráska, 2016, s. 33).

### 5.1 Cíl výzkumu, cílová skupina a časový harmonogram

V předložené práci byly definovány výzkumné předpoklady na základě zpracovaných teoretických východiscích v předešlé části práce. Jeden z výzkumných předpokladů práce byl definován: Aktivní a motivovaní senioři jsou spokojenější s kvalitou života a nejsou závislí na pomoci svého okolí. Jejich soběstačnost je tedy mnohem vyšší a riziko sociální izolace tak mnohem nižší.

Cílem je popsat vliv motivace seniorů na jejich kvalitu života a samostatnost. Dalším cílem práce bylo identifikovat a charakterizovat vybrané aktivizační metody a techniky realizované u seniorů s cílem rozvíjet a podporovat jejich kognitivní a pohybové schopnosti.

Aby bylo dosaženo tohoto cíle, byly vybrány dvě základní skupiny respondentů: 1) vedoucí pracovníci domovů pro seniory nebo vedoucí pečovatelských úseků domovů pro seniory a aktivizační pracovníci (fáze A); 2) senioři žijící v domovech pro seniory (fáze B). Osloveny byly 4 domovy pro seniory v Ústeckém kraji; v rámci těchto zařízení bylo osloveno 13 aktivizačních pracovníků. Celkem bylo využito odpovědí od 203 seniorů.

Výzkumu se účastnilo několik skupin respondentů, kteří se pak konkrétně účastnili různých fází výzkumu. Výběr respondentů byl záměrný, jelikož celého výzkumného šetření se účastnili respondenti z Ústeckého kraje. Tento výběr byl také následně použit u dotazníkového šetření, jelikož dotazník byl rozdán klientům domovů pro seniory, ve kterých pracovali respondenti z rozhovorů.

V rámci první fáze – fáze A – byly realizovány strukturované řízené rozhovory se 4 vedoucími pracovníky domovů pro seniory. V této etapě bylo následně realizováno dotazování u 13 odborných pracovníků, zařazených v rámci pracovních činností do kategorie: aktivizační pracovník. Tento pracovník vykonává aktivizační činnosti podle § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Zahrnují: a) volnočasové a zájmové aktivity, b) pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím a c) nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

Fáze A byla realizována v období prosinec 2021 až leden 2022, fáze B v období únor 2022 až březen 2022. K posunutí realizace výzkumného šetření došlo z důvodu probíhající pandemie covid-19 a s tím souvisejících omezení.

Výzkumné otázky byly definovány pro vedoucí pracovníky takto:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké odborné aktivity na bázi edukačních a aktivizačních prvků podle vás přispívají k vyšší kvalitě života seniorů?

Výzkumná otázka č. 2: Mají zařízení dostatečné množství odborných pracovníků? (Zde byly kladeny doplňující otázky související s DV, rozvojem profesních kvalifikací a získanou formální kvalifikací).

Výzkumné otázky pro odborné pracovníky – aktivizační pracovníky byly definovány takto:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké konkrétní aktivizační metody či techniky využíváte v rámci aktivizace seniorů?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké konkrétní edukační metody či formy využíváte v rámci edukace / aktivizace seniorů?

Získaná data byla anonymizována dle etických principů, obsažených mj. v Etickém kodexu ČAPV (2009, 2013).

## 5.2 Zvolená metodologie a metody výzkumného šetření

Velmi frekventovanou metodou získávání empirických dat v pedagogickém a andragogickém výzkumu je dotazník. „P. Gavora (2000) vymezuje dotazník jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“. Kladené otázky se mohou vztahovat buď k jevům vnějším (např. názory učitelů na zaváděná organizační opatření), nebo k jevům vnitřním (např. postoje, motivy, citové stavy apod.). Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně. Někdy se ve stejném významu jako dotazník užívá termínu anketa. Většinou se však oba pojmy rozlišují a za anketu se považuje takové šetření, při kterém se účastníci sami, spontánně do šetření zapojují (např. ankety vyhlášené různými časopisy, rozhlasem, televizí apod.). Někdy se používá i širšího pojmu, tj. dotazování, které může mít dvě základní formy: interview a dotazník“ (Chráska, 2016, s. 158).

V dotazníku byly využity položky obsahové (výsledkové) a položky funkcionální. „Obsahové položky zjišťují údaje, které jsou nutné pro splnění výzkumného záměru, funkcionální položky mají optimalizovat průběh dotazování. Mezi funkcionální položky řadíme tzv. kontaktní položky, položky funkcionálně psychologické, filtrační a kontrolní“ (Chráska, 2016, s. 159). Otevřené (nestrukturované) položky v rámci dotazníku nenavrhují respondentovi žádné předem „hotové“ odpovědi. Je u nich určen jen předmět, ke kterému se mohou vyjádřit, jinak není respondent zpravidla nijak usměrňován. Tohoto principu bylo využito u odborných pracovníků a vedoucích pracovníků.

Druhá použitá technika byl rozhovor – interview. Interview je podle Chrásky (2016) metoda shromažďování dat o edukační realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. „Někdy se v podobném významu používá také obsahově širšího českého termínu „rozhovor“. Velkou výhodou oproti jiným výzkumným metodám je navázání osobního kontaktu, který umožňuje hlubší proniknutí

do motivů a postojů respondentů. U interview můžeme sledovat reakce respondenta na kladené otázky a podle nich usměrňovat jeho další průběh“ (Chráska, 2016, s. 176).

Strukturovaný rozhovor „se vyznačuje tím, že při něm tazatel postupuje podle přesně připraveného textu, jsou přesně určeny formulace otázek i jejich pořadí. Tazatel k otázkám nepřidává vlastní komentář, pouze čte otázky a zaznamenává odpovědi respondenta. Důsledně strukturované interview se přibližuje dotazníku, od kterého se liší jen tím, že záznam údajů provádí tazatel. Výhodou strukturovaného interview je, že poskytuje všem respondentům stejné podmínky k odpovědím a také to, že získané výsledky se dají většinou dobře zpracovat“ (Chráska, 2016, s. 176).

### 5.3 Vyhodnocení a interpretace získaných dat – odborní pracovníci (fáze A)

V rámci dotazování u odborných pracovníků byly do výzkumného šetření zahrnuty dvě skupiny pracovníků, a to: a) vedoucí pracovníci domovů pro seniory nebo vedoucí pečovatelských úseků domovů pro seniory (4) a b) pracovníci v sociálních službách<sup>8</sup> / aktivizační pracovníci (13) – dále jen „odborný pracovník“.

Tabulka 1: Sumarizující vyhodnocení responzí vedoucích pracovníků

Kategorie	zařízení A	zařízení B	zařízení C	zařízení D
počet klientů (seniorů)	65	46	169	154
počet aktivizačních pracovníků	2	2	6	5
počet animačních pracovníků	1	1	6	0
počet ergoterapeutů	0,5	0,5	2	2
edukační pracovník	1	0	0	0
aktivity - kvalita života	ergoterapie, procvičování paměti, relaxační techniky	sociální začleňování, ergoterapie, pohybové aktivity, cvičení paměti, kulturní aktivity	bazální stimulace, trénování paměti, společenské akce, tělesné aktivity	všechny které se provádějí cíleně a pravidelně
manažer - zlepšení odborné práce	x	podpora DPV	nedostatek finančních prostředků, rozvíjet DPV, aktivizace týmu	rozvoj smyslové aktivizace, bazální stimulace, biografie, paliace

<sup>8</sup> Jedná se o pracovníka v sociálních službách, který vykonává odbornou činnost v sociálních službách. Řídí se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podmínkou pro výkon pracovníka v sociálních službách je bezúhonnost, pracovní způsobilost a odborná způsobilost. Často se pojem pracovník v sociálních službách chybně zaměňuje s pojmem sociální pracovník.

<b>predikce – hrozby v rozvoji péče o seniory</b>	ztráta motivace seniorů, sociální izolace	finanční prostředky, sociální izolace (COVID-19)	nedostatek financí a odborného personálu	další vlna COVID-19,
<b>dostatek odborných pracovníků</b>	ano	ano	ne ve všech oblastech, největší nedostatek - zdravotní sestry, soc. pracovníci, ekonomové, kuchaři	ne

Zdroj: vlastní zpracování

Výše uvedená tabulka 1 prezentuje vybrané údaje z rozhovorů, které byly realizovány s vedoucími pracovníky. Dvě zařízení mají kapacitu do 70 klientů, dvě zařízení kolem 160-170 klientů. Všechna čtyři zařízení jsou zřizována obcí, resp. městem. Ve všech pracují aktivizační pracovníci a ergoterapeuti (i když pouze na zkrácený úvazek), ve třech pak i animační pracovníci.

Ve třech zařízeních mají vedoucí pracovníci dostatek odborných a dalších pracovníků, jeden vedoucí pracovník uváděl nedostatek zaměstnanců (zdravotní sestry a sociální pracovníci, ale také další profese: ekonomové a kuchaři).

V rámci predikce uvádějí vedoucí pracovníci hrozby v rozvoji péče o seniory v souvislosti s pandemií covid-19, implicitně pak nedostatek finančních prostředků. Mezi aktivity, které zvyšují kvalitu života seniorů, podle nich patří: systematické sociální začleňování seniorů, pravidelná ergoterapie a pohybové aktivity, cílené kulturní / společenské aktivity, procvičování paměti, relaxační techniky, bazální stimulace.

Tabulka 2: Dílčí vyhodnocení responzí odborných pracovníků – aktivizačních pracovníků

<b>Aktivizační pracovník – poř. č.</b>	<b>délka praxe (v letech)</b>	<b>DV</b>	<b>VT</b>
<b>1</b> (vč. volnočas)	1	ano	ano
<b>2</b>	8	ano	ano
<b>3</b> (vč. volnočas)	2	ano	ne
<b>4</b>	10	ano	ne
<b>5</b>	4	ne	ne
<b>6</b>	12	ne	ne
<b>7</b>	3	ne	ano
<b>8</b>	5	ne	ano
<b>9</b>	7	ano	ano
<b>10</b>	27	ano	ano
<b>11</b>	20	ano	ne
<b>12</b>	15	ano	ano
<b>13</b>	8	ne	ano

Zdroj: vlastní zpracování



Tabulka 2 uvádí základní údaje o aktivizačních pracovnících, kteří pracují ve výše uvedených 4 zařízeních. Zajímavá je odlišná délka odborné praxe a účast na aktivitách v rámci dalšího vzdělávání.

V rámci strukturovaných rozhovorů byly vyhodnoceny vybrané responze – odpovědi na otázky související s výzkumnými otázkami, které byly stanoveny v rámci metodologie. Podrobně byly vyhodnoceny tyto otázky:

1. Je další vzdělávání (neformální/informální – nebo nějaké jeho formy) součástí organizovaného týdenního programu seniorů?
2. Věnují se odborní/sociální pracovníci v rámci každodenních aktivit také nějakým formám neformálního vzdělávání? Jakým?
3. Jaké konkrétní aktivity v rámci neformálního vzdělávání realizujete?
4. Využíváte ve své práci prvky animace?

Další vzdělávání je obvykle součástí měsíčních plánů. Senioři si mohou vybrat z přednášek odborníků na různá témata, je realizována tzv. Krásnobřezenská malá univerzita (v rámci ní jsou pravidelně pořádány kurzy nebo přednášky, např. na téma „záhady lidské paměti“, „zaniklé obce pod Bukovou horou“, „Azorské ostrovy“ atd.), osvětové a naučné přednášky (dentální hygiena, historie vojenství, dějiny uměleckých děl regionu), procvičování (trénink) paměti atd.

Aktivity jsou realizovány na základě aktuálního zdravotního stavu klientů. Rovněž jsou pravidelně pořádány různé terapie a pohybové aktivity (cvičení). Mezi nejčastěji realizované terapie a aktivity patří: canisterapie (zooterapie), arteterapie, reminiscenční, meditační cvičení, zpět a tanec, fytoterapie<sup>9</sup> a výroba keramiky a dalších drobných předmětů.

Tabulka 3: Odbornými pracovníky nejčastěji využívané aktivizační metody a techniky

<b>frekvence využití aktivizačních technik (3)</b>		
<b>název aktivity</b>	<b>absol.</b>	<b>v %</b>
pohybové aktivity	10	25
kreativní a tvůrčí činnosti	8	20
reminiscenční terapie	5	13
zooterapie	4	10
muzikoterapie	3	8
biblio/filmo terapie	5	13

<sup>9</sup> Fytoterapie je činnost, v minulosti známá též jako bylinkářství, při které jsou k léčbě člověka využívány léčivé rostliny, především byliny a polokeře. Spadá do oblasti alternativní medicíny.

kognitivní trénink	4	10
--------------------	---	----

Zdroj: vlastní zpracování (zaokrouhleno)

Mezi oblíbené aktivizační metody a techniky, které využívají odborní pracovníci, patří pohybové aktivity obecně (25 %) a kreativní/tvůrčí činnosti celkem 20 %, reminiscenční terapie 13 %, stejně jako biblio/filmo terapie. Zooterapie pak zastoupená v 10 % (viz tabulka 3).

Pokud jde o konkrétní aktivity v rámci pohybových (tabulka 4), ty nabízejí celkem široké spektrum možností. Prevence pádů (15 %), chůze (13 %), rozvoj kloubní pohyblivosti (13 %), rozvoj pohyblivosti páteře (10 %) a cvičení jógy (10 %). Zajímavé je i aktivita: zvýšení úrovně statické i dynamické rovnováhy (8 %), stejně jako tanec a taneční hry (8 %).

Tabulka 4: Odbornými pracovníky nejčastěji využívané metody pohybových aktivit

<b>frekvence realizace pohybových aktivit (3-4)</b>		
<b>název dílčích pohybových aktivit</b>	<b>absol.</b>	<b>v %</b>
správné držení těla	4	10
rozvoj kloubní pohyblivosti	5	13
rozvoj pohyblivosti páteře	4	10
posilovací/odporová cvičení	1	2
prevence pádů	6	15
zvýšení úrovně statické i dynamické rovnováhy	3	8
chůze, rychlá chůze	5	13
plavání; cvičení ve vodě	2	4
jízda na kole či rotopedu	2	4
tanec, taneční hry	3	8
jógová cvičení	4	10
tai-či	2	4

Zdroj: vlastní zpracování (zaokrouhleno)

Odborní pracovníci nejčastěji využívají při své práci nástroje rozvoje kognitivních schopností – různé formy tréninku paměti (33 %) a populárně-naučné přednášky (26 %).

Tabulka 5: Odbornými pracovníky nejčastěji využívané edukační aktivity

<b>frekvence realizace edukačních aktivit (3)</b>		
<b>název dílčích edukačních aktivit</b>	<b>absol.</b>	<b>v %</b>
naučné / znalostní přednášky	10	26
rozvoj kognitivních schopností – trénink paměti	13	33
biografické metody	8	20
herní metoda Duccia Demetria	3	8

univerzita a akademie 3V	5	13
--------------------------	---	----

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 6: Odbornými pracovníky nejčastěji využívané metody edukace

frekvence použití metod edukace (2)		
název metody/techniky vzdělávání	absol.	v %
přednášky	9	23
přednáška s diskuzí	10	26
workshop	13	33
zážitkové učení	4	10
hraní sociálních rolí	3	8

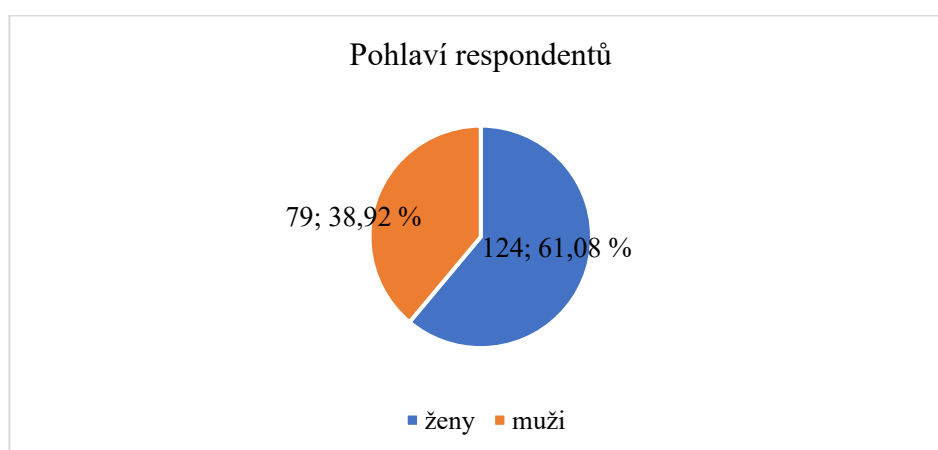
Zdroj: vlastní zpracování

Téměř polovinu nejčastěji využívaných metod edukace tvoří přednášky a přednášky s diskuzí, různé workshopy pak 33 %.

#### 5.4 Vyhodnocení a interpretace získaných dat – seniorů (fáze B)

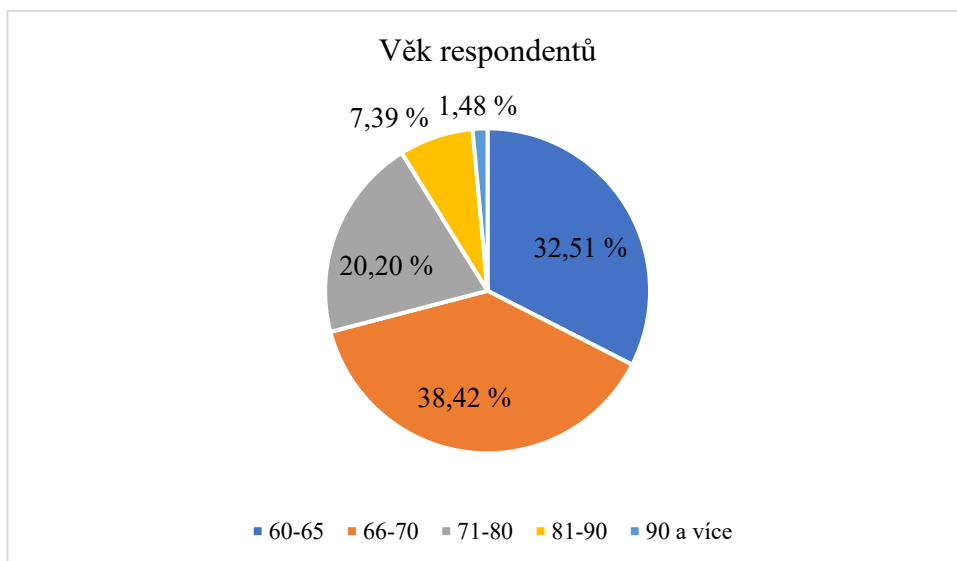
Druhé fáze výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 203 seniorů žijících v domovech pro seniory, z toho bylo 124 (61 %) žen a 79 (39 %) mužů. Původně bylo osloveno 311 seniorů, ale návratnost z důvodu probíhající pandemie covid-19 a neochoty vyplývající z omezení provozu byla nižší, přesto velmi dobrá (65 %); na základě dvou urgencí spočívajících v žádosti o dodání vyplněných dotazníků. Je potřeba říci, že dotazníky byly vyplněny s úvodní instrukcí odborných pracovníků (6 zařízení). Některé dotazníky nebylo možné vyhodnotit (z důvodu neúplných nebo zmatečných odpovědí).

Graf 1: Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

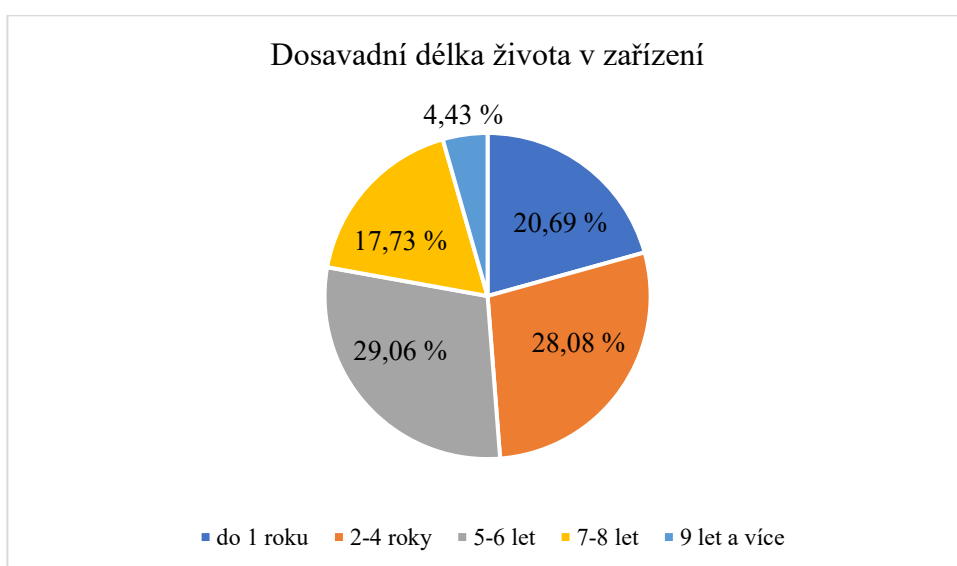
Graf 2: Věkové rozložení respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti tvořili tyto věkové skupiny: a) věk 60 až 65 let – 32,51 %, b) věk 66 až 70 let – 38,42 %, c) věk 71 až 80 let – 20,20 %, d) věk 81 až 90 let – 7,39 %, e) věk 90 a více let – 1,48 % (viz graf 2).

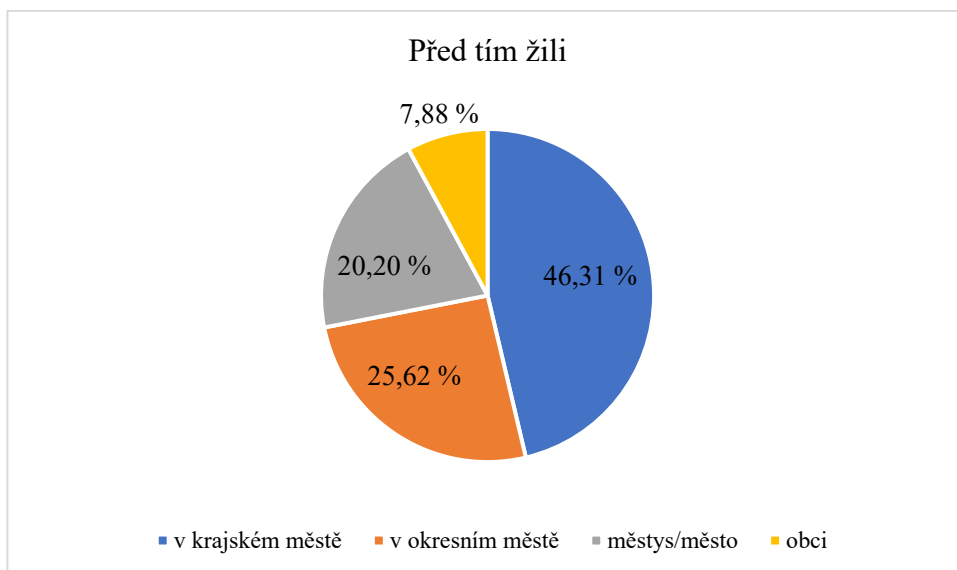
Graf 3: Délka života jedince v domově pro seniory



Zdroj: vlastní zpracování

Bylo mj. zjišťováno, jak jedinci dlouho žijí v domově pro seniory (rozděleno do 5 kategorií). Do 1 roku celkem tvořilo 20,69 % seniorů, v rozmezí 2 až 4 let 28,08 %, v rozmezí 5 až 6 let 29,06 %, v rozmezí 7 až 8 let 17,73 % a 9 a více let pak celkem 4,43 % respondentů (viz graf 3).

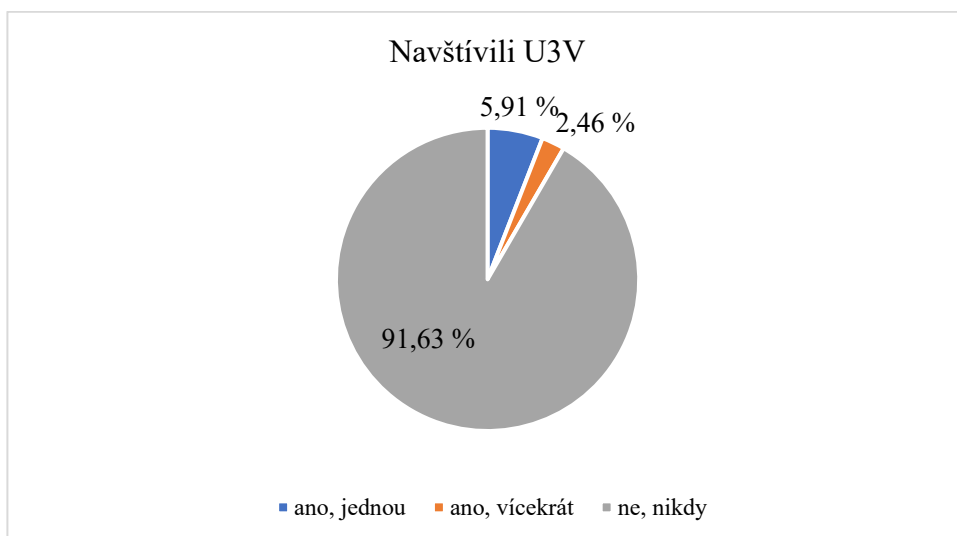
Graf 4: Než byli přijati do domova pro seniory, žili v:



Zdroj: vlastní zpracování

Bylo také zjišťováno, kde senioři žili před tím, než byli přijati do domova pro seniory (rozděleno do 4 kategorií). V krajském městě žilo 46,31 % respondentů, v okresním městě 25,62 % respondentů, městě/městysi pak 20,20 % a v obci 7,88 % seniorů (viz graf 4). Velké zastoupení jedinců se dá vysvětlit celkem snadno: jedno zařízení bylo na území města Ústí nad Labem.

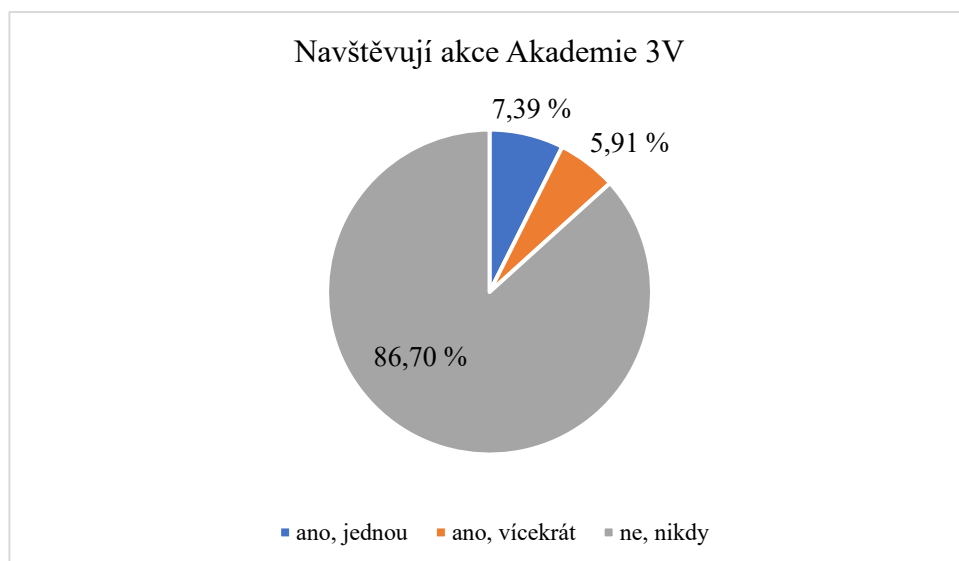
Graf 5: Účast na vzdělávacím programu U3V



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 5 uvádí, kolik jedinců se zúčastnilo aktivity – univerzity třetího věku. Nikdy se této aktivity nezúčastnilo 91,63 % respondentů. Jednou pouze 5,91 % respondentů a vícekrát pak celkem 2,46 % seniorů.

Graf 6: Účast na vzdělávacím programu A3V



Zdroj: vlastní zpracování

Podobné výsledky byly zaznamenány i u této odpovědi (jako v případě U3V). Nikdy se aktivity A3V nezúčastnilo 86,70 % respondentů. Jednou pouze 7,39 % respondentů a vícekrát pak celkem 5,91 % seniorů. Důvod je pravděpodobně jednoduchý: tyto již tradiční aktivity nejsou tak často realizovány jako aktivity jiné – moderní (tedy možnosti související s realizací širokého spektra aktivit a činností v oblasti terapií atd.).

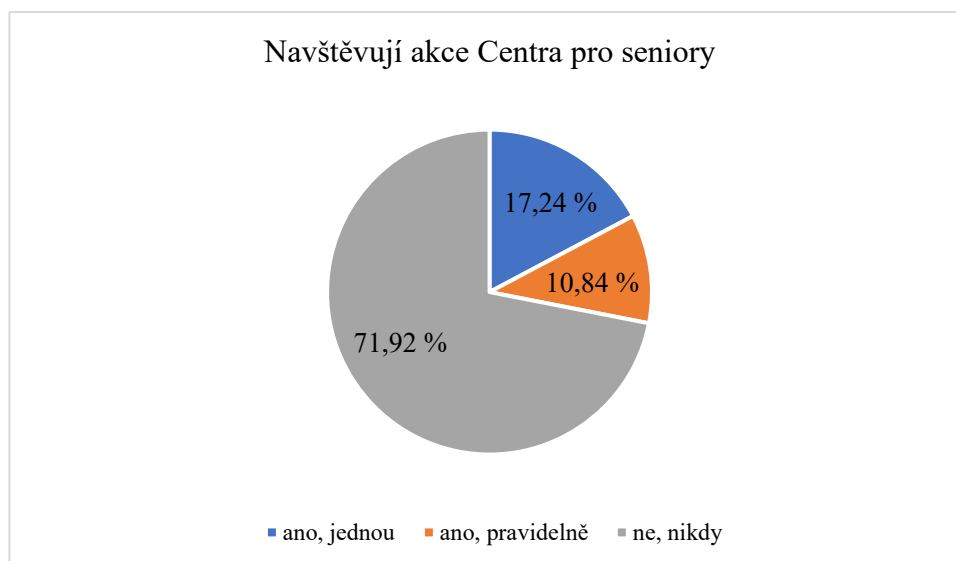
Graf 7: Účast na akcích krajské / městské knihovny



Zdroj: vlastní zpracování

Lepší výsledky pak byly zaznamenány v návštěvnosti akcí pořádaných knihovnami. Nikdy se těchto aktivit nezúčastnilo 74,38 % respondentů. Jednou pouze 13,79 % respondentů a pravidelně pak celkem 11,82 % seniorů.

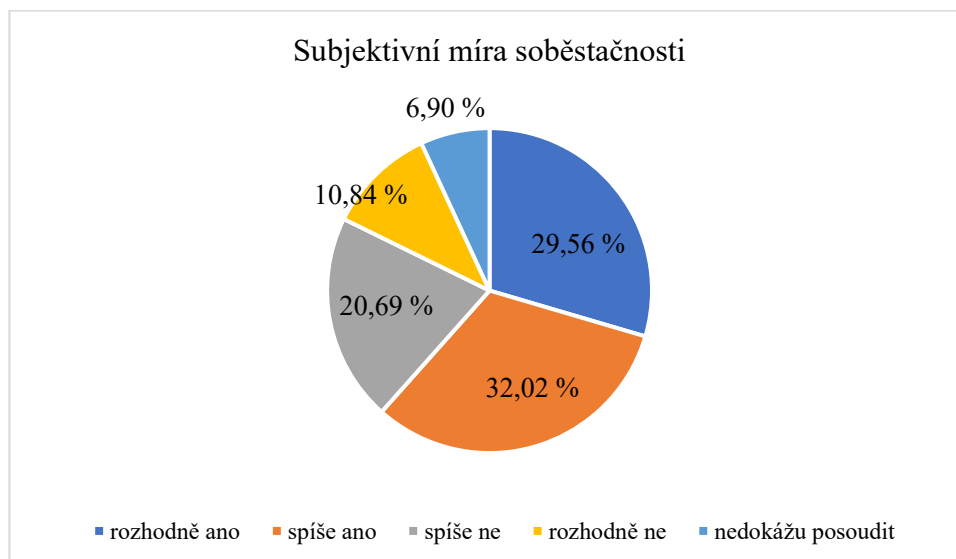
Graf 8: Účast na akcích pořádaných Centrem pro seniory



Zdroj: vlastní zpracování

Celkem podobné výsledky byly zaznamenány v návštěvnosti akcí pořádaných Centrem pro seniory. Nikdy se těchto aktivit nezúčastnilo 71,92 % respondentů. Jednou pouze 17,24 % respondentů a pravidelně pak celkem 10,84 % seniorů.

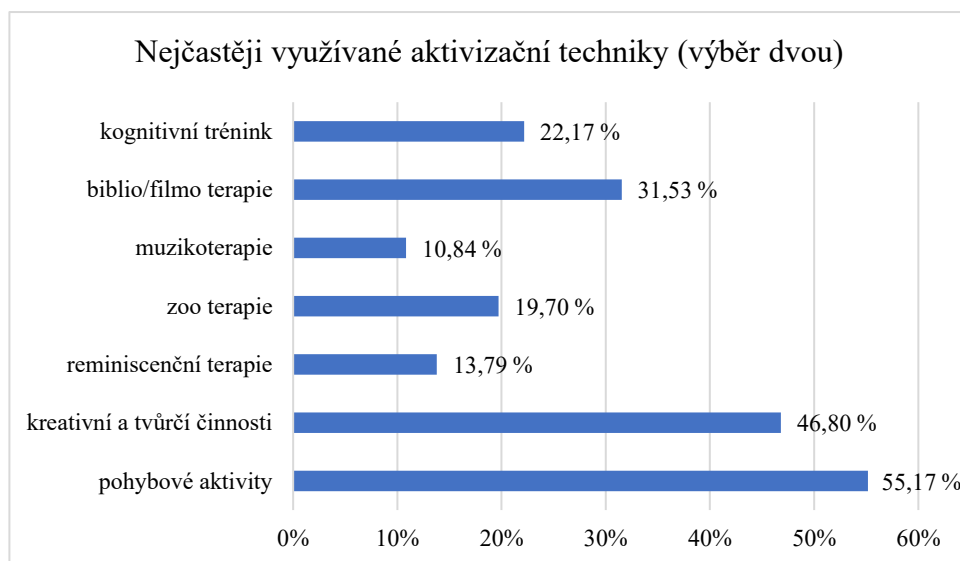
Graf 9: Uváděná míra soběstačnosti



Zdroj: vlastní zpracování

Jedna z doplňujících (kontrolních) otázek se zaměřila na míru soběstačnosti (podrobněji rozpracováno v závěru podk. 1.1). Soběstačnými se cítí – rozhodně ano – téměř 30 % seniorů a spíše ano 32 % (což představuje 62 % dotázaných seniorů). Spíše ne a rozhodně ne pak 31 % seniorů.

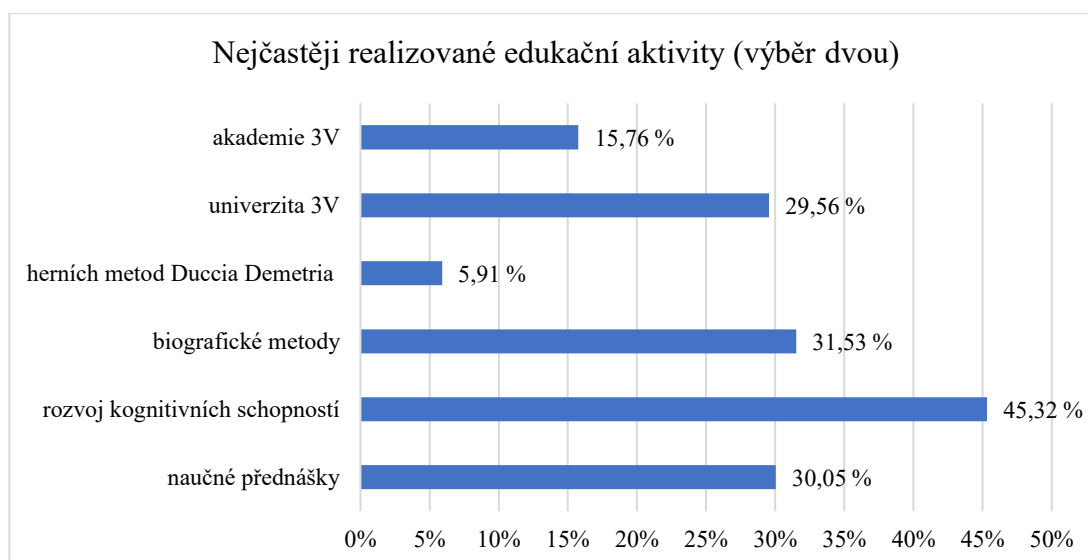
Graf 10: Senioři nejčastěji využívané aktivizační techniky



Zdroj: vlastní zpracování

Jedna část otázek v dotazníku byla zaměřena na preferenci aktivit ze strany seniorů. Senioři si mohli zvolit dvě možnosti. Mezi nejčastěji využívané (preferované) aktivizační techniky a činnosti patří pohybové aktivity (55,2 %), kreativní a tvůrčí činnost (46,8 %) a biblio a filmo terapie (31,5 %). Mezi oblíbené, což uvádějí i pracovníci v sociálních službách (aktivizační pracovníci), patří kognitivní trénink (22,2) a zooterapie (19,7 %). Muzikoterapii preferuje 10,8 % dotázaných (viz graf 10).

Graf 11: Senioři nejčastěji realizované edukační aktivity



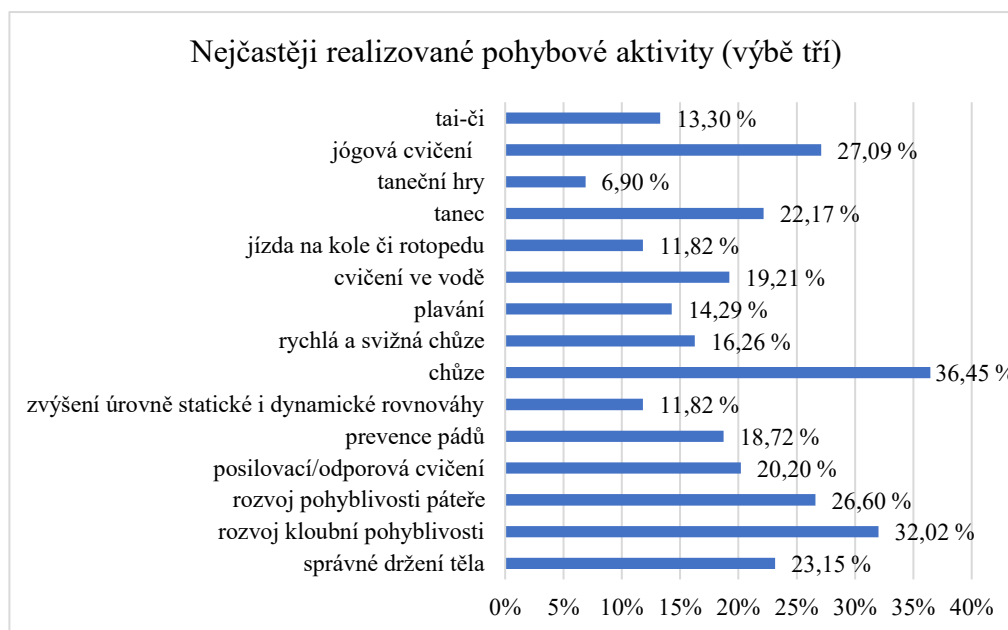
Zdroj: vlastní zpracování

Další část otázek v dotazníku byla zaměřena na preferenci edukačních aktivit ze strany seniorů (opět si respondenti mohli zvolit dvě preferované možnosti). Mezi



nejoblíbenější jednoznačně patří rozvoj kognitivních schopností – trénink paměti (45,3 %), biografické metody (31,5 %) a naučné, popularizační přednášky odborníků (30 %). Mezi další oblíbené aktivity patří účast na přednáškách v rámci univerzit třetího věku a akademie třetího věku (viz graf 11). Pokud jde o tyto dvě formy, jedná se pravděpodobně o jisté zkreslení, neboť senioři do svých odpovědí zahrnovali „místní“ aktivity označované jako „univerzita“ (např. Krásnobřezenská malá univerzita, „naše místní univerzita“). Tato skutečnost byla diskutována i s odbornými pracovníky, kteří to potvrdili.

Graf 12: Seniors nejčastěji realizované pohybové aktivity



Zdroj: vlastní zpracování

Další část otázek v dotazníku byla zaměřena na preferenci pohybových aktivit ze strany seniorů (respondenti si mohli zvolit tři preferované možnosti vzhledem ke značné frekvenci těchto aktivit během organizovaných, tj. plánovaných týdenních a měsíčních činností). Mezi nejoblíbenější jednoznačně patří chůze (36,5 %), cvičení zaměřené na rozvoj kloubní pohyblivosti (32 %) a pohyblivosti páteře (26,6 %) a cvičení jógy (27 %). Hranici 20 % ještě dosáhla posilovací, resp. odporová cvičení (20,2 %), taneční aktivity (22,2 %) a správné držení těla (23,2 %).

Mezi další oblíbené pohybové aktivity dále patří účast seniorů na: cvičení zaměřených na prevenci pádů (18,7 %), cvičení ve vodě (19,2 %), rychlá chůze (16,3 %), tai-či (13,3 %), cvičení orientovaná na podporu statické a dynamické rovnováhy (11,8 %) a taneční hry (6,9 %) (viz graf 12).

#### 5.4 Shrnutí a diskuze

První fáze výzkumu byla realizována u vedoucích pracovníků a odborných pracovníků domovů pro seniory. Jak souhrnně uvedli, další vzdělávání je součástí týdenních nebo měsíčních plánů. Senioři si mohou vybrat z populárně-naučných přednášek odborníků na různá témata, je realizována tzv. Krásnobřezenská malá univerzita (v rámci ní jsou pravidelně pořádány kurzy nebo přednášky, např. na téma „záhady lidské paměti“, „zaniklé obce pod Bukovou horou“, „Azorské ostrovy“ atd.), osvětové a naučné přednášky

(dentální hygiena, historie vojenství, dějiny uměleckých děl regionu), procvičování (trénink) paměti atd.

Odborní pracovníci nejčastěji využívají při své práci nástroje rozvoje kognitivních schopností – různé formy tréninku paměti (33 %) a populárně-naučné přednášky (26 %).

Podobná zjištění lze zaznamenat i druhé cílové skupiny respondentů – seniorů. Celkem 92 z nich se nikdy nezúčastnilo aktivity U3V. Jednou navštívilo U3V pouze 6 % respondentů a vícekrát pak 2 % seniorů. Podobné výsledky byly zaznamenány i u aktivity A3V (nikdy se nezúčastnilo 88 % respondentů, jednou pouze 6 % respondentů a vícekrát pak celkem 6 % seniorů). Důvod je pravděpodobně jednoduchý: tyto již „tradiční“ aktivity nejsou tak často realizovány jako jiné aktivity – moderní, atraktivní a více odpovídající současným potřebám a požadavkům (tedy možnosti související s realizací širokého spektra aktivit, zájmů a činností v oblasti terapií a trávení volného času atd.).

Jedna z otázek se v rámci dotazníkové šetření zaměřila na míru soběstačnosti. Soběstačnými se cítí – rozhodně ano – téměř 30 % seniorů a spíše ano 32 % (což představuje 62 % dotázaných seniorů). Spíše ne a rozhodně ne pak 31 % seniorů. Zajímavý je výzkum zaměřený na mobilita v životním prostoru a aktivní stárnutí jako faktory ovlivňující kvalitu života starších lidí před a během výluky COVID-19 ve Finsku. Autoři longitudinální studie přinesli zajímavá zjištění, která jsou prezentována v teoretické části této diplomové práce – více viz Rantanen, Eronen, Kauppinen, Kokko, Sanaslahti, Kajan, & Portegijs (2021).

Mezi nejčastěji využívané (tj. preferované) aktivizační techniky a činnosti patří pohybové aktivity (55,2 %), kreativní a tvůrčí činnost (46,8 %) a biblio a filmová terapie (31,5 %). Mezi oblíbené, což uvádějí i pracovníci v sociálních službách (aktivizační pracovníci), patří kognitivní trénink (22,2) a zooterapie (19,7 %). Muzikoterapii preferuje 10,8 % dotázaných seniorů.

Další část otázek v dotazníku byla zaměřena na preferenci edukačních aktivit ze strany seniorů (opět si respondenti mohli zvolit dvě preferované možnosti). Mezi nejoblíbenější jednoznačně patří rozvoj kognitivních schopností – trénink paměti (45,3 %), biografické metody (31,5 %) a naučné, popularizační přednášky odborníků (30 %). Mezi další oblíbené aktivity patří účast na přednáškách v rámci univerzit třetího věku a akademie třetího věku. Pokud jde o tyto dvě formy, jedná se pravděpodobně o jisté zkreslení, neboť senioři do svých odpovědí zahrnovali „místní“ aktivity označované jako „univerzita“

(např. Krásnobřezenská malá univerzita, „naše místní univerzita“). Tato skutečnost byla diskutována i s odbornými pracovníky, kteří to potvrdili.

Preference pohybových aktivit ze strany seniorů: mezi nejoblíbenější jednoznačně patří chůze (36,5 %), cvičení zaměřené na rozvoj kloubní pohyblivosti (32 %) a pohyblivosti páteře (26,6 %) a cvičení jógy (27 %). Hranici 20 % ještě dosáhla posilovací, resp. odporová cvičení (20,2 %), taneční aktivity (22,2 %) a správné držení těla (23,2 %).

To potvrzují i podobně zaměřené výzkumy v ČR. „Nejvíce využívané kategorie činností, které v praxi realizují prvky aktivizace, jsou podle výzkumu Novotného (2017) reminiscenční (vzpomínková) diskuze na vybrané téma (86 % respondentů), venkovní procházky (84,1 %), muzikoterapie (83,2 %), pohybová cvičení (77,6 %), rukodělné práce (73,8 %) a četba (72 %). Průměrná velikost skupiny účastníků aktivizačního programu v zařízeních DZR je 12 klientů. Délka aktivizačních programů je v jednotlivých zařízeních logicky odlišná, nejčastěji však probíhají průměrně do 1,5 hodiny v rámci jednoho dne (v některých případech spolu s přestávkou i dvě hodiny).“ (Vostrý, Veteška a kol., 2021, s. 127).

Mezi další oblíbené pohybové aktivity seniorů patří účast seniorů na: cvičení zaměřených na prevenci pádů (18,7 %), cvičení ve vodě (19,2 %), rychlá chůze (16,3 %), tai-či (13,3 %), cvičení orientovaná na podporu statické a dynamické rovnováhy (11,8 %) a taneční hry (6,9 %). Mezi další oblíbené pohybové aktivity dále patří účast seniorů na: cvičení zaměřených na prevenci pádů (18,7 %), cvičení ve vodě (19,2 %), rychlá chůze (16,3 %), tai-či (13,3 %), cvičení orientovaná na podporu statické a dynamické rovnováhy (11,8 %) a taneční hry (6,9 %).

Odlišnosti lze zaznamenat i u lidí, kteří většinu života strávili životem v obci nebo v městě. „Studie využívá dva datové soubory reprezentativní pro seniorskou městskou (n = 1921) a rurální (n = 1235) populaci starší 60 let. Čtyřicet šest indikátorů je na základě teoretického studia literatury rozděleno do osmi dimenzí kvality života: vztahy s rodinou a přáteli, emocionální well-being, materiální well-being, zdraví, ekonomická aktivita a veřejné aktivity, pocit přináležení k lokální komunitě, osobní bezpečí a mobilita. Ve více než jedné třetině sledovaných indikátorů vykazují města i vesnice přibližně stejné hodnoty, ve 20 % indikátorů poskytují města výhodnější podmínky pro kvalitu života ve vyšším věku, ale v celých 43 % je pozitivněji hodnoceno prostředí a kvalita života ve vesnických oblastech“ (Vidovičová, 2018, s. 1).

Vztah mezi aktivitou jedince a kvalitou života zjistily i další výzkumy. Další zajímavá studie – tentokrát autorů Souza Júnior, Viana, Cruz, Silva, Rosa, Siqueira, & Sawada (2021) zkoumala vliv funkčnosti či dysfunkčnosti rodiny na kvalitu života starších členů rodiny: „Poskytování péče starším lidem by proto mělo zahrnovat individuální, rodinné a komunitní aspekty, které jsou součástí jejich rutiny, protože nemá smysl uvažovat o stárnutí vertikálně, v postavě jedince, aniž bychom pojali změny, k nimž došlo během celého procesu stárnutí. Vznikají tak nové potřeby longitudinální péče pro zajištění kvality života stárnoucí populace. Část těchto potřeb musí uspokojit veřejné orgány a část rodiny. Hledání strategií, které by zlepšily QoL během procesu stárnutí, je tedy výzvou pro vědecké zkoumání v této oblasti poznání). Za tímto účelem tato studie předpokládá, že funkčnost rodiny přímo souvisí s QoL starších lidí, tj. ti, kteří patří do funkčního systému, mají lepší QoL.“ (Souza Júnior, Viana, Cruz, Silva, Rosa, Siqueira, & Sawada (2021, s. 2). „Studie dále zdůrazňuje, že starší lidé si přejí žít s rodinnými příslušníky, protože věří, že jim rodinní příslušníci poskytnou podporu, péči a pozornost, když ji budou potřebovat.“ (Souza Júnior, Viana, Cruz, Silva, Rosa, Siqueira, & Sawada (2021, s. 5).

Vzájemné působení okolního prostředí a vnitřní kapacity jednoznačně ovlivňuje kvalitu života starších lidí, což ukázali autoři výzkumné studie realizované na Novém Zélandu související se zdravím (Stephens, Allen, Keating, Szabó, & Alpass, 2020). „Vnitřní kapacita byla hodnocena pomocí počtu chronických onemocnění. Vnímání okolí bylo hodnoceno pomocí měr vhodnosti bydlení, spokojenosti se sousedstvím a sociální soudržnosti sousedství. Kvalita života související se zdravím byla hodnocena pomocí skóre tělesného a duševního zdraví podle SF12. Výsledky: Vnímání lepší vybavenosti okolí a větší důvěry mezi sousedy bylo spojeno s lepší kvalitou života související s duševním zdravím o dva roky později, ale ne se změnami v kvalitě života související s fyzickým zdravím. Významná interakce mezi vnitřní kapacitou a dostupností zařízení v okolí na kvalitu života související s fyzickým zdravím v průběhu času ukázala, že u těch, kteří uváděli horší infrastrukturu v okolí, byl zaznamenán silnější dopad vnitřní kapacity na kvalitu života související s fyzickým zdravím.“ (Stephens, Allen, Keating, Szabó, & Alpass, 2020, s. 1).

## Závěr

Předložená diplomová práce se zabývala problematikou edukace a aktivizace seniorů v rezidenčních zařízeních – domovech pro seniory. V teoretické části byla zpracována východiska související s kvalitou života seniorů, motivací k dalšímu vzdělávání, mezigeneračním učením, charakteristikou procesů stárnutí a stáří v kontextu demografických, sociálně-politických, zdravotních, kulturních a legislativních faktorů. Dvě kapitoly byly věnovány významu a možnostem edukace a aktivizace seniorů.

Výzkumným předpokladem této diplomové práce byla premise, že aktivní a motivovaní jedinci-senioři jsou spokojenější s kvalitou života a nejsou závislí na pomoci svého okolí. Jejich soběstačnost je tedy mnohem vyšší a riziko sociální izolace tak mnohem nižší. Základním přístupem bylo využití aktivizačních a edukačních technik a metod odbornými pracovníky – tzv. aktivizačními pracovníky.

Dalším cílem empirické části diplomové práce bylo identifikovat a charakterizovat vybrané aktivizační metody a techniky realizované u seniorů s cílem efektivně rozvíjet a podporovat kognitivní a pohybové schopnosti klientů-seniorů.

Byly vybrány dvě klíčové skupiny respondentů: 1) vedoucí pracovníci domovů pro seniory / vedoucí pečovatelských úseků domovů pro seniory a aktivizační pracovníci (první fáze výzkumného šetření); 2) senioři žijící v domovech pro seniory (druhá fáze výzkumného šetření). Šetření bylo realizováno ve 4 domovech pro seniory v Ústeckém kraji. V rámci těchto zařízení bylo osloveno 13 aktivizačních pracovníků, se kterými byl realizován strukturovaný rozhovor.

V rámci první fáze byly realizovány strukturované rozhovory s vedoucími pracovníky 4 zařízení – domovů pro seniory. Dvě zařízení mají kapacitu do 70 klientů, dvě zařízení kolem 160-170 klientů. Všechna čtyři zařízení jsou zřizována obcí, resp. městem. Ve všech pracují aktivizační pracovníci a ergoterapeuti (i když pouze na částečný úvazek), ve třech pak i animační pracovníci. Samostatná pozice edukačního pracovníka (edukátora) zřízena není, některé jeho pracovní aktivity a činnosti vykonávají jiní odborní pracovníci (zejména animační a aktivizační pracovníci, sociální pracovníci).

Ve třech sledovaných zařízeních mají vedoucí pracovníci dostatek odborných a dalších pracovníků, jeden vedoucí pracovník uváděl nedostatek zaměstnanců (zdravotní sestry a sociální pracovníci, ale také další profese: ekonomové a kuchaři).

V rámci predikce uvádějí vedoucí pracovníci hrozby v oblasti rozvoje péče o seniory v souvislosti s pandemií covid-19, implicitně pak nedostatek finančních prostředků z veřejných rozpočtů. Mezi aktivity, které zvyšují kvalitu života seniorů, podle nich patří: systematické sociální začleňování seniorů, pravidelná ergoterapie a pohybové aktivity, cílené kulturní / společenské aktivity, procvičování paměti, relaxační techniky, bazální stimulace.

Druhou skupinu tvořili odborní pracovníci – pracovníci v sociálních službách, obvykle aktivizační pracovníci. Jak v rámci dotazování uváděli nejčastěji, další vzdělávání je obvykle součástí měsíčních plánů. Senioři si mohou vybrat z přednášek odborníků na různá témata, je realizována tzv. Krásnobřezenská malá univerzita (v rámci ní jsou pravidelně pořádány kurzy nebo přednášky, např. na téma „záhady lidské paměti“, „zaniklé obce pod Bukovou horou“, „Azorské ostrovy“ atd.), osvětové a naučné přednášky (dentální hygiena, historie vojenství, dějiny uměleckých děl regionu), procvičování (trénink) paměti atd. Aktivity jsou realizovány na základě aktuálního zdravotního stavu klientů. Rovněž jsou pravidelně pořádány různé terapie a pohybové aktivity (cvičení). Mezi nejčastěji realizované terapie a aktivity patří: canisterapie (zooterapie), arteterapie, reminiscenční, meditační cvičení, zpět a tanec, fytooterapie a výroba keramiky a dalších drobných předmětů.

Druhé fáze výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 203 seniorů (resp. bylo vyhodnoceno 203 správně a úplně vyplněných dotazníků). Obě fáze byly realizovány v období prosinec 2021 až leden 2022, resp. v období únor 2022 až březen 2022.

Výzkumné otázky byly definovány pro vedoucí pracovníky takto: VO č. 1: Jaké odborné aktivity na bázi edukačních a aktivizačních prvků podle vás přispívají k vyšší kvalitě života seniorů? VO č. 2: Mají zařízení dostatečné množství odborných pracovníků? Výzkumné otázky pro odborné pracovníky – aktivizační pracovníky byly definovány takto: VO č. 1: Jaké konkrétní aktivizační metody či techniky využíváte v rámci aktivizace seniorů? VO č. 2: Jaké konkrétní edukační metody či formy využíváte v rámci edukace / aktivizace seniorů? Získaná data byla anonymizována dle etických principů, vyhodnocena a interpretována v souladu s metodologickými principy výzkumů zaměřených na pedagogické a andragogické vědy.

Mezi často využívané (tj. preferované) aktivizační techniky a činnosti mezi seniory patří pohybové aktivity (55,2 %), kreativní a tvůrčí činnost (46,8 %) a biblio a filmová terapie (31,5 %). Mezi oblíbené, což uvádějí i pracovníci v sociálních službách (aktivizační

pracovníci), patří kognitivní trénink (22,2) a zooterapie (19,7 %). Muzikoterapii preferuje 10,8 % dotázaných seniorů. Dále pak rozvoj kognitivních schopností – trénink paměti (45,3 %), biografické metody (31,5 %) a naučné, popularizační přednášky odborníků (30 %).

Na základě výše zpracovaných teoretických východisek vztahujících se k tématu práce a díky realizované výzkumnému šetření můžeme konstatovat, že cíl diplomové práce byl naplněn.



## Seznam použitých informačních zdrojů

- ADAMEC, P. a D. KRYŠTOF (eds.). *Univerzity třetího věku na vysokých školách*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-802-1056-404.
- ADAMEC, P., KRYŠTOF, D. A ŠOLC, M. (2011). Historie seniorského vzdělávání; Asociace univerzit třetího věku České republiky; Masarykova univerzita. In ADAMEC, P. a D. KRYŠTOF (eds.). *Univerzity třetího věku na vysokých školách*. Brno: Masarykova univerzita, 2011, s. 11-19, 20-27, 40-44. ISBN 978-802-1056-404.
- ADAMEC, P. & STRMISKOVÁ, M. Evaluační procesy na univerzitě třetího věku. In: MALACH, J. & D. VICHERKOVÁ (Eds.). *Otázky evaluace výuky na vysokých školách*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2018, s. 155-172. Dostupné též z: <https://konference.os-u.cz/pdae/dok/2018-1.pdf>
- Aktivizace seniorů – tělesné a duševní aktivizační programy včetně pracovních listů*. Praha: Verlag Dashöfer, 2018. 154 s. ISBN 978-80-87963-75-3.
- ALMEIDA, B. L., SOUZA, M. E. B. F., ROCHA, F. C., FERNANDES, T. F., EVANGELISTA, C. B., & RIBEIRO, K. S. M. A. Quality of life of elderly people who practice physical activities. *Revista de pesquisa, cuidado é fundamental*, 2020, 432-436. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8451>.
- APSS ČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2015). *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*. Tábor: APSS ČR, s. 11.
- APSS ČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2018). *Výzva „4P“ k legalizaci psychoterapie v sociálních službách*. [online]. Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/files/files/V%C3%BDzva%204P.pdf>
- BALOGOVÁ, B. *Seniori v spektru současného světa*. Prešov: Akcent Print, 2007. 103 s. ISBN 978-80-89298-03-6.
- BOČKOVÁ, V. *Celoživotní vzdělávání – výzva nebo povinnost?* Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 56 s. ISBN 80-244-0155-X.
- BOČKOVÁ, V. *Úvod do teorie vzdělávání dospělých*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1983. 108 s.
- CADORIN, L., GRASSETTI, L., PAOLETTI, E., CARA, A., TRUCCOLO, I., & PALESE, A. Evaluating self-directed learning abilities as a prerequisite of health literacy among older people: Findings from a validation and a cross-sectional study.

- International journal of older people nursing*, 15(1), 2020, e12282-n/a.  
<https://doi.org/10.1111/opn.12282>
- CATTANEO, M., MALIGHETTI, P., & SPINELLI, D. The impact of University of the Third Age courses on ICT adoption. *Computers in Human Behavior*, 2016, 63(1), 613–619.
- ČECHOVÁ, K. et al. *Aktivizace a její význam u seniorů s Alzheimerovou nemocí: manuál pro rodinné i profesionální pečovatele*. Praha: Nadační fond Seňorina, 2020.
- ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum, 2016.
- ČERMÁK, B. Arte – arteterapie – vzdělávání a kvalifikace – praxe a uplatnění – odměňování. *Aerterapie: časopis České arteterapeutické asociace se zaměřením na arteterapii, artefí letiku, muzikoterapii a dramaterapii*, 2005, 8(39), 37–40.
- ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z. a kol. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, Z. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov: Vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998. 156 s. ISBN 80-223-1206-1.
- HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
- Demografická ročenka České republiky – 2017. Praha: Český statistický úřad, 2018.
- Demografická ročenka České republiky – 2020. Praha: Český statistický úřad, 2021.  
Dostupné online na <https://www.czso.cz/documents/10180/142755456/-130067-21.pdf/88e2d34c-a19f-4747-b685-7fd7bce0209f?version=1.1>. ISBN 978-80-250-316-1-2 (pdf).
- DOBEŠ, M. *50+: Podpora vzdělávání seniorů prostřednictvím mezigeneračního učení*. In: NÚV, 2019; <http://www.nuv.cz/projekty/senior>. Dostupné též z: <https://epale.ec.europa.eu/cs/content/50-podpora-vzdelavani-senioru-prostrednictvim-mezigeneracniho-uceni>.
- GRACOVÁ, D., SELECKÝ, E. *Vývojové trendy edukácie seniorov na univerzitách tretieho veku v Európe*. Banská Bystrica: Bellianum, 2017. 149 s. ISBN 978-80-557-1378-6.

- GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HATÁR, C. *Geragogika. Vybrané kapitoly z teórie a metodiky edukácie seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2014. 112 s. ISBN 978-80-558-0666-2.
- HATÁR, C. *Seniori v systéme rezidenčialnej sociálno-edukačnej starostlivosti*. Praha: Rozlet ve spolupráci s Českou andragogikou společností, 2011. 140 s. ISBN 978-80-904824-1-8.
- HATÁR, C. (ed.). *Vplyv edukácie na kvalitu života seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, Pedagogická fakulta, 2013. 159 s. ISBN 978-80-558-0249-7.
- HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha: Karolinum, 2003.
- HÁTLOVÁ, B. *Psychologie seniorského věku*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2010.
- HÁTLOVÁ, B., KIRCHNER, J. *Kapitoly z teorie psychomotorické terapie*. Praha: Asociace psychologů sportu, 2010.
- HÁTLOVÁ, B., KIRCHNER, J., SUCHÁ, J. *Psychomotorická terapie demencí v počáteční a střední fázi*. Praha: Asociace psychologů sportu, 2010.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4, přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013.
- HOLMEROVÁ, I. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007.
- HOLMEROVÁ, I., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2009.

- HOLMEROVÁ, I., a kol. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
- HOLMEROVÁ, I., a kol. *Case management v péči o lidi žijící s demencí: koordinace péče zaměřená na člověka*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2018.
- HOLMEROVÁ, I., HORECKÝ, J., HANUŠ, P. *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016.
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007.
- HONZÁK, R. *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad, 2017. 335 s. ISBN 978-80-7429-912-4.
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013.
- HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 285 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
- JANIŠ, K. a J. SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. 156 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
- JIRÁK, R. et al. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009.
- JIRÁK, R. et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013.
- JIRÁK, R. a I. HOLMEROVÁ, I. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009.
- JEŘÁBEK, H. et al. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2013. 316 s. ISBN 978-80-7419-117-6.
- KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004.
- KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008.
- KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011.
- KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004.
- KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatric*. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0

- KALVACH, Z. a HRABĚTOVÁ, E. *Senior a já ... já a senior*. Praha: Společnost přátelská všem generacím, 2005. 72 s.
- KAPPL, M. *Vybrané intervenční techniky sociální práce z pohledu neurovůd* [CD-ROM]. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-402-1.
- KENDROVA, L., NEMETH, F., DERNAROVA, L., KISHKO, O., KUNDRACIKOVA, L., CUJ, J., SANTOVA, T. & SULICOVA, A. The Impact Activity on the Quality of Life of Seniors Living in Retirement Homes. *Clinical Social Work and Health Intervention*, 2020, 11(3), 20-27. DOI 10.22359/cswhi\_11\_3.
- KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2017. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
- KLUCKÁ, J. a P. VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. 150 s. ISBN 978-80-247-2608-3.
- KLUCKÁ, J. a P. VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšíř. vyd. Praha: Grada, 2016. 174 s. ISBN 978-80-247-5580-9.
- KORICINA, M. *Vzdelávacie potreby zamestnancov v preseniorskom veku*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, Pedagogická fakulta, 2020. 104 s. ISBN 978-80-558-1564-0.
- KUCKIR, M., VAŇKOVÁ, H. a kol. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada, 2016. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.
- KOUKOLÍK, F. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 2014. 227 s. ISBN 978-80-246-2464-8.
- KRYSTOŇ, M. a E. SELECKÝ. *Inovácie v edukácii seniorov*. Praha: Česká andragogická společnost, 2021. 121 s. ISBN 978-80-907809-9-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada, 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
- LIVEČKA, E. *Úvod do gerontopedagogiky*. Praha: UŠI při MŠ ČSR. 1979. 233 s.
- MACHAČOVÁ, K., HOLMEROVÁ, I. a kol. *Aktivní gerontologie aneb Jak stárnout dobře*. Praha: Mladá fronta, 2019. 247 s. ISBN 978-80-204-5489-8.
- MACHALOVÁ, M. *Psychológia vo vzdelávaní dospelých*. Bratislava: Gerlach Print, 2006. 222 s. ISBN 80-89142-07-9.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011 (dotisk 2012). 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta, 2015. 215 s. ISBN 978-80-204-3394-7.
- MÁTL, O., MÁTLOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I. *Zpráva o stavu demence 2016: Kolik zaplatíte za péči*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016.
- MATÝSKOVÁ, D. Vzdělávací aktivity v seniorském věku. In: SÝKOROVÁ, D. a O. CHYTIL (eds.). *Autonomie ve stáří – strategie jejího zachování*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004, s. 254-260. ISBN 80-7326-026-3.
- Memorandum o celoživotním učení, 2000. Dostupné online z: <http://www.nuv.cz/uploads/Periodika/ZPRAVODAJ/2001/ZP01PIIa.pdf>
- MIŠOVIČ, J. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.
- MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009a. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.
- MÜHLPACHR, P. Vzdělávání seniorů. In: Průcha, J. (ed). *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009b, s. 483–486. ISBN 978-80-7367-546-2.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. Brno: MSD, 2008. 203 s. ISBN 978-80-7392-072-2
- MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
- MYSLIVEČEK, J. a kol. *Základy neurověd*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton, 2009. 390 s. ISBN 978-80-7387-088-1.
- MÜLLER DE MORAIS, M. a L. RAPSOVÁ. *Tréning sociálnej kompetencie dospelých a seniorov so zdravotným postihnutím*. Praha: Česká andragogická společnost, 2017. 122 s. ISBN 978-80-905460-9-7.
- NEDĚLKA, M., VETEŠKA, J. Specifika vzdělávání seniorů v rámci univerzity třetího věku: androdidaktické a motivační faktory. In: VETEŠKA, J. (ed.) *Vzdělávání dospělých 2017 – v době rezonujících společenských změn = Adult Education 2017 – in times of resonant social changes: proceedings of the 7<sup>th</sup> International Adult*

- Education Conference, 11-12<sup>th</sup> November 2017 Prague.* Praha: Česká andragogická společnost, 2018, s. 213–220. ISBN 978-80-906894-2-8.
- NĚMEC, L. a kol. *Vzdělávání 4.0 a sociální partneři v České republice: podkladový materiál pro diskusní fóra.* Praha: Českomoravská konfederace odborových svazů, 2019. 35 s. ISBN 978-80-86809-30-4.
- Obyvatelstvo. Praha: ČSÚ, 2021. Dostupné online na [https://www.czso.cz/csu/czso/-obyvatelstvo\\_lide](https://www.czso.cz/csu/czso/-obyvatelstvo_lide).
- OREL, M. a kol. *Psychopatologie.* Praha: Grada, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PACOVSKÝ, V. Dvacetileté zkušenosti 1. LF UK v Praze. In: *Univerzita třetího věku: historie, současnost a perspektivy dalšího rozvoje. Sborník příspěvků z konference.* Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 125–132. ISBN 978-80-210-5158-4.
- PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika.* Praha: Scientia Medica, 1994. 150 s. ISBN 808552632-8.
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří.* Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie.* Praha: Avicenum, 1981. 298 s.
- PALÁN, Z., LANGER, T. *Základy andragogiky.* Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 184 s. ISBN 978-80-86723-58-7.
- PASTERNAKOVÁ, L. Možnosti ďalšieho vzdelávania u seniorov a žiakov staršieho školského veku. In: BALOGOVÁ, B. *Zdravotná gramotnosť seniorov a jeho rodiny.* Prešov: Prešovská univerzita, 2020, s. 100-109. ISBN 978-80-555-2652-2.
- PASTERNAKOVÁ, L. a B. TKÁČ. Možnosti vzdělávání seniorů prostřednictvím volnočasových aktivit. In: VETEŠKA, J. (ed.) *Vzdělávání dospělých 2019 – v kontextu profesního rozvoje a sociálního kapitálu = Adult Education 2019 – in the context of professional development and social capital : proceedings of the 9th International Adult Education Conference : 11-12 December 2019, Prague.* Praha: Česká andragogická společnost, 2020, s. 345–354. ISBN 978-80-906894-8-0.
- PERHÁCS, J. *Personalizačné a socializačné aspekty rozvoja osobnosti dospelých.* Praha: Rozlet ve spolupráci s Českou andragogickou společností, 2011. 158 s. ISBN 978-80-904824-4-9.
- PETŘKOVÁ, A. a ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: Úvod do teorie a praxe edukace seniorů.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 92 s. ISBN 978-80-24408-79-8.

- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. 116 s. ISBN 80-7178-184-3.
- POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- POKORNÁ, A. a kol. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- PRAŠKO, J. a kol. *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Grada, 2019. 379 s. ISBN 978-80-271-0496-3.
- Proměny věkového složení obyvatelstva ČR - 2001-2050 (2019). Praha: ČSÚ, 2021. Dostupné online na <https://www.czso.cz/csu/czso/promeny-vekoveho-slozeni-obyvatelstva-cr-2001-2050>
- PROCHÁZKA, R., OREL, M. a kol. *Vývojová neuropsychologie*. Praha: Grada, 2021, 223 s. ISBN 978-80-271-3080-1.
- PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada, 2019. 199 s. ISBN 978-80-271-1008-7.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 6., aktual. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2009. 400 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
- PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.
- PRŮŠA, L. a HORECKÝ, J. *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2012. 140 s. ISBN 978-80-904668-3-8.
- PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK, R. a kol. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. 184 s. ISBN 978-80-271-0876-3.
- RANTANEN, T., ERONEN, J., KAUPPINEN, M., KOKKO, K., SANASLAHTI, S., KAJAN, N., & PORTEGIJS, E. Life-Space Mobility and Active Aging as Factors Underlying Quality of Life Among Older People Before and During COVID-19 Lockdown in Finland-A Longitudinal Study. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 2021, 76(3), E60-E67. <https://doi.org/10.1093/gerona-/glaa274>
- RESSNER, P. Alzheimerova choroba – diagnostika a léčba. *Neurologia pre prax*, 2004, 1(1), 14-20.



- RIBEIRO, I. Seniors and technology: Overcoming the barriers of the digital world. *Iberian Conference on Information Systems and Technologies, CISTI*, vol. 2019. <https://doi.org/10.23919/CISTI.2019.8760985>.
- RIVERO, S. C. & AGOIZ, A. B. Envejecimiento activo y ciudadanía senior: Active ageing and senior citizen. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, no 43, mayo-agosto, 2019, pp. 59-87. ISSN 1139-5737, DOI: [empiria.43.2019.24299](https://doi.org/10.23919/CISTI.2019.8760985).
- ROKYTA, R. a kol. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada, 2015. 680 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
- RYNKOWSKA, D. Universities of the Third Age and Their Role in Education and Preventive Gerontology. *European Journal of Sustainable Development*, 2020, 9(3), 58-66. <https://doi.org/10.14207/ejsd.2020.v9n3p58>.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- SAK, P. a K. KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SALIVAROVÁ, J. a VETEŠKA, J. *Edukace seniorů v evropském kontextu: teoretická a aplikační východiska*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. 120 s. ISBN 978-80-7452-102-7.
- SAYOUD SOLÁROVÁ, K. *Analýza speciálně pedagogických a speciálně andragogických přístupů k terapii osob s neurologickým onemocněním v seniorském věku*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 238 s. ISBN 978-80-210-5287-1.
- SOLMS, M. a O. TURNBULL. *Mozek a vnitřní svět: úvod do neurovědy subjektivní zkušenosti*. Praha: Portál, 2014. 309 s. ISBN 978-80-262-0592-0.
- SOUZA JÚNIOR, E. V. DE, VIANA, E. R., CRUZ, D. P., SILVA, C. D. S., ROSA, R. S., SIQUEIRA, L. R., & SAWADA, N. O. (2021). Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(2), e20210106-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0106>
- SRNEC, J. *Psychologie stárnutí*. Český rozhlas, přednáška. Praha, 1998.
- SRP, M. et al. Fyzioterapie u Parkinsonovy nemoci v České republice – demografická studie. *Cesk Slov Neurol N*, 2018, 81/114 (2): 194-198.
- STEPHENS, C., ALLEN, J., KEATING, N., SZABÓ, Á., & ALPASS, F. Neighborhood environments and intrinsic capacity interact to affect the health-related quality of life of

- older people in New Zealand. *Maturitas*, 2020, 139, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j-maturitas.2020.05.008>
- SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 285 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
- SÝKOROVÁ, D. a O. CHYTIL (eds.). *Autonomie ve stáří – strategie jejího zachování*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004, s. 254-260. ISBN 80-7326-026-3.
- Strategie celoživotního učení ČR*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2007. 80 s.
- Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2030+* [online]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/file/54104/>
- Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2030+*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2020. 119 s. ISBN 978-80-87601-46-4.
- STRNADOVÁ, T. Zpomalit stárnutí? Jde to, říká vědec, který na tom založil byznys. *Hospodářské noviny*, 18. 11. 2021, s. 12. Dostupné také online na <https://byznys.hn.cz/c7-67000270-129pu3-da34e168f7e1350>.
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
- SVOBODOVÁ, S. a J. PAVELKOVÁ. Education of Seniors in Residential Facilities in the Framework of Activation Activities in the Form of the University of the Fourth Age (Minireview). *Clinical Social Work and Health Intervention*, 2020, 11(3), 51-56. DOI 10.22359/cswhi\_11\_3.
- ŠERÁK, M. *Role univerzit třetího věku v širších edukačních i sociálních kontextech*. Praha, 2018. Dostupné online na <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/G/21747/ROLE-UNIVERZIT-TRETIHO-VEKU-V-SIRSICH-EDUKACNICH-I-SOCIALNICH-KONTEXTECH.html>
- ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál, 2009. 207 s. ISBN 978-80-7367-551-6.
- ŠIP, M. *Spirituálna dimenzia v paliatívnej starostlivosti: terapeutické kontexty*. Prešov: Prešovská univerzita, 2020. 244 s. ISBN 978-80-555-2600-3.
- ŠIP, M. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Prešov: Prešovská univerzita, 2019. 168 s. ISBN 978-80-555-2301-9.

- ŠIP, M. a M. ŠIPOVÁ. *Kvalita lidského života v kontexte paliativnej starostlivosti : sociálno-etická reflexia*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2014. 158 s. ISBN 978-80-555-1223-5.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Gerontagogika: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 83 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3653-1.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Gerontopsychologie: studijní texty pro kombinované studium* [CD-ROM]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. Studijní opory. ISBN 978-80-244-2474-3.
- ŠPATENKOVÁ, N. a L. SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
- ŠTILEC, M. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2003. 94 s. ISBN 80-246-0788-3.
- ŠVÁŘÍČEK, R, ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- ŠVEC, Š. a kol. *Metodologie věd o výchově: kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno: Paido, 2009. 302 s. ISBN 978-80-7315-192-8.
- TOMCZYK, L. *Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií*. Praha: Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR, 2015. 240 s. ISBN 978-80-904531-9-7.
- VACULÍKOVÁ, P. a kol. Pohybové aktivity ve stáří. In: *Senioři tančí*. Brno: Fakulta informatiky Masarykovy univerzity, 2019. 29 s. Dostupné online na [https://is.muni.cz/-do/rect/el/estud/fsps/2019podzim/seniori\\_tanci/web/docs/seniori\\_tanci\\_skripta.pdf](https://is.muni.cz/-do/rect/el/estud/fsps/2019podzim/seniori_tanci/web/docs/seniori_tanci_skripta.pdf)
- VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VETEŠKA, J. *Gerontagogika: psychologicko-andragogická specifika edukace a aktivizace seniorů*. 2. doplň. a rozš. vyd. Praha: Česká andragogická společnost, 2017. 176 s. ISBN 978-80-905460-7-3.

- VETEŠKA, J. *Gerontagogika: psychologicko-andragogická specifika edukace a aktivizace seniorů*. Praha: Česká andragogická společnost, 2016b. 180 s. ISBN 978-80-905460-4-2.
- VETEŠKA, J. Proměny a kvalita života seniorů v evropském kontextu. In: HATÁR, C. (ed.). *Vplyv edukácie na kvalitu života seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2013, s. 124–155. ISBN 978-80-558-0249-7.
- VETEŠKA, J. *Přehled andragogiky: úvod do studia vzdělávání a učení se dospělých*. Praha: Portál, 2016a. 320 s. ISBN 978-80-262-1026-9.
- VETEŠKA, J. Význam a vnímání mezigeneračních vztahů v edukačním kontextu. In: BALOGOVÁ, B. (ed.). *Medzigeneračné mosty – vstupujeme do roka medzigeneračnej solidarity*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2012, s. 45–52. ISBN 978-80-555-0548-0.
- VETEŠKA, J. (ed.) *Vzdělávání dospělých 2019 – v kontextu profesního rozvoje a sociálního kapitálu = Adult Education 2019 – in the context of professional development and social capital : proceedings of the 9<sup>th</sup> International Adult Education Conference : 11-12 December 2019, Prague*. Praha: Česká andragogická společnost, 2020. 379 s. ISBN 978-80-906894-8-0. ISSN 2571-3841. ISSN 2571-385X.
- VETEŠKA, J. (ed.) *Vzdělávání dospělých 2018 – transformace v éře digitalizace a umělé inteligence = Adult Education 2018 – transformation in the era of digitization and artificial intelligence: proceedings of the 8<sup>th</sup> International Adult Education Conference, 11-12<sup>th</sup> December 2018 Prague*. Praha: Česká andragogická společnost, 2019. 526 s. ISBN 978-80-906894-4-2. ISSN 2571-3841.
- VETEŠKA, J., SALIVAROVÁ, J. Komparativní analýza přístupů k edukaci a aktivizaci seniorů. *Andragogická revue*, 2014, 6(2), s. 5–21. ISSN 1804-1698.
- VIDOVIČOVÁ, L. Vybrané rozdíly v kvalitě života českých seniorů ve městě a na venkově. *FÓRUM sociální politiky*, 3/2018, s.1-8. Dostupné také na <https://www.vupsv.cz/2018/06/12/vybrane-rozdily-v-kvalite-zivota-ceskych-senioru-ve-meste-a-na-venkove/>
- VOSTRÝ, M., VETEŠKA, J. et al. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada, 2021. 173 s. ISBN 978-80-271-2866-2.
- VOSTRÝ, M., BETKOVÁ, G., VETEŠKA, J. a J. KRÍŽ. Možnosti ergoterapie u osob s Alzheimerovou chorobou. In: VOSTRÝ, M. A J. VETEŠKA. *Intervenční a edukačně-*

*rehabilitační přístupy v oblasti neurologie. Přehledové studie I.* Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 2022.

VRONSKÝ, J. Rozvoj kompetencí pracovníků domovů seniorů. In: VETEŠKA, J. (ed.) *Vzdělávání dospělých 2019 – v kontextu profesního rozvoje a sociálního kapitálu = Adult Education 2019 – in the context of professional development and social capital : proceedings of the 9th International Adult Education Conference : 11-12 December 2019.* Praha: Česká andragogická společnost, 2020, s. 311-320. ISBN 978-80-906894-8-0.

VRONSKÝ, J. Možnosti dalšího vzdělávání a rozvoje kompetencí aktivizačních pracovníků v domovech seniorů. In *Vzdělávání dospělých 2021.* Praha: Česká andragogická společnost, 2022. ISBN 978-80-908330-0-5.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

WEHNER, L. a Y. SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí.* Praha: Grada, 2013. 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0.

WERNER, L. a SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí.* Praha: Grada, 2013. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

ZELENÍKOVÁ, R. *Edukace seniorů.* Praha: Verlag Dashöfer, 2016. Dostupné online na [https://www.seniorzone.cz/33/edukace-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8jVU4-ErxKYmfTDcoCT5QN\\_zexlKE/](https://www.seniorzone.cz/33/edukace-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8jVU4-ErxKYmfTDcoCT5QN_zexlKE/)

## Seznam použitých zkratk

A3V	akademie třetího věku
ČAPV	Česká asociace pedagogického výzkumu
ČR	Česká republiky
DV	další vzdělávání
EU	Evropská unie
EY 2012	Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity – 2012
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
KS	kluby seniorů
LTV	léčebná tělesná výchova
QoL	kvalita života
U3V	univerzity třetího věku
WHO	Světové zdravotnické organizace

## Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Sumarizující vyhodnocení responzí vedoucích pracovníků

Tabulka 2: Dílčí vyhodnocení responzí odborných pracovníků – aktivizačních pracovníků

Tabulka 3: Odbornými pracovníky nejčastěji využívané aktivizační metody a techniky

Tabulka 4: Odbornými pracovníky nejčastěji využívané metody pohybových aktivit

Tabulka 5: Odbornými pracovníky nejčastěji využívané edukační aktivity

Tabulka 6: Odbornými pracovníky nejčastěji využívané metody edukace

Graf 1: Pohlaví respondentů

Graf 2: Věkové rozložení respondentů

Graf 3: Délka života jedince v domově pro seniory

Graf 4: Než byli přijati do domova pro seniory, žili v:

Graf 5: Účast na vzdělávacím programu U3V

Graf 6: Účast na vzdělávacím programu A3V

Graf 7: Účast na akcích krajské / městské knihovny

Graf 8: Účast na akcích pořádaných Centrem pro seniory

Graf 9: Uváděná míra soběstačnosti

Graf 10: Seniors nejčastěji využívané aktivizační techniky

Graf 11: Seniors nejčastěji realizované edukační aktivity

Graf 12: Seniors nejčastěji realizované pohybové aktivity

## **Přílohy**

### **Dotazník pro vedoucí pracovníky (výběr otázek)**

Kolik klientů (seniorů) máte ve vašem zařízení (k 31. 12. 2021)?

Kolik aktivizačních pracovníků působí ve vašem zařízení?

Máte v rámci vašeho zařízení i animátory (animační pracovníky)?

Máte v rámci vašeho zařízení i ergoterapeuty? Nebo jiné specialisty?

Máte odborného pracovníky, kteří se věnuje dalšímu (neformálnímu) vzdělávání seniorů?

Které odborné aktivity (činnosti) jsou podle vás důležité s ohledem na kvalitu života seniorů?

Vidíte někde – z pohledu manažera – prostor pro zlepšení odborné práce se seniory?  
V jakých konkrétních oblastech?

Co považujete v současné době za největší hrozbu (překážku) v rozvoji péče o seniory?

Máte dostatek odborných pracovníků?

### **Dotazník pro aktivizační pracovníky (výběr otázek)**

Jaké pracovní zařazení máte?

Jak dlouho se profesně věnujete aktivizaci seniorů?

Je další vzdělávání (neformální, informální – nebo nějaké jeho formy) součástí organizovaného týdenního programu seniorů?

Věnují se odborní / sociální pracovníci v rámci každodenních aktivit také nějakým formám neformálního vzdělávání? Jakým?

Jaké dílčí / konkrétní aktivity v rámci neformálního vzdělávání realizujete?

Obecně, jaké aktivity seniory preferují? Spíše znalostní nebo pohybové aktivity?

Jaké konkrétní terapie nabízíte seniorům?



Jaké konkrétní aktivizační aktivity nabízíte seniorům?

Jaké konkrétní volnočasové činnosti / aktivity nabízíte seniorům?

Jsou aktivizační a terapeutické aktivity pravidelnou součástí programu?

Využíváte ve své práci prvky animace?

Vidíte někde prostor pro zlepšení odborné práce se seniory?