

**Univerzita Karlova**

**Filozofická fakulta**

Katedra pedagogiky

**Diplomová práce**

Bc. Hana Štěchová

**Význam zdravotní edukace pro psychosociální stav seniorů**

**The importance of health education for the psychosocial state of  
the seniors**

**Praha 2022**

**Vedoucí práce: doc. PhDr. Jaroslav Kořa**

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Jaroslavu Koťovi za jeho odborné vedení, vstřícný přístup, cenné rady a čas, který věnoval vedení mé diplomové práce. Dále chci poděkovat všem seniorům, kteří byli součástí mého výzkumu.

Odevzdáním této diplomové práce na téma *Význam zdravotní edukace pro psychosociální stav seniorů* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením doc. PhDr. Jaroslava Koti, samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne .....

.....  
Hana Štěchová

## **Abstrakt**

Diplomová práce je zaměřena na význam zdravotní edukace pro psychosociální stav seniorů. Téma bylo zvoleno z demografického faktu, který ukazuje na zvyšující se počet seniorů ve společnosti. Cílem je analyzovat problematiku edukace seniorů na jejich zdravotní chování a přístup k péči o své zdraví, zároveň zhodnotit, jak tato edukace ovlivňuje psychosociální stav směřující k aktivnímu stárnutí. Práce je navržena jako teoreticko-empirická. V teoretické části se práce zabývá vysvětlením základních pojmů dané problematiky a jejich vzájemnými vztahy. V této části byly použity analýzy odborných textů a literatury, která se danou problematikou zabývá. Jednotlivé kapitoly se zabývají oblastmi stáří a jeho specifiky ve vztahu k možným formám edukace. Praktická část je založena na shromáždění a analýze dat z dotazníků, které jsou zaměřeny na edukaci seniorů v oblasti zdraví a zda tato edukace má vliv na jejich psychosociální stav.

## **Klíčová slova**

senior, stáří, aktivní stárnutí, edukace, edukace seniorů, komunikace se seniory, aktivity seniorů, psychické a sociální změny ve vyšším věku, motivace seniorů, životní styl seniorů

## **Abstract**

The thesis focuses on the importance of health education for the psychosocial state of the seniors. The topic was chosen on the basis of demographic fact that shows the increasing number of seniors in the society. The aim is to analyze the issue of educating seniors about their health behaviors and attitudes towards health care, and also to evaluate how this education affects the psychosocial state during active aging. The thesis is designed as a theoretical-empirical one. In the theoretical part, the thesis deals with the explanation of the basic concepts of the issue and their interrelations. In this part, analyses of texts and literature dealing with the issue are described. The individual chapters deal with the topics of old age and its specificities in relation to possible forms of education. The practical part is based on the collection and analysis of data from questionnaires, which are focused on the education of the elderly in the field of health and on the question whether this education has an impact on their psychosocial state.

## **Keywords**

senior, old age, active aging, education, education of seniors, communication with seniors, activities of seniors, psychological and social changes in older age, motivation of seniors, lifestyle of seniors

Obsah	
Úvod .....	6
Teoretická část .....	7
1. Stáří.....	7
1.1. Kalendářní věk .....	7
1.2. Biologické stáří .....	8
1.3. Psychické stáří .....	8
1.4. Sociální stáří.....	9
2. Senior.....	11
2.1. Kvalita života u seniorů.....	11
3. Edukace seniorů-geragogika.....	25
3.1. Pojem geragogika a její funkce .....	25
3.2. Rozsah a cíle geragogiky .....	27
3.3. Senior jako účastník vzdělávání.....	28
3.4. Edukace seniorů jako prostředek ke zkvalitnění života.....	29
3.5. Motivace, možnosti a formy studia pro seniory.....	31
3.6. Informační a komunikační technologie s ohledem na seniory.....	34
4. Sociologie medicíny a senior .....	35
4.1. Historie sociologie medicíny.....	35
4.2. Nemoc jako významný sociologický faktor seniorů.....	36
4.3. Sociologie stáří a seniorů (gerontosociologie) .....	38
4.4. Starší osoby jako potenciál pro společnost .....	39
5. Komunikace ve vztahu k seniorům .....	41
5.1. Základní charakteristika komunikace .....	41
5.2. Specifika komunikace v práci se seniory .....	41
5.3. Manipulace v komunikaci ve vztahu k seniorům.....	43
Praktická část.....	47
1. Cíl studie a výzkumné otázky.....	47
1.1. Metody výzkumu .....	49
1.2. Vzorek respondentů .....	50
1.3. Výsledky šetření.....	52
Diskuse .....	61
Závěr .....	62
Seznam literatury .....	64
Seznam tabulek .....	66
Příloha 1: Dotazník k diplomové práci.....	67

## Úvod

*Stárnout začínáme, když rezignujeme na mládí.  
Winston Churchill*

Stárnutí je vlastností všech živých organismů, člověka nevyjímaje. Tento proces se však nevztahuje pouze na jedince, ale zasahuje celou společnost. Stárnutí a stáří je fenomén, který zajímal filozofy a vědce od dávných věků. Má velký význam i současné moderní společnosti a je stále diskutovanějším tématem. Postoje ke stáří jsou formovány samotnou společností, v rovině politické, právní, vzdělávací, zdravotní a sociální. Stále se můžeme setkávat s projevy a snahou vytlačit seniory na jakýsi okraj společnosti, znevýhodnit je na trhu práce, zlehčování jejich zdravotního stavu, neadekvátního přístupu k nim jako k osobám. Je zjevné, že v současné době nedochází k dostatečné integraci seniorů, podmínky, v kterých žijí nebo jsou nastaveny společností, nedovolují zcela se zapojit do společenských, politických nebo kulturních činností, čímž dochází k řadě společenských problémů a nedorozuměním např. sociální izolaci, pocitu méněcennosti a zhoršení kvality života. Vzhledem k celosvětovému demografickému trendu je důležité věnovat přípravě na stáří a problematice seniorů dostatečnou celospolečenskou pozornost. Je nezbytné pozorovat tuto nemalou část společnosti, analyzovat jejich postoje, názory, potřeby, jejich sebehodnocení a vztahy k okolí a pomoci jim zlepšit jejich kvalitu života.

## **Teoretická část**

### **1. Stáří**

V této kapitole představím termín „stáří“ a možné pohledy na toto téma. Přesná definice tohoto pojmu neexistuje, což je pochopitelné, neboť stáří je obecné označení pozdní fáze lidského života člověka a s tím spojená celá řada biologických, psychických a sociálních změn člověka. Každý z nás stárne prakticky od narození, ale u každého probíhá tento proces „jinak“. Proces stárnutí totiž můžeme označit jako „diskontinuitní“, tedy takový, kdy jedinec v jistém období stárne rychleji a v jiném zase pomaleji (*Haškovcová, 2010*).

Na to poukazuje rčení, že člověk je tak starý, jak se cítí a věk je pouze číslo. V obecném povědomí je za hranici seniorského věku považován šedesátý rok života, ovšem kdy každý z nás vstupuje do tohoto stadia v jiném psychickém, fyzickém mentálním stavu a sociálním rozpoložení (*Mollon, 2013*).

Vznikajícím a postupně se zhoršujícím problémům a nedostatkům přicházejícím s tímto obdobím může senior více či méně aktivně předcházet, nebo je začít kompenzovat. Fyzicky nebo mentálně náročné práce přenechává mladším, nebo si práci rozvrhne do delších časových úseků. Tím, že začne být pomalejší nebo imobilnější, přizpůsobí tomu postupně svůj denní režim, nebo upraví prostor na více bezbariérový. V souvislosti s výše uvedeným můžeme říci, že současní senioři jsou zdravější, soběstačnější a jejich fyzická kondice je vyšší než u seniorů, kteří žili na konci minulého tisíciletí. Každý člověk například může porovnat dnešní seniory s fotografiemi svých babiček a dědečků a jistě uzná, že ti současní vypadají z mnoha úhlů pohledů lépe (*Haškovcová, 2010*).

#### **1.1. Kalendářní věk**

Za nejdůležitější a nejrozšířenější ukazatel toho, jak je kdo starý se považuje kalendářní věk. Tento termín však nic nevyovídá o involučních změnách organismu, je spíše pro administrativní a demografické použití. Za hranici kalendářního věku seniora je považován věk 60, resp. 65 let. Kalendářní věk je periodizován dle WHO na 3 základní části:

- a) 60 – 74 let : rané stáří
- b) 75 – 89 let : vlastní stáří
- c) 90 a více let : období dlouhověkosti



V současné době se díky zlepšení funkčního stavu seniorů častěji uvádí definice kalendářního věku následovně: (Příbyl, 2015)

- a) 65 – 74 let : mladší senioři
- b) 75 – 84 let : starší senioři
- c) 85 let a více : velmi staří senioři

Na kalendářní věk úzce navazuje věk biologický, někdy označován jako biologické stáří. Toto označení již bere v potaz také biologické změny, které v organismu nastávají po dosažení vyššího kalendářního věku.

## 1.2. Biologické stáří

Biologické stáří lze stručně popsat, jako úroveň tzv. involučních změn a poklesem potenciálu zdraví. Jde o neodvratitelné biologické změny nebo genové exprese, předpovídající zvýšené riziko nemocí, funkčních deficitů, úmrtí. Biologické stáří nelze stanovit, neexistují totiž přesná kritéria pro jeho stanovení. Jednotlivé orgánové soustavy zřejmě nestárnou stejně rychle, konkrétní orgány stárnou rozdílným způsobem. Procesy stárnutí jsou navázány na chorobné změny organismu. Mezi vnější příznaky biologického stáří patří pokles výkonnosti, pokles míry funkčního zdraví, změny držení těla a postoje, chůze, viditelné změny na pokožce (vrásky), změny v chování. Mezi subjektivní vnímání biologického stáří patří snížení výkonnosti a životní perspektivy, snížení zájmu o okolí, vnímaná únava (Příbyl, 2015).

Vnější tělesné změny se týkají všech orgánových soustav, dochází k poklesu funkčnosti, změnám metabolismu a snižuje se schopnost adaptace na zátěže. Míru fyziologických změn můžeme do určité míry ovlivnit, a to především zdravou životosprávou (kvalitní a pestrou stravou, adekvátními fyzickými aktivitami). Do biologického stárnutí patří i tzv. patologické stárnutí, jehož průběh jedinec nemůže ovlivnit, neboť se jedná o postupující sníženou schopnost dělení buněk, nastupujícími změnami tkání a s tím spojené zdravotní problémy.

## 1.3. Psychické stáří

Tento typ stáří je charakterizován proměnou kognitivních funkcí, změnou osobnostních rysů a schopností, přijmout novou životní roli. Do psychického stáří musíme zahrnout mentální a emoční složky osobnosti, které se nemalou měrou podílejí na úrovni psychického stáří. Také zde platí, že lze tento stav ovlivnit zdravým životním stylem např. psychickou aktivitou,

pozitivním myšlením a přijetím sebe sama v roli seniora. U stárnoucího jedince je z psychologického pohledu důležité, aby přijal konstruktivně fakt svého stáří, bral tento stav jako ten, který se týká každého jedince. Pasivita jedince naznačuje budoucí závislost a nepřátelský přístup a „mrzutost“ mohou vyústit u seniora v pozdější nezájem okolí a jeho vyčlenění do ústraní a izolace. Rizikem depresí a možnými sklony k sebevraždám jsou ohroženi starší lidé, kteří mají určitý sebenepřátelský postoj, tzv. „nemají se rádi“ (Muhlpachr, 2001).

#### **1.4. Sociální stáří**

Sociální typ stárnutí v sobě zahrnuje začlenění stárnoucí osoby do společenského života. Týká se postoje seniora k okolí, ale také naopak, postojů okolí, vůči stárnoucímu jedinci. V průběhu stárnutí totiž dochází ke změně společenských vztahů jak v rodině, tak v širokém okolí. Do rodiny stárnoucího seniora promlouvá následující generace, vnoučata, také stárnoucí partner nebo sourozenci. Ze širšího okolí jedince mají na sociální stárnutí vliv vrstevníci, přátelé a bývalí spolupracovníci. Velmi zajímavým prvkem v pohledu na sociální stáří jedince je jeho vztah s přáteli a kolegy ze zaměstnání, neboť společné vzpomínky, zážitky a zkušenosti posilují integraci seniora v sociální skupině.

Nemalým zásahem do sociálního stárnutí může být změna místa bydliště, ať už z důvodů uvolnění současného bydlení pro mladší generaci nebo třeba z důvodu úmrtí partnera. Tyto události představují v životě seniora velkou psychosociální zátěž, neboť stárnoucí osoba má ráda blízkost svých nejbližších. Důležitým zdrojem podpory seniora stále zůstává dobrá síť sociálních kontaktů, v ideálním případě je to rodina podpořená skupinou vrstevníků a přátel, se společnými zájmy. Pokud senior funkční rodinu nemá, měl by dle svých možností aktivně pracovat na vytvoření vhodných sociálních kontaktů a nalezení smysluplné činnosti a smyslu života vůbec.

Zajímavým prvkem v sociální oblasti seniora může tvořit spirituální rovina. U řady stárnoucích osob se příklon ke spiritualitě a religiozitě zvyšuje. Pro seniory je právě společenství v církvi příležitostí k sociálnímu kontaktu a sdílení aktivit. Díky pravidelným bohoslužbám je senior nucen zahájit jisté „rituály“ ve svém chování, např. starat se o svůj vzhled a vést v patnosti termíny dalšího setkání s komunitou. Řada autorů (např. Suchomelová, Péče o duchovní rozvoj ve stáří jako součást vzdělávání seniorů, 2013,2016) uvádí, že víra má u seniora pozitivní vliv na jeho přijímání stáří a vyrovnání se s jeho úskalími. S přibývajícím věkem senioři mění i svůj přístup ke spiritualitě, právě v náboženském pojetí zde vystupuje pocit

větší blízkosti s Bohem a smíření se smrtí. Víra se pak stává podstatnou součástí jeho života a může být v řadě životních situací nápomocná (*Muhlpachr, 2001*).

Na závěr této kapitoly můžeme konstatovat, že každý člověk může významnou měrou přispět svým vlastním přístupem k tomu, zda svůj seniorský věk prožije spokojeně a plnohodnotně. Ideální je, pokud plynule naváže na uvědomělý, aktivní a pozitivní celoživotní přístup k sobě, svému zdraví i okolí, oproštěn od škodlivých návyků jako je konzumace alkoholu, nadužívání léků nebo kouření. To každému z nás pomůže dosáhnout lepší kvality života a dožití vyššího věku. V důsledku zvyšující se úrovně a dostupnosti lékařské péče a vybavení se zvyšuje průměrná délka lidského života, ale diskutabilní je jeho kvalita (*Muhlpachr, 2001*).

## 2. Senior

Pojem senior není v odborné literatuře jednoznačně vymezen, ale je používán jako synonymum pro starého člověka, lépe řečeno pro osobu, která pobírá starobní důchod. Mnoho autorů se zabývalo definicí tohoto pojmu, není to však z mnoha důvodů jednoduché, proto se tento pojem považuje za emocionálně neutrální a je obecným označením pro člověka, který prožívá období sénia (od 60-ti let výše). Termín senior v podstatě eliminoval dříve běžný výraz důchodce nebo penzista, což je dnes označení zavádějící, neboť označovalo člověka mající nárok na státní finanční podporu ve stáří-penzi. Díky současné zvýšené věkové hranici pro odchod do důchodu je však stále část seniorů ekonomicky aktivní a pracující a proti tomu společensky nekorektnímu označení by protestovala. Termín senior je tedy spíše odborný a ekonomický termín, který však nezohledňuje fyzickou ani psychickou strukturu a stav osobnosti ani jeho ekonomickou aktivitu.

Osobně se přikláním ke konstatování, že seniorem je každý jedinec, který dosáhl úctyhodného věku a je považován většinou společností za zkušenějšího. U jedinců, kteří dosáhli určitého věku je žádoucí brát v úvahu, v jaké je jedinec kondici biologické, sociální a psychologické (*Muhlpachr, 2001; Špatenková, 2015*).

### 2.1. Kvalita života u seniorů

Kvalita života je základním předpokladem pro dobrou psychosociální adaptaci seniorů. Z tohoto důvodu je potřeba věnovat kvalitě života náležitou a nemalou pozornost, jedná se o velmi důležitý společenský prvek. Kvalita života seniorů je průsečíkem nejen jejich zdraví, ale také jejich prožitky. To, že někdo trpí onemocněním nebo má vyšší věk, ještě neznamená, že má prožívat nízkou kvalitu svého života.

Při hodnocení kvality života ve stáří se nemůžeme zaměřovat pouze na „tabulkové“ diagnózy, na střední délku života v rozvinuté společnosti nebo na předpokládanou dobu dožití, ale je třeba se zaměřit a zhodnocovat psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského života. U všech lidí se na kvalitě života podílí hlavně úroveň osobní pohody, sebeobsluhy a mobility. Osobní pohoda totiž velmi ovlivňuje vývoj života jedince. Osobní pohoda se skládá u každého jedince ze dvou základních složek – z pohody psychické a z pohody sociální. Do složky psychické pohody zahrnujeme většinou sebeakceptaci, osobní růst, začlenění do života, samostatnost a vztahy s druhými lidmi. Sociální pohoda je založena na sociálním přijetí, spoluúčast na společenském dění, sociální integrace. Vzhledem k faktu, že senioři bývají více

psychicky nestabilní, může toto vést i k nestabilitě sociální. V roce 2004 autoři Bond a Corner přepracovali již dříve používaný systém hodnocení kvality života a vytyčili osm základních dimenzí pro hodnocení kvality života u seniorů:

- a) subjektivní spokojenost – subjektivní hodnocení celkové kvality života
  - b) enviromentální faktory – faktory bydlení, vybavenost domácnosti, kvalita služeb a dostupnost obchodů, veřejné dopravy a volnočasových aktivit
  - c) sociální faktory – rodinná a sociální síť, využívání sociálních služeb
  - d) socioekonomické faktory – především příjmy a celková životní úroveň seniora
  - e) kulturní faktory – věk, pohlaví a také etnické a náboženské zázemí
  - f) zdravotní stav – fyzické a duševní zdraví
  - g) osobní faktory – psychická pohoda, morálka, životní spokojenost, štěstí
  - h) autonomie – schopnost volby, kontroly a ovládání vlastního prostředí
- (Ptáčková, Ptáček, 2021).

### **2.1.1. Pohled na zdraví a nemoc ve stáří**

Během stárnutí dochází u každého jedince, jak bylo uvedeno v předcházející kapitole ke změnám v oblasti biologické, psychické a sociální. Stáří není synonymem pro nemoc, ale je to proces, který je doprovázen různými onemocněními. A právě u seniorů se nemocnost vyskytuje častěji, mnohdy v závažnějších projevech než u lidí mladších. S přibývajícím věkem si tak senioři uvědomují nejen hodnotu zdraví, ale také její praktickou formu, jako je třeba schopnost sebeobsluhy, soběstačnost a nezávislost. U seniorů se můžeme setkat v podstatě s dvěma pohledy na vlastní zdraví, a to ten, při kterém své problémy zlehčují, svůj zdravotní stav považují za dobrý a nebo s pohledem, kdy se začínají více litovat, jsou na sebe hodně opatrní nebo jsou příliš přecitlivělí. Faktem zůstává, že výskyt chronických onemocnění se zvyšuje, u seniora se začíná vyskytovat tzv. polymorbidita (odborné označení stavu, kdy se u jedince vyskytuje větší počet onemocnění). Tato polymorbidita může být doprovázena atypickým průběhem onemocnění nebo nestandardním průběhem. To vše je doprovázeno sníženou kondicí jedince a poruchou výživy (Ondrušová, 2011).

Orgány seniorů vykazují fyziologický pokles výkonosti, nastává úbytek svalové a kostní hmoty, právě v důsledku horší malnutrice a nižší fyzické aktivity. Vytrvalost, svalová síla, koordinace pohybů, imunita se snižuje, stejně jako běžná denní činnost. Nemocí a handicapů je ve stáří celá řada. Platí také fakt, že nemocemi, kterými trpěla osoba v dospělosti (popř. v mládí, se ve stáří projevují daleko intenzivněji).

Z pohledu medicíny můžeme vysledovat, že se řada klinických oborů více geriatrizuje, vzniká oborová geriatrie. Je to na základě skutečnosti, že sice se prodlužuje střední délka života, na druhou stranu se však díky tomu déle setkáváme s projevy různých nemocí. U seniorů vyššího věku se tak více setkáváme se ztrátou soběstačnosti, růstem závislosti na okolí, ztrácí se reakce nad rychlým a úspěšným řešením problémů. Každý člověk je jedinečný, stejně tak jsou individuální a jedinečné projevy seniorských onemocnění. Společným jmenovatelem je snižující se schopnost na tyto přicházející problémy rychle reagovat. Základem léčby a pomoci seniorům v jejich nemoci je stanovení příčin onemocnění, zhodnocení možných rizik a naopak stanovení priorit nejen pro léčbu, ale pro snížení následků přicházejících onemocnění a handicapů (Kalvach, 2008).

### **2.1.2. Psychosociální adaptace seniorů**

Adaptace je schopnost přizpůsobit se změnám a reagovat na ně. Součástí tohoto procesu je zkušenost, naučené postupy, představy, očekávání, povaha jedince. Avšak nereálné představy v procesu adaptace mohou způsobit složitý a těžký adaptační problém. A právě v období adaptace na stáří převládají u seniorů různé představy, stereotypy o rolích, chování, nárocích a právech seniora. Z pohledu gerontologie jde o dva protichůdné koncepty: humanistický zdůrazňuje nezpochybnitelnou hodnotu lidského bytí a význam existence každého člověka, jeho důstojnost, seberealizaci. Druhý koncept je více ekonomický, nazývá se eusociální a ten považuje člověka za dílčí prvek vyšší společnosti, jehož prospěchu jsou zájmy jedince podřízeny (Ptáčková, Ptáček, 2021).

Jde o druh bioekonomického pohledu, který nemusí být každému jedinci, seniorovi, příjemný. Z tohoto pohledu totiž s poklesem produktivity klesá i hodnota jedince a jde u něho pouze o základní biologické potřeby. Kvalita jeho života není příliš významná, vynakládá se více prostředků na jeho zdraví a léčení.

Adaptace seniora probíhá ve třech úrovních. První úroveň je adaptace biologická, pokles zdatnosti, úbytek sil a výkonosti. Sociální adaptace je charakterizována penzionováním a změnou společenského statusu, stereotypizací nebo projevy věkové diskriminace. Třetí úroveň adaptace je psychická, ve které dochází ke konfliktu „já“ se současným „já“, na prožívání věkových a chorobných změn. Vědecká zkoumání adaptace seniora poukazují na výraznou různorodost, heterogenitu, v procesech adaptace. Klíčová role zůstává na jedinci a jeho osobnosti. Dnes se můžeme poměrně často setkat s pracujícím seniorem, kterému je i přes 65 let a adaptace u těchto jedinců probíhá poměrně dobře, jejich zařazení do pracovního procesu

je pozvolné, ale kontinuální. Ve společnosti se totiž spíše můžeme setkat s jistým úkazem; větším problémem, než adaptace lidí na změny poměrů je určitý způsob adaptace společnosti na změny lidí, jednotlivců. Vyplývá z toho, že adaptace na změny zdravotní a biologické nejsou tak zásadní, jako změny na úrovni psychické a sociální. Adaptace na sociální stáří bývá u seniorů horší než adaptace na biologické změny. Pro seniora není tak zásadní jeho zdravotní stav, ale daleko více vnímá sociální segregaci, omezení, diskriminaci a vyčleňování. Z humanistického pohledu na adaptaci seniorů nehraje věk příliš zásadní roli, přestává být klíčovým faktorem, je nahrazován funkčním a zdravotním stavem, způsobilostí k jednotlivým úkonům. Do popředí se dostávají znalosti, motivace a funkční způsobilosti. Adaptace seniorů by se měla zaměřit více na jejich existenciální podstatu, nikoli na věkovou, vyjádřenou číslem. Z poslední doby jsme mohli pozorovat, že dochází i ke změnám v pracovních činnostech, které se i u seniorů mohou přesunout do domácího prostředí, nové technologie umožňují vykonávat řadu pracovních činností z pohodlí domácího prostředí, díky on-line možnostem.

Významným mezníkem pro dobrou adaptaci seniorů na stáří se stává koncept z roku 1987, který publikoval John W. Rowe a Robert L. Kahn, koncept „úspěšného stárnutí“. Tento koncept byl přijat v roce 1997 WHO. Normou se může stát zdravé aktivní stáří, které klade důraz na potlačení chorob, zachovává tělesné a kognitivní zdatnosti a co nejdéle setrvalou angažovanost v sociálních a jiných strukturách (*Ptáčková, Ptáček, 2021*).

Kromě již zmíněných adaptací na úrovni sociální, fyzické a psychické je také důležitá příprava a adaptace v úrovni časové. Tuto problematiku velmi dobře popsala prof. Haškovcová. Ta rozděluje optimální adaptaci na stáří do třech časových úseků – dlouhodobou (celoživotní), střednědobou a krátkodobou (*Ptáčková, Ptáček, 2021*).

Dlouhodobá příprava by měla být součástí různých výchovných a vzdělávacích programů od útlého věku. Pokud jedinec dostává srozumitelné a svému věku odpovídající informace, dá se předpokládat, že bude ke svému stáří přistupovat zodpovědně a proces psychosociální adaptace bude probíhat velmi dobře. Střednědobá příprava na stáří by měla začít kolem 55. roku života. V této fázi by měl člověk již rekapitulovat a přemýšlet o své další životní fázi. Měl by mít jistotu ve své finanční oblasti, znát zásady správného životního stylu a přemýšlet o smysluplném využívání a plánování volného času.

Krátkodobá příprava a adaptace na stáří začíná nejpozději tři roky před odchodem z aktivního ekonomického života. Je vhodné zvážit stav svého bydlení, zaměřit se na případnou bezbariérovost, co možná nejlepší dostupnost lékařské péče, umístění obchodů s potravinami a také sociální prostředí, možnosti volnočasových aktivit a přítomnost různých organizací a spolků pro seniory (*Ptáčková, Ptáček, 2021*).

Kromě již zmíněné profesorky Haškovcové se problematikou psychosociální adaptace zabýval prof. Švancara, který uvádí koncept „pěti pé“. Tento koncept nabízí možnosti optimální adaptace na stáří.

Koncept zmiňuje životní perspektivu, jehož cílem je schopnost seniora zaměřit svoji pozornost na budoucnost a stanovení reálných a dosažitelných cílů. Pružnost jako adaptační prvek je zaměřen na vnímání, myšlení a prožívání. Tento prvek zaměřuje svoji pozornost na schopnost seniora přizpůsobovat se prostředí, nebát se nových věcí, měnit své zvyklosti, navazovat nové sociální kontakty.

Třetím prvkem pro dobrou adaptaci je prozíravost, která by měla být využívána v každodenním životě. Senior by se měl poučit z chyb, předvídat do určité míry situace, které mohou nastat a pomáhat při řešení různých problémů. Dobře adaptovaný senior by měl být schopen se vcítit do druhých osob, snažit se pochopit pohnutky k jejich jednání a porozumět jejich potřebám. Při komunikaci s mladší generací může senior narážet na jisté nepochopení a rozdílnost názorů. Poslední bod autor zmiňuje jako dobrý adaptační prvek potěšení. Ani ve stáří by člověk neměl zapomínat na radosti a potěšení. Jedná se o individuální koncept, který ovšem významně přispívá k optimalizaci adaptace na stáří. Radost ze života a potěšení výrazně zvyšují spokojenost ve stáří (*Ptáčková, Ptáček, 2021*).

### **2.1.3. Důsledky stárnutí**

Stárnutí je proces, který má mnoho důsledků jak pro jedince samotného, tak pro společnost. Důsledky stárnutí můžeme rozdělit do čtyř základních kategorií, přičemž je každá charakterizovaná něčím specifickým. Jedná se o důsledky ekonomické, sociálně-zdravotní, psychosociální a osobní.

- a) Ekonomické důsledky stárnutí se týkají všeho obyvatelstva společnosti. Ekonomika aktivních členů musí vyprodukovat tolik, aby byly uspokojeny potřeby jak neseniorských členů společnosti, tak samozřejmě těch aktivních, kteří vytvářejí ekonomický základ společnosti. Pro jedince je totiž důležité mít zajištěné finanční prostředky pro udržení slušné životní úrovně právě pro svoji důstojnost.
- b) Zdravotně sociální důsledky stárnutí se zabývají vyšší nemocností starší generace a z toho vyplývající vyšší náročnost pro zdravotní a sociální systém. Seniorská generace více využívá ambulantní a nemocniční systém, senioři bývají déle a častěji



nemocní. Důsledek nemocnosti bývá zhoršená fyzická kondice seniora, snížení soběstačnosti a s tím spojená závislost seniora na okolí. Zhoršení stávajícího onemocnění patří také mezi hlavní rizikové faktory zdravotních důsledků stárnutí.

- c) Psychosociální důsledky stárnutí jsou způsobeny nejčastěji změnou postavení seniora v rodině nebo změnou způsobu bydlení. Způsob života se v posledních desetiletích velmi změnil a senioři musí i na tuto změnu reagovat. Pro snížení negativních psychosociálních důsledků stárnutí je dobré, pokud jsou senioři dostatečně sociálně integrováni do společnosti, naslouchá se jejich požadavkům a potřebám. Nově vznikající projekt ve společnosti jsou zaměřené na mezigenerační soužití, na vytváření dobré společenské atmosféry s úctou ke starší populaci a její rodině.
- d) Osobní důsledky stárnutí se dají popsat jako životní problémy seniorů. Mezi nepříznivé osobní důsledky stárnutí patří již zmíněný zhoršující se zdravotní stav a fyzická kondice, nemoci partnera nebo jeho úmrtí. Velmi často to znamená pro seniora nutnou změnu životního stylu, zvýšené potřeby pomoci od okolí, včetně pomoci finanční. Mezi nejdůležitější faktory patří zajištění dostatečně dobrého a vhodného bydlení, s ohledem na možný, zhoršující se stav (možnost výtahu ve vyšších budovách nebo bezprahové domácnosti), dále dobrá dostupnost služeb a možnost příjemného trávení volného času, např. parky, seniorská centra (*Muhlpachr, 2001*).

#### **2.1.4. Smysluplnost života seniorů**

Smysluplnost života má nezastupitelnou roli v celoživotním vývoji osoby. Důležitým úkolem seniorů je dosažení určitého stupně integrity, jako obrana proti beznaději a zoufalství. Životní integrita, jednotnost, jsou důležité pro pocit naplnění a pochopení smyslu prožitého života, vyrovnání se s minulostí a potvrzení vlastní životní cesty. Nejistota a zoufalství může být způsobena právě tím, že se senior špatně vyrovnal se svým dosavadním životem a nastupující budoucnost přijímá s obavami. V. E. Frankl jednou řekl, že: *“Kdo pocítuje svůj život jako bezsmyslný, ten je nejen nešťastný, ale také stěží schopn života“* (V. E. Frankl, *Vůle ke smyslu*, str. 21); (*Muhlpachr, 2001*).

Schopnost adaptability se u seniorů postupem času snižuje, ale zároveň se jejich osoby musí vyrovnat s novými, konkrétními existenciálními otázkami. Schopnost vnímat svůj život jako pozitivní a smysluplný dává seniorům dobrý základ k prožití spokojeného a vyrovnaného stáří. Smysluplnost života a jeho uvědomění si má zásadní význam pro kvalitu seniorského života. Pro zdraví člověka v každém věku je nesmírně důležité, aby si uvědomoval správnost

svého konání, své činy a události považoval za dobré a správné. Smysluplnost dosavadního života hraje u seniorů velmi důležitou roli pro psychické a fyzické zdraví. Zdravotní stav, špatnou soběstačnost lze u seniorů velmi pomalu a těžko ovlivnit, deprese a pesimismus lze velmi účinně ovlivňovat a zlepšovat. Podle individuálního života seniora lze pomáhat při hledání dobrých a pozitivních okamžiků v životě, které slouží k podstatnému zlepšení psychického stavu. A právě smysluplností a psychickou pohodou seniorů se v druhé polovině 20. století nejvíce zabýval lékař Viktor Emanuel Frankl. Podle jeho výzkumů a teorií realizuje smysluplný život člověk v každé životní situaci. Žít smysluplně znamená dělat vše tak, aby výsledek našeho jednání byl hodnotný. V. E. Frankl ve svých teoriích hodně zdůrazňoval duchovní stránku člověka, který touží ve své podstatě žít smysluplně, zároveň svobodně a zodpovědně. Na základě jeho výzkumů a teorií vznikla metoda zvaná logoterapie. Tato metoda je založena na odhalení a realizaci zdrojů, která pomáhají nacházet smysluplnost žití v řadě životních situací. Metoda je hodně orientovaná na úkoly a povinnosti, které člověk v životě má, zároveň ruší zaměření na svoji osobnost, ale poukazuje na sebe přesah a sebe odstup jedince. Za velmi podstatné je přijetí minulosti, zaměření do budoucnosti a motivace člověka aktivně utvářet svůj současný život (*Ondrušová, 2019*).

Autorka také zdůrazňuje důležitost optimismu minulosti, který spočívá v hledání a zdůrazňování všeho pěkného a povedeného v životě člověka, stavět na dobrých hodnotách, které se člověku osvědčily. Součástí logoterapie je podpora při vyrovnávání se s tzv. nepřízní osudu, dále se metoda zabývá a rozpracovává otázky bez smyslnosti, prázdnoty, utrpení viny a vyrovnání se se smrtí. Logoterapie výrazně posiluje schopnost pracovat, milovat, snášet útrapy, a přesto se radovat ze života. V této souvislosti V. E. Frankl zavedl další termín do psychosociálního pohledu na seniory, tzv. lékařskou péči o duši. Pokračovatelka dr. V. E. Frankla, E. Lukasová charakterizuje logoterapii jako „zdravý způsob žití“, který je stále rozšiřován a propracováván (*Ondrušová, 2019*).

Vnímat svůj život jako smysluplný pomůže seniorům vyrovnat se s involučními procesy stárnutí. Z výsledků výzkumů, které uvádí Ondrušová (2017, s. 130), je zřejmé, že na to, jak smysluplně senioři prožívají svůj život, mají vliv následující faktory:

- a) dobrý zdravotní stav
- b) vztah k druhým
- c) potěšení v životě
- d) kultivování duchovní složky života a religiozita
- e) konstruktivní reminiscence
- f) udržování optimismu a naděje do budoucna

- g) tvořivost
- h) prospěšnost a užitečnost
- i) služby druhým, sebezpřesah.

Aby byl život seniora smysluplný, je dobré věnovat starému člověku konkrétní pozornost a podle možností jej také motivovat. Mezi smysluplné naplňování času patří realizace tvůrčích a zážitkových hodnot, mezi které jistě patří zvládnutí péče o domácnost, o blízkého člověka, zajištění každodenních potřeb, ale také podílení se na společenském dění, na různých aktivizačních programech a v neposlední řadě na sebevzdělávání, na vlastní edukaci (Ondrušová, 2017).

### **2.1.5. Senior a jeho adaptace na stáří**

Stáří je obdobím bilancování a zhodnocení dosavadního života, se vším pozitivním i negativním, co člověka v životě potkalo. Moderním společností se daří poměrně dobře snižovat nemocnost a prodlužovat tak zdraví v období senia. Z mnoha důvodů se však nemůže podařit zastavit stárnutí zcela, a tak by měla také moderní společnost přistupovat k seniorům a jejich zdravotnímu stavu s pochopením a podporovat co možná nejdelší seniorskou aktivitu a smysluplnost. Involuční změny v pozdní fázi života přicházejí každému člověku, jejich dynamika a povaha odpovídají dosavadnímu životu a mají mnoho vlivů. Na seniora je vyvíjen určitý tlak, kdy je nucen se poměrně rychle adaptovat na nové podmínky stáří, ale jeho zdravotní stav není většinou schopný rychle nebo vůbec na změny reagovat.

Kvalita zdravotního stavu je dosti zásadním faktorem pro funkční kapacitu zvládnutí seniorského období. Události v sociálním prostředí (odchod do důchodu, ztráta partnera, úmrtí vrstevníků apod.) jsou lépe zvladatelné, pokud senior nemusí řešit příliš zásadně svůj zdravotní stav. Míra jeho odolnosti je vyšší a můžeme hovořit o úspěšném stárnutí a zdravém aktivním stáří. Jeden z významných autorů, R. Čevela, rozlišuje tři typy stárnutí:

- a) stárnutí úspěšné a aktivní
- b) stárnutí obvyklé
- c) stárnutí patologické

S přibývajícím věkem narůstá počet seniorů, kteří mohou být, nebo již jsou zdravotně znevýhodněni. Jedinec je tak vystaven zhoršené schopnosti adaptace, nedostatečné pocitu naplnění, spokojenosti, možnosti seberealizace a podílení se na dění ve svém okolí. Stav pak

pokračuje sníženou soběstačností, která vede k rezignaci a sociální izolaci. Úspěšné a zdravotně dobře zvládatelné období stáří by mělo být zaměřeno na prevenci onemocnění a zranění, zvyšování kondice seniorů účelnými a cílenými programy, podpora zdravého životního stylu a působení na vlivy prostředí, které mohou seniorovi více pomoci (snížení různých znevýhodňujících situací v okolí seniora, např. bezbariérové přístupy nebo specializovaní pracovníci na různých úřadech). Seniorská problematika by měla být zaměřena na individuální lidské hodnoty a potřeby, smysluplnost jejich naplňování, a to vše s ohledem na aktuální zdravotní stav. Úroveň zdraví může také výrazně zvyšovat riziko tzv. maladaptace na stáří. Syndrom maladaptace se může rozvíjet pomalu, postupně a jedná se o reakci na dlouhodobé působení stresorů ve stáří, jako je nedostatek finančních prostředků, nedostatek sociálního kontaktu, ztráta společenské prestiže, osamělost nebo ztráta soběstačnosti. Dochází tak postupně k rezignaci na existenční nároky. Projevy mohou být velmi různé, můžeme se u seniorů setkat se somatickými problémy např. zvýšeným krevním tlakem, bolestivostí nebo s projevy psychickými. Tím jsou myšleny různé úrovně ztráty zájmu o okolí, úzkostné stavy a apatie. K sociálním projevům maladaptace počítáme osamělost, zanedbanost a pokles životní úrovně. A právě úroveň adaptace na přicházející stáří předznamenává výslednou kvalitu života seniora. Čím dříve si stárnoucí člověk začne uvědomovat následující období, připraví se na řadu skutečností, které nastanou, o to lépe bude adaptován na seniorské období. Snížená kvalita zdraví již sama o sobě zvyšuje riziko skutečnosti, že senior přestane být aktivní, stane se více pohodlný, neaktivní a ztrácí smysl života. Senioři oslabeni horším zdravím a vyšší nesoběstačností nejsou schopni naplňovat svá předsevzetí, uchylují se k letargii a apatii. Úroveň adaptace do značné míry určuje výslednou kvalitu života seniora, ale také s přihlédnutím na individuální vnímání spokojenosti a objektivně měřitelné hodnoty zdravotního stavu seniora. Někteří z autorů (např. Čevela, Sociální gerontologie) používají termín funkční zdraví, který velmi objektivně hodnotí potenciál seniora. Úroveň funkčního zdraví předznamenává, jak bude senior naplňovat své další období života, jak bude schopen uspokojovat své potřeby, důstojnost a nezávislost, jak se bude realizovat a jak se bude podílet na smysluplnosti svého života. V závěru této kapitoly mohu ještě zmínit jednu zajímavou skutečnost z literatury. Na úroveň adaptace má vliv i pohlaví seniora. Ženy se statisticky sice dožívají vyššího věku než muži, ale paradoxně jsou právě tímto faktem značně handicapovány ve schopnosti dobré adaptace. Ženy jsou totiž vystaveny vyššímu sociálnímu ohrožení, tudíž většímu nároku na schopnost adaptability. Ženy dříve ovdoví a sníží se tak významný faktor dobré adaptability na vyšší věk, sníží se ekonomický příjem ženy, zvláště, je-li její vzdělání nižší, než bylo vzdělání partnera (Tomeš, 2017).

### 2.1.6. Fyzické, psychické a sociální změny v seniorském věku

Stárnutí je přirozený fyziologický proces pro všechny živé organismy. Celá řada změn postihuje organismus a má různé projevy. Z pohledu fyzických změn, které mají vliv na vzdělávání seniorů se projevuje snížená fyzická zdatnost (projevem může být neochota docházet, či dojíždět do místa vzdělávání), zhoršená kvalita zraku a sluchu, v neposlední řadě rychlejší nástup únavy, který může snižovat vnímání nějakého vzdělávání. Zpomalují se psychomotorické reakce, prodlužuje se reakční doba na nějaké podněty, způsobeno změnami v centrálním nervovém systému. Při současné formě vzdělávání, která většinou probíhá za pomoci počítačů, internetu a třeba dálkových připojení jsou psychomotorické reakce velmi podstatné. Psaní na počítači, nebo ovládání tabletu či mobilního telefonu může být zpomalené, a to zpětně přináší seniorovi nervozitu do jeho psychického stavu.

U seniorů se pomalu zhoršuje paměť a pozornost, mechanická paměť zaostává za logickou. Díky věku jsou senioři schopni řadu věcí logicky pochopit, ale se sníženou úrovní paměti se jim hůře využívá mechanická paměť (Špatenková, 2015).

Paměť seniorů můžeme rozdělit do dvou skupin, na tzv. novopaměť a staropaměť. Novopaměť slouží k zapamatování si nových informací, a to již nejde tak dobře, jako používání staropaměti, což je používání a využívání paměti se starším obsahem. Je již dlouho známou pravdou, že aktivní duševní činností lze paměť trénovat. Na tuto skutečnost upozorňoval a při svém působení v pedagogice dbal i J. A. Komenský, k jehož myšlenkám patří i tato: „Nenechávej paměť odpočívat. Není nic jiného, co by se tak radovalo a rostlo z práce, jako paměť. Svěřuj ji každý den něco; čím více ji budeš svěřovat, tím věrněji bude vše strážiti“ (Špatenková, 2015).

Tato vyřčená slova J. A. Komenským umí pojmenovat i dnešní psychologie, a to v tzv. teorii nepoužívání. Teorie je založena na předpokladu, že zhoršování některých schopností je možno přičíst stavu jejich zanedbávání. Tato nečinnost v konečném důsledku může vést k úbytku, nebo ke ztrátě funkčnosti. Přerušené nebo ukončené edukační aktivity seniorů tak mohou vést k pocitu tzv. zapomínání, které je obecně společností akceptováno a málokdo se nad tímto stavem začne zamýšlet.

S přibývajícím věkem také klesá rozsah pozornosti a její přenášení. Ani vnímání se ve vyšším věku nezlepšuje. Díky snížené funkčnosti smyslových orgánů je snížena i vnímavost a řada seniorů se spíše opírá o své mnohaleté zkušenosti než o určitý stupeň vnímání. Nedá se však zcela s jistotou tvrdit, že s přibývajícím věkem se snižuje i úroveň inteligence. Pokles

intelektové výkonnosti není rovnoměrný, některé schopnosti se snižují rychleji, jiné pomaleji a méně viditelně. Některé výzkumy (z let 2010 a 2014) upozorňují také na úbytek kreativity, fantazie, asociačního myšlení. Výzkumy naznačují, že je to důsledkem zhoršené funkce mozku, konkrétně pravé mozkové hemisféry (Špatenková, 2015).

Psychické změny v průběhu stárnutí nejsou izolovaným jevem, jde o postupný proces. Je poměrně těžké odlišit, zda se jedná o poruchy involuční, dané fyzickým stárnutím organismu nebo psychické změny, doprovázející přibývajícím věkem. Jedná se o postupné proměny kognitivních funkcí, které nebývají rovnoměrné a jsou ve většině případů velmi individuální. Mezi nejvýraznější psychologické aspekty patří zpomalení psychomotorického tempa, zhoršování koncentrace, pozornosti a paměti. Se souvisejícími změnami mohou přicházet hodnotové změny nebo změny v postojích k druhým lidem. Psychické a emoční prožívání není u všech seniorů stejné a nemusí být zcela zjevné, s přibývajícím věkem mohou však nabývat na intenzitě, u seniorů klesá schopnost adaptace na nové a snižuje se zájem o okolí. Každý člověk má jiný individuální osud a s tím také jiné psychické prožívání, každý má i jiné hodnotové nastavení. Velmi důležitým prvkem pro seniory bývá pozitivní pohled do budoucnosti, snažit se najít si pozitivní motivační prvky pro každý den a nezůstávat rigidní v zasetí starých návyků. Senioři, kteří jsou schopni a ochotni změnit své hierarchie hodnot, přizpůsobit své myšlení novým přicházejícím věcem mohou lépe čelit i nastupujícím fyzickým změnám. Porozumění a schopnost pochopit druhé bývá spjata s tolerancí a dobrou náladou, která zase posiluje pocit potěšení a štěstí. K zajímavým psychologickým aspektům stárnoucího člověka, které zmiňuje Křivohlavý ve své publikaci *Psychologie nemoci* je schopnost vyrovnat se s retrospektivním a perspektivním pohledem na život (Ondrušová, 2011).

Pro dobrý psychický stav seniora je opravdu důležité být v kontaktu s lidmi, zajímat se o okolí, důležitá je snaha neustále se něco učit, v neposlední řadě také dbát o svůj zevnějšek, snažit se vypadat dobře a čerpat nové inspirace z dosažených úspěchů. Duševní pohoda seniorů je dynamický stav, kterým je posilována psychická fáze stárnutí. Filozofie stárnoucího člověka by měla být stále zaměřena na snahu „mít pro co žít“. Jedná se o něco, co seniora v myšlenkách posouvá dopředu, nikoli neustále vzpomínat na události a záležitosti, které postupně propadají minulosti. Můžeme se setkat u řady seniorů s jistým fenoménem, přicházejícím se stářím. Jde o postupné ubývání fyzických sil, a naopak k posilování duchovní a intelektové činnosti. Slábně důraz na to, co člověk má, ale naopak se zvyšuje zájem o to, čím ve skutečnosti je. Snahou seniorů by mělo být jisté dosažení rovnosti a získáním moudrosti. Je dobré, když si senioři jsou schopni kladně odpovědět na nelehkou otázku, zda stálo za to žít.

Do psychologického pohledu stárnutí můžeme také zahrnout tzv. pozitivní psychologii, která může pomoci seniorovi vyhnout se stavům, které mohou snížit kvalitu jeho života. Pozitivní psychologie podporuje celkový pocit životní pohody. Jeden z hlavních směrů, který vede k pocitům životní pohody je pro seniora pocit dobrého zdraví. Základním stavebním kamenem pro posílení životní pohody je samozřejmě optimismus. Optimismus patří mezi základní hnací jednotky nejen seniorů, ale obecně všech lidí. Optimismus by však měl být založen na objektivních a seriózních informacích o stavu seniora, nikoli pouze na domněnkách. V takovém případě se hovoří pouze o hnutí pozitivního myšlení, nikoli o optimismu postaveném na objektivních skutečnostech. Optimismus by měl respektovat a následovat charakteristiku člověka, jeho život a zkušenosti. Neměl by však senior spoléhat pouze na optimistický přístup, není všelékem, je pouze podpůrným mechanismem k tomu, aby období stárnutí probíhalo na základě pozitivního pohledu na prožitý život. V závěru psychologické části zabývající se změnami u seniorů mohu ještě zmínit velmi důležitý faktor a tím je spiritualita a religiozita seniorů. V řadě případů se seniorům tyto pojmy promítají jako moudrost, sebezpetí, svědomí, přátelství, láska, ale také pojetí viny, odpuštění, smiřování, vděčnost a smysluplnost. Spiritualitu řada seniorů vnímá jako něco ušlechtilého, je vnímána jako „vyšší zájem“ nebo „mravní hodnota“. Spiritualitu můžeme chápat jako důležitou součást struktury jedince, důležitou součást jádra osobnosti. Lidé chápou spiritualitu jako nejvyšší hranici smyslu života, a právě v době, kdy se přiblíží konec života, tak lidé spiritualitu řadí na nejvyšší míru svého osobního vnímání. Mnoho studií ukazuje, jak důležitou roli religiozita hraje, především v tzv. prosociálních hodnotách (Křivohlavý, 2011).

Spiritualitu můžeme považovat i za velmi důležitý inspirativní prvek, mnoho jedinců a nejen seniorů, ze spirituality čerpá sílu a nachází svůj smysl života. Ale spiritualita má také velmi významný přínos v oblasti zdraví jedince; v celé řadě náboženských příkazů je možno najít mnohá doporučení k posílení a udržení zdraví. Existuje velké množství prací, které prokazují, jakou silou víra působí tam, kde je člověk ohrožen na zdraví, nebo tam kde cítí nepříznivé životní podmínky. Právě komunita věřících může výrazně pomoci jedinci, seniorovi v udržení svého zdraví a životního stylu, neboť zdravá komunita ovlivňuje vnímání zdraví každého člena komunity. Samozřejmě, že spiritualita ovlivňuje psychický stav člověka, jde o to, aby se senior cítil v komunitě dobře a šťastně, prožíval duchovní pohodu, což výrazně posiluje jeho pohodu psychickou. Zvládání obtížných životních situací je daleko jednodušší pro seniory s jistou úrovní spirituální otevřenosti než pro jedince nevěřící. Religiozita dodává jedincům smysluplnost, optimismus a emocionální vyrovnanost (Křivohlavý, 2011).

Sociální kontakty v seniorském období ubývají, jednak z důvodů vlastního sníženého

fyzického fondu, ze snížené fyzické schopnosti vrstevníků, ale také z důvodů snižujícího se zájmu o okolí. Společenské aktivity seniorů jsou z důvodů snižující se fyzické a psychické aktivitě omezenější, bohužel do jejich života začíná promlouvat i smrt kamarádů, kolegů a vrstevníků. Současná doba se více zaměřuje na fyzickou krásu, výkonnost a profesní úroveň, v posledních několika letech se také začínají objevovat důsledky stupňující se rozdílnosti v životních stylech. Sociální kontakty by se měly zaměřovat více na rodinu, kde velkou roli hrají vnoučata. Osobní kontakty seniora se hodně soustředí na vrstevníky, se kterými si rozumí a mohou společně sdílet podobné názory. Dosti často se musí senior vyrovnat se ztrátou určité sociální role, která byla vázána na výkon povolání a profese. Zde se však otvírá možnost v oblasti vzdělávání. Senior se tak může zapojit do jisté sociální role (posluchač vzdělávacího programu), zvýšit si sebevědomí a v neposlední řadě své životní zkušenosti a názory může konzultovat s vrstevníky a předávat je mladší generaci. Také dle prací z počátku milénia Vohralíkové a Rabušice (2004), se postupně seniorský věk stává aktivnějším, roste nezávislost seniorů, roste jejich vzdělání a nároky na životní úroveň. Edukace seniorů v různých vzdělávacích programech tak přispívá k podpoře sociální role, k využívání volného času a obohacování života seniora (Ondrušová, 2011).

### **2.1.7. Životní styl a volný čas seniorů**

Životní styl jedince se vyvíjí od narození po celý život a můžeme do něho zahrnout velké trávení volného času, školní nebo pracovní aktivity, komunikaci, formy bydlení, ale také stolování nebo způsob dopravy. V každé fázi života se životní styl může měnit, přizpůsobovat aktuální situaci, sociální pozici, potřebám a zájmům jedince. Životní styl seniora je do značné míry závislý na jeho zdravotním a duševním stavu, ale také na minulosti, kterou senior prožíval, jak žil, kde pracoval, jaké měl sociální zázemí a jaké byly jeho důležité životní rozhodnutí. Životní styl seniorů již neobsahuje složky pracovních povinností, ale vyskytují se větší míře prvky pro volnočasové aktivity, péče o vnoučata, koníčky a klidnější způsoby trávení volného času. Senior má najednou více volného času, o kterém si rozhoduje do značné míry sám.

Současná generace seniorů (senioři kolem šedesátého roku života) je první, která mění kvalitu svého stáří a životní styl, který byl po několik generací stejný. Současní senioři připouští poměrně jednoduše do svého života počítače a IT techniku, internet a řadu různých elektronických zařízení. Tato generace seniorů snižuje rozdílnost mezi mladou a seniorskou generací, rozdíly, které byly např. před třiceti lety mezi mladou a seniorskou generací se v současné době výrazně snižují.



Průzkumy z nedávné doby (2011) prokazují, že již více jak 40 % seniorů zcela běžně používá počítače a internet. Můžeme však podotknout, že tato generace seniorů byla zvyklá v době středního věku spoléhat pouze na tištěné dokumenty, veškeré vědomosti, které tito senioři načerpali pocházejí z tištěných medií, především pak z knih. Výše zmíněný průzkum prokázal, že senioři kolem roku 2011 trávili asi 0,8 hodiny týdně u počítače, naopak z původních třech hodin věnovaných četbě se čas zkrátil na 2,6 hodiny týdně. V neposlední řadě vidíme i posun v čase, který senior tráví venku. I zde se bohužel prokázalo, že současný senior redukuje pobyt venku, a to o zhruba půl hodinu týdně (oproti roku 2001).

Délka života od počátku 20. století do jeho konce stoupla o plných třicet let, mezi seniory jsou skutečně jedinci, kterým je i přes devadesát let věku (*Sak, 2012*).

Volný čas představuje pro seniora klíčovou kategorií. Volný čas se dá velmi jednoduše charakterizovat jako čas, který jedinec netráví pracovní činností, tedy čas po splnění svých povinností. Jedná se o čas trávený se sebou samým, čas věnovaný koníčkům, přátelům, vnoučatům, rodině, ale také jídlu či spánku. Je to čas, který si jedinec sám volí a který mu přináší radost, potěšení, zábavu nebo odpočinek.

Volný čas má pro seniora řadu funkcí:

- a) zdravotní a regenerační pro obnovu a zachování fyzických a duševních sil
- b) vzdělávací a sebevzdělávací pro rozvoj osobnosti
- c) socializační pro uspokojivou integraci do společnosti

(*Veteška, 2017*).

### 3. Edukace seniorů-geragogika

V úvodu této kapitoly začnu opět teoretickým rozbořem několika základních termínů, které přímo souvisejí s edukací. Původ slova vzdělání „*edukace*“ pochází původně z latinského slova *educare* – „vedení ven“ nebo také „vedení vpřed“. V přeneseném slova smyslu jde o vedení jedince k získávání nějakých zkušeností a znalostí.

Edukace v obecné pedagogice a didaktice se nejčastěji používá jako synonymum pro termín vzdělávání, ve filozofii výchovy znamená tento termín proces celkové výchovy a ve zcela obecné rovině můžeme hovořit o procesu, při které jsou lidé nebo zvířata podrobena nějakému edukačnímu procesu, jinak řečeno, dochází u nich k nějakému druhu učení (*Průcha, Walterová, Mareš, 2003*).

Pojem edukace, v kontextu práce s dospělými a seniory, nahrazuje méně vhodné výrazy výchova nebo vzdělávání. V andragogické praxi zahrnuje tento pojem většinu formálního a neformálního vzdělávání, včetně vzdělávání dospělých. Oblast edukace seniorů je velmi široká a netvoří žádný jednotný systém. Může mít celou řadu charakteristik, může se jednat o neprofesionální všeobecné seniorské vzdělání, kam zařazujeme třeba výuku počítačové gramotnosti, nebo výuku cizích jazyků, ale také to může být inovace odborných znalostí a dovedností, jejímž cílem je udržení nebo rozvoj již dříve získané kvalifikace. Abychom při rozlišování edukace u dospělé populace věděli, s jakou skupinou vzdělávací proces probíhá, je dobré používat pro vzdělávání seniorů termín geragogika (*Klvetová, 2017*).

#### 3.1. Pojem geragogika a její funkce

Jedním z jasných demografických faktorů společnosti je i její stárnutí. Tato skutečnost se promítá do všech oblastí života společnosti, vzdělávání nevyjímaje. Již řadu let nemůžeme vzdělávání jako proces vztahovat pouze na mladší generaci, ale požadavek na celoživotní vzdělávání zahrnuje jak dospělé, tak v posledních desetiletích také čím dál více i seniorskou generaci. Lidé nad 65 let tvoří velmi zajímavou skupinu společnosti, která se postupně zvětšuje a klade své nároky i na proces vzdělávání. Pryč jsou doby, kdy vzdělávání končilo ukončením základní, střední, nebo vysoké školy, současná společnost má tendenci se vzdělávat jak v dospělosti, tak v seniorském věku.

Stárnutí populace bylo ještě v nedávných letech prezentováno jako jistá hrozba, současná společnost však začíná toto období chápat jako určitou výzvu a příležitost. Přináší totiž šance pro vytvoření různých seniorských pracovních míst, ale také rozšíření různých druhů péčí a

pomocí. Senioři se totiž nestávají jen pacienti, klienty, nebo zákazníci, ale také se začínají ve větší míře stávat účastníky vzdělávacího procesu společnosti. Stárnutí je univerzální proces celé společnosti, současní senioři jsou daleko více konfrontováni s rychlým, ekonomicky společenským životem a měnicími se sociálními podmínkami. Proto, aby mohli i ve vyšším věku vést nezávislý a autonomní život, je důležité umožnit seniorům různé formy vzdělávání. A právě touto oblastí života seniorů se zabývá geragogika.

Geragogiku můžeme stručně charakterizovat jako moderní obor, pracující se seniory, zabývající se výchovou ke stáří, ve stáří. Vznik a rozvoj tohoto oboru je závislý na demografických potřebách společnosti, na stárnutí populace a jejím vzdělání.

Poprvé se pojem „geragogika“ objevuje v roce 1952, kdy jej použil Ferdinand Adalbert Kehrer (*Špatenková, 2015*).

A v dalších letech se objevuje koncept zaměřený na vzdělávání starších lidí. V roce 1975 se konal významný gerontologický kongres, na kterém již zaznívaly ve většině názory k nutnosti vzdělávat i starší generaci. Geragogika však není osamocený, nový obor, ale je velmi vhodně začleněna do ostatních pedagogických věd. Můžeme říci, že tato disciplína tvoří jednu ze základů trojúhelníku pedagogických věd a to následovně: pedagogika, navazující andragogika a končící geragogika. Tato věda je logickým pokračováním dvou předcházejících; pedagogika se zaměřuje na vzdělávání dětí a dospívajících, andragogika zahrnuje skupinu dospělé populace, a právě geragogika završuje systém vzdělávání o vzdělávání seniorů. Geragogika jasně podporuje názor, že člověk je schopen se učit ve všech životních etapách, od mládí až po stáří. Definic geragogiky je celá řada, já zde zmíním tu, o které píše Pavel Muhlpachr: „*Geragogika je multidisciplinární teoreticko-empirická disciplína, zaměřená na pomoc, péči a podporu seniorů*“ (*Muhlpachr, 2001*).

Geragogika v sobě zahrnuje prvky enkulturace (podílí se na získávání a rozvíjení kulturních kompetencí u seniorů), optimalizuje sociální pozice, role a výchovu. Posuzujeme-li, k čemu máme vést staršího člověka, je důležité posoudit a zvážit jeho potřeby a možnosti, podmínky, které určují kvalitu života a v neposlední řadě specifika jeho života. Toto posouzení může vzniknout za výrazného přispění oboru, který se seniory zabývá. Jedná se o gerontologii.

Tento vědní obor výrazně přispívá svými metodami výzkumu k poznávání seniorů z pohledu nejen biologického, ale také sociálního nebo demografického. V gerontologii se zkoumají příčiny a mechanismy stárnutí, vzájemné vztahy mezi starou populací a ostatní společností v rámci celku. Zdravotnímu stavu a nemocí stáří se věnuje gerontologie klinická, která doplňuje gerontologii sociální a experimentální. Gerontologie je také samostatný lékařský obor, který poskytuje specializovanou péči lidem v seniorském věku.

Edukace seniorů má celou řadu funkcí, základní rozlišení může vypadat takto:

- a) funkce preventivní – pozitivně ovlivňuje kvalitu života seniorů a připravuje seniory na další jejich léta. Tato funkce má připravit seniora s dostatečným předstihem na různě vzdálenou budoucnost jeho stáří a na situace, které mohou nastat
- b) funkce anticipační – souvisí s přípravou na budoucí životní situace, na odchod do penze a organizaci volného času. Podstatou této funkce je, aby senior měl dostatečné znalosti, dovednosti, názory a způsoby chování, aby svůj vyšší věk prožíval s co největší mírou vnitřní spokojenosti
- c) funkce rehabilitační – zahrnuje hlavně formy udržení a rozvoj duševních aktivit seniorů
- d) funkce posilovací – je považována u seniorů za nejvýznamnější, neboť má posilovat u seniorů sociální integraci, podporovat jejich aktivní styl života (podpora zájmů, koníčků, potřeb a schopností).

Edukační aktivity mohou být jedním z významných způsobů hledání životních hodnot a zároveň smysluplným a kvalitním trávením volného času. Dochází u nich k navýšení kulturního kapitálu, aktivity napomáhají k seberealizaci a napomáhají chápat nejrůznější společenské změny, kterým v moderní společnosti dochází. Vzdělávání stimuluje občanskou aktivitu, a hlavně zabraňuje sociálnímu vyloučení seniora ze společnosti (*Špatenková, 2015*).

### **3.2. Rozsah a cíle geragogiky**

Pojem geragogika zahrnuje širokou oblast edukačních aktivit pro seniory; existují v zásadě tři pohledy na tuto oblast:

- a) edukace realizovaná v období vlastního stáří, v důchodovém věku
- b) edukace zaměřená na vlastního jedince, který se za určitý časový úsek stane také seniorem a jedná se jistý způsob přípravy na stáří
- c) edukace široké veřejnosti, především zaměřenou na úctu k seniorům a chápání procesu stárnutí se všemi potřebami, které toto období přináší.

Geragogika jako vědecký obor nachází samozřejmě uplatnění v teoretické, empirické a aplikační rovině.

- a) teoretická rovina by se měla zabývat procesem stárnutí jako jednou z fází lidské existence, popisovat a hodnotit životní situace starších lidí a měla by navrhnout různé metody práce se seniory a teoreticky zajišťovat optimální životní podmínky seniorů.

- b) v empirické rovině, praktické, se očekává aplikování geragogických, teoretických výsledků. Především příprava na stáří a efektivní využívání většího množství volného času, terapeutické, rehabilitační opatření pro seberealizaci. V neposlední řadě tato část obsahuje prvky přípravy na umírání a smrt.
- c) aplikační rovina představuje oblast vzdělávání v praktické rovině, kam můžeme zahrnout univerzity třetího věku, seniorské kluby a instituce nebo různé publikace a časopisy.

Hlavním cílem geragogiky je adaptace seniora na nadcházející období, které zahrnuje různé prvky, např.:

- a) opuštění pracovního prostředí a odchod do důchodu
- b) odchod dospělých dětí a naopak „příchod“ vnoučat do života
- c) změny v oblasti psychologického potenciálu a změna sociální role
- d) snížení fyzického výkonu a schopností, biologické změny a postupné snižování soběstačnosti
- e) změny životních rolí, smrt přátel, známých, partnera a příprava na vlastní umírání

Význam vzdělávacích aktivit spočívá hlavně v tom, že pomáhají starším jedincům nacházet novou životní perspektivu. Vzdělání představuje nový životní elán, smysl a životní pomoc, pomáhá seniorům v lepší orientaci v současném světě a mnohým přináší nový pohled na život, který prožívali. Obor geragogiky může naznačit seniorům, že jejich generace není ještě na odpočinku, ale může se aktivně podílet na vývoji společnosti, spolu s druhými se senioři mohou podílet na inovacích, které ve společnosti probíhají. Můžeme říci, že tento obor se významně podílí na integraci seniorů do společnosti a je významným sociologizujícím faktorem. Senioři tak nezůstávají na okraji společnosti, ale jsou jejími platnými členy (*Muhlpachr, 2001*).

### **3.3. Senior jako účastník vzdělávání**

S přibývajícím věkem se u stárnoucích osob začínají projevat involuční procesy na úrovni tělesné, psychické i sociální. Tuto skutečnost je potřeba brát v úvahu při přípravě a realizaci vzdělávacích programů. Seniorská populace je ve všech výše uvedených směrech různorodá, proto procházejí edukační programy na všech úrovních složitým procesem přípravy. Mezi účastníky vzdělávání jsou také rozdíly v úrovni dosaženého vzdělání, socioekonomické nebo rozdíly v zájmech a potřebách. Z toho vyplývá, že lektor vzdělávacích programů do poslední chvíle neví, kdo bude vzdělávací program navštěvovat. Při vzdělávacích aktivitách pro seniory je třeba si uvědomit, že se jedná o zájmovou činnost nebo volnočasovou aktivitu, kterou senioři

navštěvují zcela dobrovolně, nicméně jsou velmi často náročnější na úroveň osobnosti lektora, nebo přednášejícího. Nezáleží na vzdělání seniora, zda je vysokoškolsky vzdělán, nebo jenom vyučen, ale sami senioři požadují u vzdělávacích programů co nejvyšší možnou úroveň vzdělání lektora. Řada seniorů totiž považuje lektora, či vzdělavatele nejen jako odborníka na přednášené téma, ale jako osobu, která jim je schopna se vším pomoci a poradit. Senioři ve většině průzkumů čekají, že lektor bude mít široké všeobecné znalosti. K osobnosti lektora pak ještě rádi uvádějí, že musí mluvit nahlas, což je zcela pochopitelný požadavek, ale také že musí být „hodný“. To je ale požadavek, který je z pohledu seniora velmi individuální a nedá se zcela standardizovat (Ondráková,2012).

V dobách komunismu mnoho současných seniorů studovat nemohlo, jejich vzdělávací touhy nebyly naplňovány. Naštěstí jsme již v období, kdy se vzdělávání seniorů považuje za velmi přínosné a lidé v seniorském věku mají minimálně středoškolské vzdělání, zvyšuje se počet lidí, kteří mají v seniorském věku vysokoškolské vzdělání. Samozřejmě, že lidé v seniorském věku mají specifické požadavky na své vzdělávání, a to i s ohledem na svůj fyzický nebo psychický stav a na své sociální podmínky (Ondráková,2012).

### **3.4. Edukace seniorů jako prostředek ke zkvalitnění života**

Člověk by se měl učit nejen jako mladý, ale také ve stáří. Již J. A. Komenský považoval „školu stáří“ za velmi podstatnou, v níž se mají lidé učit moudře využívat svých znalostí a poznatků po celý život. Přesto byly vzdělávací potřeby starší generace dlouho opomíjeny a přehlíženy, neboť stáří bylo dlouhou dobu spojováno pouze s omezeními, nemocemi, pasivitou a ztrátami. K přehodnocení tohoto stavu dochází v 60. letech 20. století, kdy se v západní Evropě objevují negativní důsledky nevzdělanosti a neinformovanosti starší generace. Skupina seniorů nad 60 let začala být demograficky velmi silnou skupinou, začaly se objevovat velké finanční a ekonomické potřeby u této části obyvatelstva, která však nebyla dostatečně vzdělána. Díky nedostatku informací a vzdělání především v oblasti zdraví a sociální sféry potřebovala tato skupina obyvatel velké finanční prostředky na léčbu a své zařazení do společnosti. Bylo jasné, že společnost musí vynaložit nemalé prostředky na znovu vzdělávání seniorů v oblasti zdraví, fyziologických, psychologických a sociálních potřeb. Z tohoto faktu vyplynulo, že bude lepší seniory vzdělávat dříve, než následně investovat velké prostředky do udržení jejich fyzické a psychické pohody. Jeden z důležitých mechanismů byl určen kontinuální rozvoj vzdělávání starší populace. Dlouholeté průzkumy potvrzují, že vzdělávací aktivity jedinců v postproduktivním věku přispívají k pocitu důstojnosti a životního uspokojení. Začlenění do

společnosti pak vede k lepšímu duševnímu zdraví, které má vliv na lepší fyzické zdraví. Vzdělání ve starším věku se stává podmínkou pro pochopení života v měnícím se světě a prostřednictvím nově získaných informací dovoluje seniorům dobře se přizpůsobit a uspořádat svůj život k vlastnímu prospěchu. Dobrá a kontinuální edukace seniorů vede k určité nezávislosti a zároveň dává dostatek prostoru k tomu, aby senioři věděli, jak dbát o své duševní a fyzické zdraví. Vyšší úroveň fyzického a duševního zdraví seniorské generace neklade tak vysoké ekonomické nároky na stát, neboť řada vzdělaných a aktivních seniorů nepotřebuje tak významnou část finančních prostředků státu na svoji péči.

V USA vznikl koncept „úspěšného stárnutí“, který zdůrazňuje nutnost zlepšování a zkvalitňování zdravého a funkčního stavu seniorské generace než věnovat nemalé prostředky k navyšování kapacit pro zvládání přírůstků nesoběstačných osob v seniorském věku. Vzdělaný, psychicky a fyzicky soběstačný senior samozřejmě nespotřebuje takové prostředky, jako zcela závislý senior. Nejde o pouhé oddálení nemocnosti, jde především o to, aby senioři vlastním přístupem ke svému životnímu stylu snížili svoji závislost na okolí. Jejich dobrá edukace tak přispívá ke zlepšení nejen jejich života, ale ke zlepšení životní úrovně celé společnosti. Edukace seniorů a jejich rodin má velký význam při prevenci negativních vlivů na seniory. Možnost celoživotního vzdělávání a učení vede k posílení hodnot jedince a nacházení smyslu života. Edukace totiž významně usnadňuje seniorům zvládání každodenních aktivit a úkolů, vzdělání zlepšuje orientaci ve stále se měnících podmínkách okolí a vede k lepšímu porozumění světa kolem konkrétního jedince. Dobrá edukace vede ke snížení strachu z nových věcí a zlepšuje adaptaci seniora na nové životní situace. Porozumění novým informacím může umožnit seniorům být psychicky vyrovnanější, protože získávají přehled nad každodenním životem. Edukace může velmi pozitivně přispět ke zvýšení sebevědomí a důstojnosti seniora.

Vzdělávací aktivity zaměřené na zdraví a zdravý životní styl by měly začít realizovat jedinci po 55. roce života. Podle Pacovského se příprava na stáří může dělit do třech období:

- a) dlouhodobá příprava na stáří – jedná se o zdravotní vzdělání v průběhu celého života. Člověk by měl rozvíjet svoje vzdělání v oblasti zdraví již od mládí, aby dostal jisté modely chování pod svoji kontrolu co nejdříve.
- b) střednědobá příprava na stáří – ta by měla začít po 45. roce života. Lidé by si měli osvojit zásady správné životosprávy a duševní hygieny. Měli by rozvíjet své koníčky a zájmy, své zkušenosti předávat mladší generaci.

Krátkodobá příprava na stáří – začíná asi 3-5 let před odchodem do důchodu. Jde o náročné období, ve kterém se jedinec musí smířit se ztrátou svého dosavadního sociálního postavení (*Muhlpachr, 2001*).

### 3.5. Motivace, možnosti a formy studia pro seniory

Motivace je z pohledu psychologie vymezena jako příčina jistého chování jedince, kterému dává směr a také určuje cíl jednání. U seniorů je motivace stejná jako u dospívající nebo dospělé populace. Na motivaci záleží, zda senior ještě vstoupí do nějakého vzdělávacího procesu, zda v něm po určitý čas setrvá a jaký bude závěr této cesty. Specifikum, odlišné od vzdělávacích aktivit dospívajících a dospělých je především ve faktu, že seniorské vzdělávací aktivity již neslouží k získání kvalifikace pro výkon povolání, a tak svojí dobrovolností zvyšuje motivaci vzdělávací program absolvovat. V oblasti motivace se můžeme setkat se dvěma pojmy, motivací vnější a vnitřní. Jak názvy napovídají, vnější motivace je právě taková, kterou jedinec vykonává pro své vnější potřeby, nejčastěji k získání odborné kvalifikace. Vnitřní motivace je právě taková, která je určována osobností člověka, seniora. Vnitřní motivace je u seniorů větší, vychází z vlastních pohnutek jedince. Vzdělávání je pro seniora záležitost zcela dobrovolná, a tak k jeho absolvování je motivován sám, vnitřním přesvědčením. Senior, který má dobré zkušenosti z předcházejících edukačních aktivit bude další formy vzdělávání i nadále vyhledávat. Jsou vysloveny i hypotézy, že učení musí mít pro seniora velký význam, jinak by mu nevěnoval tolik času a energie (*Hartl, 1999*).

Senioři představují velmi různorodou studentskou skupinu, v řadě případů se můžeme setkat i s názorem, že studium a vzdělávání je pro seniora vlastně jakýmsi koníčkem, něčím, co jej obohacuje a na co se těší, čemu chce věnovat svůj volný čas. Ve vyšším věku je málo pravděpodobné, že bude senior hledat nový koníček, spíše bude prohlubovat své zaběhlé, nebo obnovovat ty, které měl v produktivním věku rád, ale z různých důvodů na něj nezbýval čas. Největší motivací ke vzdělání je u seniorů právě vztah k učení, vztah k získávání nových informací a možnosti posílit své sebevědomí. Motivací k edukačním aktivitám je mnoho, můžeme jmenovat třeba snížení pocitu osamocení, psychická aktivita, možnost sociální integrace, naplňování osobních zájmů, udržování soběstačnosti a hlavně pocit, že senior někam patří. Další významným motivačním faktorem je skutečnost, že senior chce pokračovat v oblasti, kterou zná, nebo naopak, chce si doplnit vědomosti a znalosti z oboru, který by jej zajímal, ale v mladším věku nebyly možnosti nebo příležitosti se mu věnovat. Z řady odborných výzkumů, které byly na toto téma vypracovány vyplývá, že největší motivací seniorů k učení a navštěvování edukačních programů je „touha získat nové poznatky a informace.“ (*Špatenková, 2015*).



Lidé v postproduktivním a seniorském věku jsou zajímavou a různorodou sociální skupinou, kde můžeme najít znaky jak určité homogenity, tak jisté diference. Jako homogenní znak zde můžeme uvést právě skutečnost, že tito lidé jsou již více či méně vzdáleni vzdělávacímu procesu, který známe u dospívající populace, na druhou stranu diferenciaci můžeme najít právě v různé úrovni vzdělanosti, sociálního zařazení nebo psychické odolnosti. Podmínky učení a vzdělávání pro tuto skupinu obyvatel je náročná právě z důvodů velké diference. Možností dalšího vzdělávání jsou vcelku široké, s rozmanitými vzdělávacími formami a obsahy. Jedná se především o Kluby aktivního stáří (někde též pod názvem Klub seniorů), Lidové univerzity nebo Akademie třetího věku. Asi nejznámější formou vzdělávání pro seniory jsou Univerzity třetího věku, které jsou otvírány v celé řadě měst, kde sídlí vysoké školy.

Lidové univerzity jsou specifické pro skandinávské země. Senior, který má zájem o vzdělávání navštěvuje volitelný vzdělávací program spolu s mladými posluchači. Velmi přínosná je na tomto projektu skutečnost, že dochází k setkávání dvou generací s jedním společným zájmem. Obě generace, mladší i starší se vzájemně ovlivňují a dochází ke sblížení obou sociálních skupin. Mladší generace tak má možnost skutečně osobně poznat životní styl, problémy, ale i radosti starší generace. Tyto osobní zkušenosti pak dávají mladší generaci mnohem lepší znalosti pro období jejich vlastního stárnutí.

Kluby aktivního stáří jsou oblíbené formy vzdělávání u nás. Jde o formu edukace seniorů v místech, kde není možnost navštěvovat například Univerzity třetího věku. Akademie jsou většinou organizovány pod záštitou některých místních organizací např. Domy kultury nebo Červený kříž. Vzdělávání v těchto klubech je přizpůsobeno místním podmínkám a potřebám, jsou zde více neformálnější vztahy než u formy Lidové univerzity nebo Univerzit třetího věku. Senioři jsou většinou z místa bydliště a náplň vzdělávacích programů je více přizpůsobena místním možnostem.

Asi nejnáročnější formou vzdělávání seniorů můžeme říci, že jsou Univerzity třetího věku. Jedná se o oficiálně uznané instituce, které mohou vzdělávat zájemce v postproduktivním věku a v České republice se realizuje tento typ studia v rámci celoživotního vzdělávání.

První typ Univerzity třetího věku vznikl v roce 1973 v Paříži na univerzitě v Toulouse. (*Muhlpachr, 2001*).

Hlavní myšlenkou pro vznik univerzity bylo vytvoření vzdělávací příležitosti pro stárnoucí populaci. Tato myšlenka se rychle ujala v celé Evropě, další Univerzita vznikla v Polsku a u nás vznikla první v roce 1986 v Olomouci. V roce 1987 vznikla další v Praze, při 1. LF UK. Od tohoto roku do současnosti funguje v ČR více jak 50 Univerzit třetího věku. Do současné doby

existuje i mezinárodní sdružení U3V se sídlem právě ve francouzském Toulouse.

Vzdělávání na těchto univerzitách má charakter pouze osobního rozvoje, nejedná se o profesní přípravu pro výkon povolání. Naopak vzdělávání v této životní etapě přispívá k mobilizaci seniorů (např. jsou nuceni za svým vzděláním dojíždět).

Vzdělávání na těchto typech univerzit má především sociopsychologické aspekty, které jsou pro seniory dosti důležité. Vytvářejí se příležitosti pro setkávání mezi seniory, výměna názorů, a především společenské zařazení seniora. Vzdělávání seniora totiž podporuje mobilizaci intelektuálních a kognitivních funkcí, přispívá k upevňování fyzické a duševní kondice, která vede k posilování nebo udržování dobré sebedůvěry. Zajímavé je také posílení emočních a motivačních aspektů, senioři tím nacházejí další smysl svého života (*Muhlpachr, 2001*).

Na závěr této kapitoly ještě zmíním jisté překážky, které mohou seniory od studia odrazovat. Můžeme se nejjednodušeji setkat s informační bariérou, která spočívá v neschopnosti či nemožnosti si vyhledat informace o vzdělávacích aktivitách a programech, dnes nejčastěji způsobené nevlastněním počítače s připojením k internetu. Obvyklé jsou i situační bariéry, které jsou vázány na životní situace seniora. Může se nejčastěji jednat o nedostatek finančních prostředků nutných pro vzdělávání (dopravné, nákup studijních materiálů apod.), nedostatek času (osobní zdravotní komplikace, zdravotní problémy partnera nebo zaneprázdněnost při péči o vnoučata), geografická vzdálenost od místa vzdělávání, špatná dopravní dostupnost do místa bydliště seniora. V případě časových bariér je některými seniory poukazováno, že vzdělávací akce probíhají v čase, kdy se senioři vrací domů za tmy, což může způsobovat, zvláště v zimě, zásadní hledisko, zda se účastnit nebo neúčastnit vzdělávací aktivity. Senioři se za tmy necítí dobře po stránce psychické. Mají strach se vracet za tmy domů a také si nejsou dostatečně jisti, zda při snížené viditelnosti nezakopnou a neupadnou. Pořadatelé vzdělávacích akcí pro seniory by měly tyto skutečnosti akceptovat a vzdělávací aktivity přesouvat spíše do dopoledních nebo krajně odpoledních hodin.

Existují také i jisté psychologické bariéry, nejčastěji se můžeme setkat s nezájmem o učení nebo špatná zkušenost z mládí, která jedince nemotivovala. Senioři také může odrazovat strach z neznámého prostředí nebo možná náročnost a požadavky na studium. Občas se senioři obávají i o přístup vzdělavatele ke své osobě nebo přístup ostatních účastníků vzdělávacího programu (senior se obává, že látce neporozumí, nechce se ptát a zdržovat nebo se obává negativních předsudků o stáří ze strany svého okolí) (*Špatenková, 2015*).

### 3.6. Informační a komunikační technologie s ohledem na seniory

Informační a komunikační technologie postupně přeměňují život seniorů. V oblasti vzdělávání, soběstačnosti, autonomie nebo sociálního začleňování dostávají nové technologie daleko více prostoru než před několika lety. Nové komunikační technologie stále zůstávají doménou mladší generace, nicméně ani senioři nejsou tomuto vývoji vzdáleni. Pro seniory zůstávají osobní kontakty s rodinou a přáteli stále na prvním místě, mobilní telefony, počítače a e-mailová pošta však výrazně přispívají k rychlejšímu spojení s okolním světem. Internetové připojení dovoluje do značné míry bezpečnou komunikaci s okolím, aniž by senior musel podstupovat rizika cestování v dopravních prostředcích, snižuje se výrazně nebezpečí úrazů nebo násilných trestných činů (napadení, loupež apod.). Internet dává zapomenout na osamocení a umožňuje jistou formu sociálního kontaktu a začlenění. Využívání moderních technologií u seniorů je každý rok znatelnější. Asi k největšímu pokroku v rozšíření používání moderních komunikačních prostředků vedla nedávná kovidová pandemie, která dovolovala komunikovat s rodinami seniorů i na větší vzdálenosti, aniž by rodina navštívila svého seniorního příbuzného.

Při používání moderních informačních technologií je však důležité, aby senioři byli vybaveni dobrou informační gramotností, neboť i ve virtuálním světě jim hrozí řada nebezpečí. Velké nebezpečí se také skrývá v dezinformacích, které se šíří po internetové síti. Fake news a hoaxy jsou nebezpečím, které nemusí starší senioři rozeznat. Tyto nepodložené, neověřené a lživé informace mohou seniora dostat do psychické nepohody a způsobit nemalé potíže. Stále tak zůstává poměrně velká potřeba počítačových kurzů, které se postupně mění z prostého učení ovládání počítačů na kurzy, které upozorňují na nebezpečí skrytá v používání mezinárodní internetové sítě. I zde můžeme hovořit o nutnosti vyššího vzdělávání seniorů, neboť nízké vzdělání dává prostor pro větší manipulaci (*Čeled'ová, Kalvach, 2016*).

## 4. Sociologie medicíny a senior

### 4.1. Historie sociologie medicíny

Historický vývoj sociologie medicíny není dlouhý. Ke zvýšenému zájmu sociologů o medicínu, zvláště zkoumání lidského chování v době nemoci a v průběhu léčení, dochází především po II. světové válce. Problematikou vztahu zdraví a nemoci na člověka se dříve zabýval obor sociální lékařství, jehož hlavní náplní bylo zkoumat sociální příčiny nemoci a zdravotního stavu. Mezi významné osobnosti sociálního lékařství patřil R. Virchow, který vycházel z poznatku, že změny ve zdravotním stavu populace jsou do značné míry podmíněny celospolečenským děním a změnami, které se uskutečňují ve společnosti. Jako jeden z prvních autorů doporučoval, aby občané aktivně pečovali o své zdraví a sami mohli zasahovat do péče o zdraví. Můžeme zmínit ale i sociology, kteří se zasloužili o významný vliv sociologie v oblasti medicíny. Patří sem jistě E. Durkheim a M. Weber. E. Durkheim zkoumal vliv sociálních změn a chování jednotlivců. K jeho teoriím patří vliv společenských krizí, válek a zničení starých pořádků na případné počty sebevražd ve společnosti.

Od sociologie medicíny se očekává pomoc v otázkách prevence, společenského zařazení pacientů, vyváženost lékařské péče a ohodnocení medicíny v celospolečenském kontextu. Sociologie medicíny má za úkol zkoumat sociální chování a jednání lidí ve vztahu k nemoci a k jednotlivým fázím vývoje člověka, od batolete po seniora. Spolupráce mezi medicínou a sociologií je patrná také v objektech veřejného zdravotnictví, jako jsou sociální vazby v nemocnicích, zdravotnických zařízeních, domovech pro seniory nebo domovech důchodců. Tady všude se setkávají různé sociální skupiny od mladých jedinců po seniory (*Bártlová, 2005*).

Do oblasti sociologie medicíny můžeme zahrnout i jeden zdánlivě nezajímavý faktor, který souvisí jak s medicínou, tak se seniory. Jedná se o mýtus o lékařích a jejich vztahu k seniorům. Tento mýtus je založen na velmi zavádějící představě, že všechny problémy starších lidí a seniorů může vyřešit lékař a medicína, tedy přesně určená osoba se znalostmi, které vyléčí všechny seniorské nemoci. Spoléhání se na jakousi „zázračnou“ moc lékařů, na neomylnost medicíny a medikamentů, je špatné řešení. Používané odborné termíny lékařů dávají v řadě případů seniorovi pocit, že je v nejlepších rukách a případné „pilulky“ seniora vrátí do let minulých v plném zdraví, a to nejlépe bez vlastního přičinění. Myslet si, že lékař a současná medicína je všemocná je hrubá chyba pro řadu seniorů. Zdraví a spokojenost je věcí každého člověka s individuálním přístupem. Není možné se spoléhat jen na lékaře a medikamenty, pro osobní zdraví a štěstí musí během života vykonat jedinec řadu kroků i sám, stejně jako senior

musí vzít odpovědnost za svůj seniorský stav do svých rukou. Medicína a moderní vyšetřovací metody výrazně pomohou s léčbou, ale každý senior by měl na své zdraví myslet, podstatnou část našeho zdravotního stavu ve stáří si připravujeme sami již v průběhu aktivního života. V našich zemích byla ještě tato skutečnost podporována v době socialismu, a to neustále opakovanou tezí, že „stát se o své občany postará“. Generace našich rodičů si tuto teorii vzala příliš do slova a dnes jdou chyby v přístupu ke svému zdraví v mládí jen stěží napravit (*Haškovcová, 2010*).

## **4.2. Nemoc jako významný sociologický faktor seniorů**

Z rozsáhlých studií, které byly uskutečněny v 70. letech 20. století (např. J. Cassel) vyplývá, že narušené sociální vztahy a poměry činí lidi více zranitelnějšími v oblasti fyzického zdraví a duševní pohody. V návaznosti na toto jsou popsány častější výskyty závažnějších onemocnění, úrazů, horší výsledky v léčbě a rehabilitaci. V životě lidí, kteří nemají dobrou sociální oporu, se hromadí negativní prvky psychosociálních stresorů a tato kumulace negativ má za následek horší výsledky průběhu případných onemocnění a horší léčbu. Ve vyspělých zemích se k faktorům působícím na onemocnění přičítají nadměrná psychická zátěž, nedostatek pohybu, kouření a alkoholismus, přejídání a nadměrná konzumace jídel s vysokým obsahem živočišných tuků. V popředí jsou chronická onemocnění, jejichž rozvoj a projev trvá déle a může být skrytý za řadu jiných sociálních faktorů. Nemocí, jako sociologickým faktorem se zabývá řada vědních a odborných disciplín, jako jsou sociální lékařství, sociologie medicíny nebo oblasti zkoumající sociologii duševních chorob. Mnozí autoři se shodují na tom, že společnost je funkční systém a nemoc patří mezi dysfunkční faktory. Nemoc člověku brání, aby plnil určité role, které ve svém životě zastává, nemocí se narušují rodinné, společenské aktivity. Dochází totiž k porušení jisté celistvosti sociální skupiny, kam jedinec patří a tím dochází k narušení fungování celé skupiny. V tomto kontextu můžeme hovořit například o rodině, jako o funkčním prvku sociální skupiny. V případě, že dojde k nemoci jednoho člena této skupiny, dojde logicky k narušení fungování celé rodiny. Nemoc do jisté míry narušuje i standardní komunikaci mezi členy skupiny, nemocný jedinec přichází dočasně, někdy i trvale o své místo ve skupině. A pokud se na problém podíváme očima celé společnosti, nemusíme chodit příliš daleko do historie. Koronavirová celosvětová epidemie ukázala, jak je nemoc zásadní pro vývoj a ovlivnění celé společnosti. Řada vazeb byla zcela narušena nebo vymizela, seniorská generace byla v jednu chvíli omezena od standardní možnosti komunikace s okolím. Psychologický vliv na seniory měla tato fáze pandemie zcela zásadní.

Od osoby, která se ocitne v pozici nemocného se očekává, že vyhledá pomoc kompetentních činitelů (lékařů a zdravotníků) a v co možná nejkratším čase se vrátí do normálního funkčního stavu. U seniorů je však tato situace odlišná, sociální skupina musí přijmout fakt, že senior bude zřejmě vyhledávat odborné pomoci častěji a bude více závislý právě na pomoci okolí (*Kapr, 1991*).

Ve vztahu k nemocnosti seniorů můžeme zmínit termín „anti-ageing medicína“ (medicína „proti stárnutí“). Jde o termín, který by měl charakterizovat část medicíny, která bojuje proti stárnutí a stáří. Jedná se o termín, který není příliš v obecné rovině používán, nicméně hlavním zaměřením této vize je obava z velké medicinalizace přirozeného procesu stárnutí, který je současná medicína sice schopna dobře zpomalovat, ale nelze stárnutí zcela zastavit. Zároveň tento koncept upozorňuje na nerealistická očekávání seniorů a jejich vztah ke konzumaci velkého množství podpůrných léků, vitamínů a potravinových doplňků. Řada výrobců velmi neuváženě prosazuje výhody svých produktů, které „údajně“ zastaví stárnutí vybraných orgánů nebo orgánových soustav (nejčastěji kůže). Tato informace se však nezakládá na pravdě, proces stárnutí se nedá zastavit, lze jej pouze částečně zpomalit. U většiny seniorů se může kladně osvědčit ještě jeden důležitý přístup a to je tzv. biopsychosociální přístup. Tento přístup je také nazýván přístupem celostním, tzv. holistickým. Zdraví je do značné míry charakterizováno jako stav biologické, sociální a psychické pohody. V moderní medicíně 20. století se mnoho prostoru věnuje pouze biologickému stavu jedince a dost se zapomínalo na stav sociální a psychický. To se však ukazuje jako chyba, neboť biologická stránka osoby se nemůže cítit dobře bez psychické nebo sociální vyrovnanosti. Právě u seniorů vystupuje sociální a psychická stránka dosti na povrch, neboť se prokázalo, že senior nemusí trpět žádnou zásadní chorobou nebo onemocněním, a přesto velmi strádá, což se druhotně projevuje na jeho biologickém zdraví. Holistický přístup upozorňuje na nutnost brát psychický a sociální stav velmi vážně a odborně jej zkoumat, stejně jako biologické faktory. S holistickým přístupem souvisí i oblast spirituality, neboť duchovní pohoda hraje a podporuje celou osobu seniora, aniž by byla na první pohled viditelná. U seniorské populace výrazně narůstá popularita jisté religiozity, víry, neboť řada seniorů chce v době nemoci a stáří věřit v „něco“, co jim dodá sílu a smysl do dalších dnů života (*Haškovcová, 2012*).

### 4.3. Sociologie stáří a seniorů (gerontosociologie)

Gerontosociologie je poměrně mladá věda, která se snaží přinášet velmi objektivní data o stárnutí a stáří v sociologických souvislostech. Seniori patří mezi významnou sociální skupinu, stejně tak jako stáří a stárnutí patří mezi sociální kategorie zasahující všechny společnosti.

Stáří a dětství jsou životní fáze, které stojí na opačných koncích časové osy, ale mají k sobě velmi blízko. Dítě přichází z nebytí, starý člověk do něho odchází (Sák, Kolesárová, 2012).

Dítě schopnosti získává, seniora opouštějí. Stáří je obdobím, kdy se jedinec vrací do svého mládí a vzpomíná na dětství, konfrontuje svůj život s hodnotami, které mu byly v dětství rodiči a okolní společností vštěpovány. Člověk je ve stáří silný právě tím, co mu bylo v dětství předáno. K pochopení fenoménu stáří je velmi důležitá právě disciplína pod názvem sociologie stáří neboli geragosociologie. Tato věda se zabývá životními fázemi a skupinami populace, generacemi. V každé životní fázi dochází k určité proměně, modifikaci generace a její přenos na potenciál společnosti. Sociologie věnuje svoji pozornost jednotlivým fázím, do značné míry na základě společenské objednávky, které aktuálně řeší situaci ve společnosti. V současné době můžeme pozorovat právě sociologii, která se zabývá stárnoucí společností. Tato sociologická rovina totiž zasahuje všechny vrstvy společnosti u všech národů světa (Sák, Kolesárová, 2012).

Společnosti si začínají uvědomovat, že senior dospívá ke specifické situaci, která je charakterizovaná vysokým potenciálem zkušeností, které může konkrétní společnost využít. Celoživotní zkušenosti seniorů se mohou promítnout do vědomí nastupující generace, dostávají se do vědomí a názorů společnosti a přispívají k vyšší sociální kompetenci. Stáří může nabídnout jakousi moudrost, kterou mladší generace mohou využívat. Americký neurolog E. Goldberg definoval moudrost jako „*schopnost spojit nové se starým, jako umění užít předcházející zkušenosti při řešení nového problému*“ (Sák, Kolesárová, 2012).

Petr Sák ve své publikaci „Sociologie stáří“ pokládá otázku při výzkumu seniorů, zda přináší seniorský věk a důchod něco pozitivního a nového, co nebylo v předcházejících životních fázích. Z průzkumu vyplývá, že více jak 56 % seniorů uvádí jako přednost stáří „volný čas“, dále „zájmy, záliby, koníčky“, což potvrzuje 23 % seniorů. 15 % seniorů považuje pozitivní možnost odpočinku a relaxace, 11 % seniorů vidí pozitivní vliv v rodině, vnučatech a životním stylu.

Nové životní hodnoty, klidnější způsob života, člověk se nemusí příliš stresovat, má svoji náplň dne. Z výzkumu vyplynulo, že pouze 5 % seniorů považuje za pozitivní nemuset vstávat do práce, popř. rozum a životní moudrost (Sák, Kolesárová, 2012).

#### **4.4. Starší osoby jako potenciál pro společnost**

Jak bylo již zmíněno, seniorské období je životní etapa určená přibližně věkem 60 ti let. Seniorský věk je ve společnosti charakterizován odchodem osoby do starobního důchodu, nebo zvýšenou frekvencí různých onemocnění. Tato mnohdy nepodložená skutečnost však nemá nic společného s tím, že senior může být pro společnost velmi prospěšný. Moderně můžeme hovořit o „ageismu“, tedy o přisuzování negativních charakteristik osobám, na základě věku. Společnost by měla změnit pohled na seniorský věk a změnit vnímání přínosu seniorů pro nás všechny. Je potřebné vnímat seniory v širších souvislostech a perspektivách jako prvek společnosti, která může být pro mladší společnost přínosem, ne pouze skupinou jedinců, kteří nejsou ekonomicky aktivní a spotřebovávají produkty ostatní společnosti. Stáří je rozmanité a senioři si mohou většinu svých rolí, získaných z mladších let ponechat až do vysokého seniorského věku. Abychom seniory vnímali jinak, slouží i koncept aktivního stárnutí s mnoha prvky, pro jejich dobrou integraci. Patří sem dodržování lidských práv, zajištění sociálního zabezpečení, využívání zkušeností seniorů z aktivního pracovního života. Tento požadavek může zajistit maximální integraci a podpora participace seniorů ve společnosti a mezigenerační spolupráce. Aby integrace seniorů probíhala co nejlépe, je také důležité, aby byla zajištěna podpora zdraví a prevence onemocnění, aby zdravotní péče pro seniory fungovala na vysoké úrovni. Fyzické a psychické faktory ovlivňují seniory postupně, avšak sociální faktory mohou seniory ovlivnit velmi rychle. Odchod ze zaměstnání, společenský status seniora, ekonomická závislost na společnosti (Tomeš, 2017).

Mezi klíčové faktory, které pomohou starší generaci pracovat a být součástí ekonomicky aktivní vrstvě obyvatelstva, spočívá v přípravě a realizaci vzdělávacích a kariérních programů pro starší pracovníky, tedy pro pracovníky nad 40 let. Dalším prvkem, který může zvýšit potenciál seniorů pro společnost, je zvýšení nabídky částečných pracovních úvazků a zvýšení odměn za tuto práci. S pracovním zařazením seniorů může souviset i program dobrovolných pracovních aktivit pro seniory. Senior neopouští své sociální kontakty, cítí se užitečný a může dobrovolně, dle svých možností poskytovat znalosti a schopnosti mladší generaci. Senioři by neměli být „vytlačováni“ z trhu práce, jsou-li ochotni a schopni pracovat.



Jejich ekonomická činnost je v mnoha směrech dosti přínosná. Podílejí se na vytváření nových hodnot pro mladší generaci, zvyšují svoji životní úroveň a svým působením ve společnosti posilují mezigenerační vztahy. Pracující senioři příkladem pro mladší generaci, která má vzor v aktivních spolupracovnících s řadou celoživotních zkušeností (*Tomeš, 2017*).

## **5. Komunikace ve vztahu k seniorům**

Komunikace je velmi široké téma, o kterém lze diskutovat velmi dlouho. Zjednodušeně můžeme říci, že se jedná o proces, při kterém se předávají informace mezi dvěma nebo více subjekty. V lidské společnosti se jedná o zásadní proces interakce mezi lidmi. V tomto kontextu se nejedná pouze o výměnu slov, ale také o výměnu různých emočních projevů, výměnu lidské aktivity nebo lidského chování. Komunikace má v oblasti lidského zdraví ještě důležitější funkci než v běžném životě, neboť právě komunikace ve zdravotnictví značně ovlivňuje zdraví či nemoc člověka. Existuje mnoho odborných publikací, které se zabývají komunikací, já se zaměřím hlavně na takovou, která klade velký důraz na seniory.

### **5.1. Základní charakteristika komunikace**

Komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma osobami, které o sobě vědí a společně sdílejí, prožívají a zaujímají různé stanovisko či pozici v objektivní situaci. Každý člen komunikačního procesu může fungovat jako mluvčí, ale také jako posluchač. Profesor Honzák vysvětluje komunikaci jako lidskou schopnost užívat výrazových prostředků, a to jak slovních, tak neslovních, k vytváření a udržení mezilidských vztahů.

Komunikace může mít však i jiný rozměr, dle Poppera jde o vzájemnou interpretaci mentálních modelů. V rámci komunikace totiž dochází nejen k přenosu „slov“, ale také k výměně emocionálních nábojů. Ve podobných situacích tak může mít komunikace různý význam (Tošnerová, 2002).

### **5.2. Specifika komunikace v práci se seniory**

Komunikace se seniory má svá specifika, stejně tak jako je specifická komunikace s dětmi, dospělými, handicapovanými. Zcela jinak budeme hovořit s učitelem, s policistou nebo s náhodným známým. Vhodně používaná komunikační technika má u seniorů zásadní význam, neboť může velmi výrazně ovlivnit život a chování seniora. Komunikace se seniorem má svá specifika, která je třeba mít na paměti:

- a) je třeba si uvědomit, jaký rozhovor chceme vést, zda se bude jednat o komunikaci edukační nebo naslouchající či třeba motivující
- b) jaký rozhovor bude vhodný, zda za přítomnosti jiných osob nebo mezi čtyřma očima

- c) jaká témata při rozhovoru zazní, zda se budou řešit témata ve prospěch seniora, či jiné osoby
- d) kolik času je potřeba rozhovoru věnovat a jaká slova mohou používat, aby senior rozhovoru porozuměl (*Pokorná, 2010*).

Ráda bych zmínila, že komunikace probíhá vždy ve dvou rovinách, a to v úrovni verbální a neverbální. Při verbální komunikaci se snažíme, aby byla naše slova co nejvíce pochopena, aby se senior nedostal do situace, že nechápe vyřčená slova a význam slovního sdělení.

Lidé většinou při verbální komunikaci jednájí na základě svých zkušeností, postojů, kulturních zvyklostí. Důležitá je při verbální komunikaci také délka sdělovaného. Dá se předpokládat, že pozornost u seniora nebude tak vysoká, jako u mladšího člověka, proto je důležité volit vhodná slovní spojení. Zbytečné vysvětlování a natahování diskuse může opět vést k dosažení nepozornosti a únavě u seniora. Je důležitá také rychlost sdělovaného. Při velkém spěchu a nervozitě nedochází k adekvátnímu pochopení sdělovaného. Příliš rychlá, ale také příliš pomalá mluva může seniora rozladit a rychle snížit jeho pozornost. Pokud je podstata informace sdělena příliš rychle nebo naopak moc pomalu, senior nemusí vždy tomuto tempu stačit, ztrácí zájem a řada podstatných informací mu uniká. Při komunikaci se seniory není vhodné tzv. skákat do řeči a nevhodnými výrazy upozorňovat, že sdělované není pravda, či je nezajímavé, neboť senior tím může mít pocit nedůležitosti. Nevhodným chováním při komunikaci ohrožujeme výsledek sdělovaného a možná také to, co by nám svými zkušenostmi a poznatky mohl senior sdělit. Většinou bychom měli dávat více prostoru v komunikaci seniorům, ovšem nemusíme pouze poslouchat, ale můžeme do seniorova monologu aktivně vstoupit. To dává seniorovi informaci tom, že jeho povídání sledujeme a že jsme aktivními účastníky jeho myšlenek. Časový horizont rozhovoru by měl vyplýnout sám. Senioři jsou velmi často příliš rozvláční, dlouho vzpomínají, hledají slova, a proto bychom měli s touto variantou počítat, neměli bychom seniora příliš časově omezovat, na druhou stranu bychom měli jasně upozornit kolik času pro rozhovor či komunikaci máme. Senioři, ve většině případů, neztrácejí svoji úroveň inteligence, ale nevhodně zvolené komunikační prostředky mohou seniory z komunikace zcela vyřadit. Senior totiž bude vždy potřebovat více času na sestavení verbální odpovědi, bude potřebovat více času na to, aby všechny věci pochopil tak, jak si přeje sdělující (*Pokorná 2010*).

Komunikace neverbální je v mnohém důležitější než verbální podání našeho sdělení. Sebelépe míněné verbální sdělení, které je v nesouladu s neverbálním projevem je velmi nebezpečné a může mít poměrně závažné důsledky v důvěře seniora. Existuje celá řada situací, kdy neverbálně sdělované, může mít daleko větší informační přínos pro příjemce než slovně

sdělované. Je nezbytné, aby byly neustále zohledňovány a kontrolovány schopnosti porozumět sdělované informaci ze strany seniora a vždy domýšlet jeho reakci na některé sdělované neverbální projevy. Naše neverbální komunikace by měla být adekvátní dané situaci, dané sociální skupině a měla by respektovat případnou sociokulturní rozdílnost. Sociokulturní příslušnost totiž může značně ovlivnit vnímání určitých gest.

Komunikace se seniorem by měla být maximálně ohleduplná, efektivní, měla by být zvolena odpovídající míra neverbálních projevů. Při komunikaci se seniorem je potřeba udržovat a zachovat dynamický charakter komunikace a nezřídka kdy musíme přistoupit i k faktu, že musíme komunikovat, přestože senior příliš nechce. Samozřejmě, že je to především v situacích, které mohou jedince ohrozit či omezit nejen na životě, ale také při běžných denních činnostech, neboť špatně vysvětlená nebo nedostatečně předvedená činnost může seniora zcela diskvalifikovat z činnosti, kterou potřebuje vykonat. Můžeme obecně říci, že jakým způsobem komunikujeme se seniorem, takový bude výsledek našeho vztahu s ním.

Faktory, které vstupují a ovlivňují komunikaci se seniory můžeme rozdělit do dvou základních skupin

- a) faktory interní
- b) faktory externí

Mezi faktory interní, které ovlivňují naši vzájemnou komunikaci se seniory patří jistá obava z neúspěchu, negativní emoce, kterými je každý senior ovlivněn, nepřipravenost a v neposlední řadě také fyzické nepohodlí nebo nemoc.

Mezi faktory externí patří ty, které jsou zaviněny zevním prostředím např. vyrušení jinou, cizí osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování (např. pokud se senior soustředí na fotografie) nebo také komunikační zahlcení, které již nedovoluje, aby senior vnímal drobné rozdíly a podstatné věci v komunikačním toku (*Pokorná, 2010*).

### **5.3. Manipulace v komunikaci ve vztahu k seniorům**

Jak bylo uvedeno, komunikace je intenzivní vztah mezi dvěma subjekty, mezi dvěma osobami. Tyto osoby však přistupují ke komunikaci jako svébytné osoby, se svými názory, zkušenostmi, povahou, temperamentem apod. Každá komunikace může být zasažena vědomě nebo nevědomě aspekty zkreslení, mystifikace a vzájemného nepochopení. V širších souvislostech můžeme tyto skutečnosti chápat jako manipulace při komunikaci.

Manipulace v obecné rovině znamená snahu působit na myšlení druhé osoby nebo na více osob. Manipulátor (osoba, která je schopna lhát, klamat v úmyslu dosáhnout vlastních cílů) se snaží přesvědčit jinou osobu nebo osoby o správnosti svého tvrzení nebo myšlenky a využívá neznalosti tématu nebo obsahu sdělovaného. Manipulované osoby si většinou ani neuvědomují, že jsou vtaženi do manipulativní komunikace, a tak se ani nebrání. Zvláště pak u seniorů platí, že ne vždy se dokáží rychle zorientovat v tématu, nedokáží rychle prosadit svůj názor nebo uhájit svoji důstojnost. Manipulátor využívá svých schopností získat si pozornost a sympatie, využívá svého charisma a znalosti slabých stránek nebo svého prostředí.

Známa psycholožka, která se zabývá právě problematikou manipulací, Isabelle Nazare-Aga, sepsala několik rysů, kterými jsou typičtí manipulátoři. Pokud alespoň deset z nich senior pozná, může si být velmi jistý, že jedná s manipulátorem. Patří mezi ně: (Pokorná, 2010):

1. je zaměřen na sebe – je egocentrický
2. přenáší zodpovědnost ze sebe na druhé
3. navozuje u oběti pocit viny
4. nesděljuje jasně své požadavky ani potřeby
5. odpovídá většinou neurčitě
6. mění své postoje podle situace a podle osoby, s níž právě komunikuje
7. své potřeby zakrývá velmi často logickým důvodem
8. požaduje od druhých dokonalost, neměnnost názorů
9. zpochybňuje kvality druhých, nenápadně druhé kritizuje a soudí, hovoří o nich s despektem
10. zasívá nesvár, podněcuje podezíravost
11. často ze sebe dělá oběť, aby ho ostatní litovali
12. nedbá na žádosti druhých, přičemž tvrdí pravý opak
13. využívá morálních zásad druhých k naplnění vlastních potřeb
14. citově či jinak vydírá nebo vyhrožuje, skrytě nebo otevřeně
15. často mění téma uprostřed hovoru
16. zaměřuje se na neznalosti druhých a snaží se tak vyvolat dojem, že „má navrch“
17. lže
18. hlásá lež, aby se dozvěděl pravdu a překrucuje a interpretuje výroky druhých
19. závidí třeba i osobám velmi blízkým
20. nesnáší kritiku, dokáže popírat zcela zřejmá fakta
21. nedbá na práva, potřeby a přání druhých
22. často vydává pokyny a nutí druhé jednat na poslední chvíli

23. jeho slovní projev zní logicky, avšak jeho postoje, činy nebo způsob života svědčí o pravém opaku
24. dává dary, snaží se zalíbit, lichotí a nečekaně projevuje drobné úsluhy
25. v jeho přítomnosti se ostatní cítí nepříjemně a nesvobodně
26. jde naprosto důsledně za svým cílem, ovšem na úkor druhých
27. přiměje oběť k jednání, které by o vlastní vůli nedopustila  
(Pokorná, 2010).

Komunikace v oblasti práce se seniory se však může mít svá specifika. Pokud budeme přesvědčovat seniora o nutnosti zlepšení zdraví nebo o potřebě změny životosprávy, je dobré aktivně motivovat seniora v těchto otázkách. K tomu, aby senior nepodlehnu manipulaci je dobré být aktivní v osobním vzdělávání. Průcha uvádí ve svém Pedagogickém slovníku, že sice může být vzdělávání bráno v určitém slova smyslu jako manipulace, nicméně na konci vzdělávacího procesu by měl mít senior jasnou představu o krocích, které vedou ke zlepšení nebo udržení dobrého životního standardu. Senior by neměl být pasivním příjemcem informací, měl by se i vlastními silami snažit o jejich pochopení (samostudium, používání dostupné odborné literatury, ověřené elektronické zdroje apod.). V této oblasti platí, že jsou potlačovány potřeby manipulované osoby a zvýhodněn je manipulativní jedinec. Nelze za manipulaci považovat však chování a přístup lékaře či odborné zdravotní sestry, kteří se snaží pacientovi pomoci (problematikou se více zabývá obor bioetiky), stejně tak jako učitel ve škole, který učí žáky a umožňuje jim jejich vlastní náhled na problematiku (Pokorná, 2010).

Mezi nejčastější jazykové manipulace ve vztahu k seniorům jsou v rozdílnosti vnímání obsahové náplně komuniké (rozdílnost v tom, jak senior chápe obsah vyřčeného) a neúměrné nebo záměrné používání odborné terminologie a profesionálního jazyka. V obou případech je velmi vhodné u seniora zhodnotit jeho sociokulturní původ, typ vzdělání a aktuální psychický stav. Senioři bývají obecně citlivější na paralingvistické a neverbální projev při komunikaci. Používání specifických a odborných nebo cizích termínů je v současné době poměrně populární. Za posledních několik let se do běžné hovorové komunikace dostávají termíny pocházející z odborných oblastí a zahraniční, většinou anglicky psané, literatury. Senioři většinou nejsou připraveni rychle reagovat na tyto změny a novinky, je velmi obtížné, aby tak pochopili souvislosti. Typické používání takového jazyka je u mladé generace, velmi často se může senior setkat s odbornou terminologií právě při návštěvě lékaře nebo zdravotnického zařízení. Senioři většinou nepovažují používání odborné terminologie a žargonu za něco obdivuhodného, naopak nadužívání odborných termínů při rozhovorech v nich vyvolává pocit

úzkosti a ponížení. Senioři se také často nezeptají na slova, kterým nerozumí, nechtějí sdělovatele informací zdržovat, někdy považují odborné termíny za nedůležité. Většina seniorů se totiž ostýchá zeptat na nepochopený výraz, či myšlenku a tím se dostávají do spirály neporozumění komuniké a zároveň vlastní frustrace. Jeden z výzkumů (Friedman a DiMatteo, rok 1989) shrnují pár zajímavých poznatků při odborné komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem. Z tohoto průzkumu vyplývá, že využitím odborných termínů se zdravotník „brání“ před vyjádřením pocitů nemocných, odborné termíny mohou omezit odhalení případné chyby a v neposlední řadě odborné zdravotnické termíny mohou sloužit jako ochrana před nutností vyjádřit vlastní emoce (*Pokorná, 2010*).

Důsledkem nadužívání odborných termínů může být především zkreslení informací, nesprávná interpretace a z toho vyplývající potencionální nebezpečí zanedbání nebo přehlédnutí.

## Praktická část

### 1. Cíl studie a výzkumné otázky

Jak jsem popsala v teoretické části, senioři jsou vystaveni mnohým, často novým problémům, se kterými se v předcházejícím období svého života nesetkávali. Častěji se vyskytuje zhoršení zdravotního stavu, v různých kombinacích, je patrný úbytek kognitivních schopností, zhoršuje se smyslové vnímání, dochází k určité sociální izolaci. Tyto neodvratné změny kladou velký nárok na adaptační schopnosti seniora a představují výzvu, se kterou se senioři musí vypořádat. Někteří senioři se vypořádávají se změnami lépe, jiní hůře. Toto vypořádání je velmi individuální a záleží na každém jedinci a na celé řadě faktorů. Roli zde hrají vlastní osobnost seniora, sociální podpora, množství a závažnost přibývajících problémů, ale nezanedbatelnou roli zde hrají i úroveň vzdělání a edukace seniorů.

Je možné konstatovat, že podstatná je edukace, která byla uskutečněna již v předcházejících obdobích života, ve které se může pokračovat. Nicméně pro řadu seniorů je velmi důležité, aby byli edukováni v přítomnosti, aktuálně. Moje práce je zaměřena na téma zdravotní edukace seniorů, neboť edukace nepřispívá pouze ke zlepšení zdraví, ale také přispívá ke zdravějšímu životnímu stylu a pocitu tzv. „well-being“, což bychom mohli volně přeložit, jako pocit dobře prožitého života. Spokojený život seniorů není založen pouze na přesném a pravidelném užívání léků, ale také na aktivním přístupu k životu, setkávání se s rodinou a vrstevníky. Jde o faktory, které s přibývajícími léty mohou ubývat.

Na tomto místě se nesnažím působit pesimisticky nebo negativně, naopak mnoho seniorů svoji situaci pochvaluje, na svojí roli seniora jsou patřičně hrdí, těší se na oddych po celoživotním pracovním zatížení. Řada seniorů však začíná pociťovat při zhoršení fyzického stavu, také zhoršení stavu psychického a sociálního. V práci jsem se snažila nastínit, jaký vliv na tento nepříjemný stav může mít dobře vedená zdravotní edukace a jak může přispět ke zlepšení hlavně psychického a sociálního stavu u seniorů.



Jako hlavní cíl jsem si stanovila zjistit, jak jsou senioři v regionu Prahy 6 edukováni v oblasti zdraví a jak na ně osobně tyto informace působí. Vycházejíc z tohoto cíle jsem si stanovila základní 4 výzkumné otázky:

1. Co senioři aktivně dělají pro své zdraví?
2. Kdo a kde edukuje seniory o zdravém životním stylu?
3. Jak senioři hodnotí užitečnost zdravotních informací?
4. Jak ovlivňují psychický stav seniorů informace z oblasti zdraví, které se k nim dostávají?

S přispěním dostupné literatury a teorie popsané v první, teoretické části mé práce se snažím ověřit některé hypotézy:

Hypotéza H1: Mezi mladšími a staršími seniory je rozdíl v aktivitách, které uskutečňují pro své zdraví.

Hypotéza H2: Senioři jsou zdravotně edukováni převážně přímým kontaktem (lékařem, rodinou, vrstevníky) a méně ostatními zdroji informací (např. elektronicky, knižně).

Hypotéza H3: Senioři hodnotí jako užitečnější informace získané přímým kontaktem (od lékaře, rodiny, vrstevníků), než informace získané nepřímo (např. elektronicky, knižně).

Hypotéza H4: Na seniory mají pozitivní vliv zdravotní informace získané přímým kontaktem (od lékaře, rodiny, vrstevníků), než informace získávané nepřímo (např. elektronicky, knižně).

## 1.1. Metody výzkumu

Jako základní metodu výzkumu jsem zvolila explorační analýzu, aplikovanou na data získaná z dotazníkového šetření. Tato metoda je dle mého názoru dostatečná, neboť problematiku edukace seniorů se snažím popsat a nehledat příliš komplikované vztahy a závislosti. Snažím se vyjádřit četnosti jednotlivých aktivit, které senioři vykonávají a porovnat vzorky starších a mladších seniorů, jak jsou definovány Příbylem (2015). Také se snažím zjistit, jak senioři vnímají zdravotní informace, které se k nim dostávají, což je opět možné vyjádřením deskriptivní statistikou.

Na sběr dat jsem použila dotazník, ve které byla zohledněna cílová skupina seniorů. Otázky jsem formulovala jednoduchou formou, neboť jsem zahrнула do výzkumu i starší seniory, pro které by složitější otázky mohli být nepříjemným problémem a dotazník by třeba nechtěli vyplňovat. Omezila jsem počet otázek na minimum, ale tak, aby mi poskytly stále dostatek potřebných informací. Respondenti volili v tabulce křížkem vhodnou odpověď, což mi připadlo jako nejvhodnější a nejjednodušší forma odpovědi. Starší člověk se tak nemusí zabývat dlouhým čtením otázek, ze kterých by musel vybírat nejvhodnější odpověď. Výběr možností jsem se také snažila udržet ve vhodné a pochopitelné míře, respondenti volili z maximálně třech vhodných odpovědí. Na každou výzkumnou otázku formulovanou v předcházející části (otázka 1. – 4.) připadá jedna otázka v dotazníku (viz příloha), ale zároveň se tato otázka ptala na více faktorů. Pro dotazník jsem též zvolila vyšší typ písma, neboť předpokládám, že většina seniorů by měla se standardní velikostí písma 12 potíže. Též jsem důležité informace zvýraznila. Předpokládala jsem, že vyplnění dotazníkových otázek nezabere jednotlivci více jak 15 minut, což se potvrdilo a u mladších seniorů tento čas nebyl ani 10 minut.

V úvodu mého dotazníku jsou základní informace o výzkumu. Uvedla jsem, o jakou práci se jedná, na jaké téma je práce zaměřena a při rozdávání dotazníků jsem respondenty informovala o přibližné délce vyplnění dotazníku. Zároveň jsem respondenty informovala, že dotazník je anonymní a veškeré údaje budou využity pouze pro účely této konkrétní práce. Respondenti dostali možnost dobrovolného vyplnění dotazníků, byla jim nabídnuta i možnost odmítnout vyplnit dotazník a šetření se neúčastnit.

Dotazníky byly rozdávány v regionu Praha 6, např. v organizaci Sokol, dále v římsko-katolickém kostele sv. Václava před a po nedělních bohoslužbách, oslovila jsem i seniory v čekárnách praktického lékaře a nezapomněla jsem na rodinu svoji i mých známých. Ve většině případů jsem byla přítomna vyplnění dotazníků pro případ bližšího vysvětlení,

dotazníky v Sokole byly ponechány členům zhruba na týden, do následující hodiny cvičení. Po týdnu jsem si je osobně vyzvedla u seniorky – členky Sokola, která se nabídla, že mi s průzkumem pomůže.

Dotazníky v kostele byly rozdávány pod vedením řádové sestry Ludmily, která zároveň vede hodiny křesťanské výchovy na spádových základních školách. Sestra Ludmila mi dávala určitou jistotu, že dotazníky budou v kostele rozdány opravdu seniorům a zároveň budou zpět vybrány, neboť sestra Ludmila dlouhodobě zná většinu farníků a ví, kdo bude patřit do skupiny seniorů. Respondenti vyplňovali dotazníky většinou po ukončení nedělní mše svaté, někteří respondenti si vzali dotazníky domů a při následující návštěvě zase odevzdali. Žádný z respondentů si nestěžoval na formu dotazníku, většina klientů byla spokojena se zvolenou formou a dotazníkovými otázkami.

U dotazníků rozdaných v čekárnách praktického lékaře, jsem čekala na jejich vyplnění a zároveň jsem využila tento čas pro edukaci seniorů o zdravém životním stylu.

## **1.2. Vzorek respondentů**

Můj vzorek respondentů tvořilo 142 seniorů, dva dotazníky respondentů jsem musela vyřadit z důvodu nesprávného vyplnění, což jsem zjistila až při opakované kontrole. Tyto nesprávně vyplněné dotazníky byly zřejmě špatně pochopeny některým ze seniorů při domácím vyplňování. Celkový počet respondentů byl tedy 140 seniorů, jediná podmínka k jeho vyplnění byl věk dosažení 65 let. Snažila jsem se dotazníky rozdat rovnoměrnému zastoupení žen a mužů, což se zhruba povedlo. Výzkumu se účastnilo 56 % mužů a 44 % žen. Věkové rozložení zkoumaného vzorku seniorů odpovídá přibližnému věkovému rozložení v populaci. Nejvíce vyplněných dotazníků jsme obdržela od věkové kategorie 65–74 roků, což tvořilo 47 % respondentů. Druhou nejčastější věkovou skupinou byla skupina seniorů ve věkovém rozmezí 75–84 let. Tato skupina tvořila 32 % všech dotázaných a nejmenší skupinu respondentů tvořili senioři nad 85 let věku, kteří tvořili 20 % všech dotázaných. Údaje o věku jsou seřazeny podle pohlaví a jsou zobrazeny v tabulce č. 1. Ostatní demografické údaje, které se týkají rodinného stavu respondentů jsou zachycené v tabulce č. 2.

**Tabulka č. 1 :** Demografické údaje respondentů

	Absolutní početnost		Relativní početnost	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
<b>Pohlaví</b>				
<b>65 – 74 let</b>	38	28	27 %	20 %
<b>75 – 84 let</b>	24	22	17 %	16 %
<b>85 + let</b>	16	12	11 %	9 %
<b>Spolu</b>	78	62	56 %	44 %

**Tabulka č. 2:** Rodinný stav respondentů podle pohlaví

	Muži	Ženy	Spolu
<b>Bezdětný</b>	31	19	50
<b>Vdaná/ženatý</b>	24	22	46
<b>Vdovec/vdova</b>	24	14	38
<b>Rozvedený/á</b>	14	16	30
<b>Svobodný/á</b>	16	10	26

### 1.3. Výsledky šetření

Po shromáždění vyplněných dotazníků jsem data přepsala do vytvořených tabulek, které byly nutné pro analýzu. Na vyhodnocení jsem použila klasický program Windows Excel. Demografické údaje jsem zpracovala osobně a jsou uvedeny v předcházející části (Vzorek respondentů). Výsledky týkající se mých hypotéz (v dotazníku jsou to otázky 5–8) prezentuji níže. Dotazníkové otázky jsou číslovány od čísla 5, neboť otázky 1 až 4 se týkaly demografie respondentů.

Otázka číslo pět byla zaměřena na to, do jaké míry se respondenti zabývají konkrétními činnostmi (viz tabulka číslo 3). Ke každé činnosti měl účastník vyznačit v tabulce, zda tuto aktivitu provádí pravidelně, občas nebo neprovádí nikdy. Odpovědi jsem převedla do číselného kódu, který vyjadřuje míru četnosti provádění dané aktivity. Pokud byla zaškrtnuta odpověď „nikdy“, přiřadila jsem odpovědi číslo 1, pokud byla odpověď „občas“, přiřadila jsem číslo 2 a pokud klient odpověděl „pravidelně“ přiřadila jsem odpovědi číslo 3. Čím vyšší číslo, tím se naši respondenti danou činností zabývali. K jednotlivým odpovědím jsem následně spočítala aritmetický průměr a hodnoty modusu. Aritmetický průměr nám pak dává vypovídající hodnotu, která průměrná hodnota odpovídala dané položce. Modus hovoří o tom, jaká hodnota se vyskytovala nejčastěji. Takže např. pokud položka dosáhla průměrné hodnoty 1,80 (např. položka o užívání alkoholu), znamená to, že skupina se nalézá někde mezi hodnotami „nikdy“ a „občas“. Ovšem pokud je hodnota 1,80 blíže kódu 2, tak to znamená, že jedinec spíše „občas“ pije, než „abstinuje“ (v dotazníku „nikdy“). To dokládá i modus, neboť nejčastější naměřená hodnota byla 2. Tyto dvě výše uvedené hodnoty se nemusí vždy překrývat, ale přesto je dobré je prezentovat společně. Např. v položce „mám kontakt s rodinou“ jsem naměřila průměr 2,39, zdá se, že skupina má kontakt s rodinou více „občas“, než „pravidelně“. Hodnota modusu (3) nám ale říká, že většina respondentů je ve skutečnosti v kontaktu s rodinou pravidelně.

V tabulce č. 3 jsou odpovědi seřazené podle aritmetického průměru a vyplývá z něho, jak často se respondenti věnují konkrétní činnosti. Z tabulky je patrné, že senioři nejčastěji dodržují aktivity, které se týkají bezprostředně jejich zdraví, konkrétně dodržují zodpovědně užívání léků a pravidelně navštěvují lékaře. Další dvě nejčastěji se vyskytující aktivity se týkají jejich společenského života, konkrétně jejich kontaktů s rodinou a s vrstevníky nebo kamarády. Velmi zajímavým zjištěním je, že alkoholu a kouření skoro neholdují, neboť se vyskytují na konci seznamu. Zajímavým zjištěním je fakt, že sportování a kouření obsadily stejnou úroveň a dokonce vplynulo, že více seniorů pije alkohol než sportuje. Právě u položek kouření a

sportování se jako u jediných vyskytovala nejčastěji odpověď „nikdy“. S přihlédnutím na věk respondentů je omezené sportování vcelku pochopitelné a pravidelný zdravý pohyb nahrazují v této věkové kategorii více procházkami, které většina respondentů označila jako „občas“. Otázkou je, zda se jedná o dostatečné množství a zda zdravý pohyb respondentům nechybí.

Z obdržených dat mohu usuzovat, že senioři dbají na své zdraví a pohodu, snaží se alespoň do určité míry dodržovat zdravý životní styl, především z lékařského hlediska a snaží se mít pravidelné sociální kontakty. Z toho mohu soudit, že senioři přikládají větší váhu a víc dbají o svoje fyzické zdraví než o to psychické. Na prvních příčkách bodovaly aktivity týkající se fyzického zdraví (byla zde větší frekvence odpovědí „pravidelně“), aktivity týkající se duševní pohody jsou oproti nim skoro zanedbatelné (otázky typu: „věnuji se svým zálibám“; „zajímám se o své psychické zdraví“). Tyto otázky nejčastěji dosahovaly odpovědi „občas“. Může to také znamenat, že senioři kladou větší důraz na své fyzické zdraví a v edukaci seniorů by se mohla více zohlednit jejich psychická spokojenost. Na druhou stranu můžeme říci, že člověk, který není fyzicky v pořádku, má podlomené zdraví se pravděpodobně nebude věnovat svým koníčkům, dokud se nebude cítit fyzicky v pořádku. Každopádně by psychická pohoda neměla za fyzickou zaostávat a hodnoty týkající se zdravého stravování a pravidelné procházky by mohly dosahovat vyšších hodnot.

**Tabulka č. 3** Průměr a modus odpovědí na otázku č. 5 (Prosím vyznačte do tabulky křížkem, jak často děláte každou z následujících činností)

	průměr	modus
Užívám odpovědně léky:	2,60	3
Chodím na pravidelné prohlídky k lékaři:	2,47	3
Mám kontakt s rodinou:	2,39	3
Mám kontakt s vrstevníky, s přáteli:	2,37	2
Věnuji se svým zálibám, koníčkům:	2,14	2
Chodím na procházky:	2,09	2
Zdravě se stravuji:	2,09	2
Zajímám se o své psychické zdraví:	1,99	2
Piji alkohol:	1,80	2
Sportuji:	1,48	1
Kouřím:	1,48	1

Otázka číslo 6 se ptala na to, od koho čerpají senioři tipy a rady pro svoje zdraví. Vyjmenovaných bylo 9 možných zdrojů informací a účastníci měli ke každé vyznačit odpověď „ano“ či „ne“. V tabulce č. 4 jsou vyobrazené četnosti odpovědí, seřazené od nejčastějšího zdroje zdravotnických informací po nejméně využívané zdroje. S přihlédnutím na předcházející otázku nepřekvapí, že typy a rady čerpají senioři především od svého lékaře, a to až 88 procent. Zároveň je to v seznamu nejodbornější zdroj informací. Pro velké množství respondentů je také důležitým zdrojem informací televize (66 %) nebo lidé v jejich okolí (a to 65 %). Na kolik jsou tyto zdroje informací odborné není z dotazníku patrné, neboť úroveň posouzení odbornosti je zcela individuální. Lidé z okolí našich respondentů nebo televizní vysílání, může nabízet zkreslené nebo zavádějící informace. Každopádně se člověk těmto zdrojům v současné době asi nevyhne, takže je logické, že se v našem dotazníku tyto zdroje informací vyskytly poměrně vysoko. Asi závažnějším zjištěním by bylo, pokud by tyto zdroje informací byly seniory používány častěji než informace obdržené od odborného zdravotního personálu. Zajímavým výsledkem bylo i zjištění, že 17 % seniorů věří více svým kamarádům a známým než své rodině. Z ostatních nabízených možností medií (reklamy, internet nebo rádio) čerpá informace zhruba polovina dotázaných seniorů. Na posledním místě se umístily přednášky a kurzy, které mnoho seniorů nenavštěvuje. I když je to vcelku pochopitelné, myslím si, že právě dobře vedené přednášky nebo kurzy mohou mít pro seniora daleko větší přínos než sledování reklam v televizích, či sledování nekonečných seriálů s neověřenými zdravotními informacemi.

Více o zdrojích zdravotních informací napoví další položená otázka, která se ptá na užitečnost těchto informací. Ke každému z výše uvedených zdrojů měl respondent přidat jednu ze třech hodnot – „užitečné“, „méně užitečné“ a „neužitečné“. Tyto odpovědi jsem podobně jako v otázce č. 5 číselně kódovala tak, že slovní hodnocení „užitečné“ mělo přiřazeno hodnotu 1, hodnocení „méně užitečné“ hodnotu 2 a hodnota 3 připadla vyjádření „neužitečné“. Čím nižší skóre, tím byl pro mé respondenty daný zdroj považovaný za užitečný. V tabulce č. 5 jsou zdroje zdravotnických informací seřazené od nejvíce užitečných, až po nejméně užitečné. Užitečnost vcelku kopíruje trend z předcházející otázky (nejčastější zdroj informací), a to tak, že nejužitečnějšími zdroji informací jsou lékaři, televize a vrstevníci. I když se pro každý z těchto zdrojů vyskytovala nejčastěji odpověď „užitečné“, je pozitivní vědět, že za nejužitečnější jsou považováni lékaři (1,21), avšak průměr televize (s hodnotou 1,86) a kamarádů (1,91) se blíží hodnotě „méně užitečné“. Ukázalo se, že senioři více přijímají

informace od vrstevníků, než od rodiny a velmi podobně tomu bylo i s užitečností informací. Může to znamenat, že senioři jsou s vrstevníky více v kontaktu než s rodinou. Neznamená to však, že nepřikládají zdravotnickému názoru své rodiny menší váhu.

V kontrastu se zjištěním, že lidé považují zdravotnické informace z televize za užitečné stojí fakt, že ostatní nabízená média (časopisy, rádio a televize) se umístili níže. To, že většina seniorů nevěří údajům z internetu je potěšující a pravděpodobně za to může kampaň, která nabádá lidi, aby si informace z internetu ověřovali z více zdrojů. Podobně by se měli senioři chovat i ve vztahu k informacím z televize, i když zde předpokládám daleko větší kontrolu. Na internetových stránkách nemusí být kontrola žádná, pravdivost různých informací závisí na konkrétním správci webových stránek. Jako nejméně užitečné jsou opět hodnoceny vzdělávací kurzy a přednášky. Opět je zde předpoklad, že je senioři příliš nenavštěvují, možná není nabídka v místě bydliště pro seniora zajímavá. Neznamená to však, že by jim senioři nevěřili.

**Tabulka č. 4** Relativní početnost odpovědí na otázku č. 6 (Vyznačte prosím křížkem, od koho čerpáte tipy a rady pro své zdraví)

	ANO	NE
Od lékaře:	88 %	12 %
Z televize:	66 %	34 %
Od kamarádů, vrstevníků:	65 %	35 %
Z časopisů a knih:	51 %	48 %
Od rodiny:	48 %	52 %
Z letáků a reklam ve zdravotnických zařízeních:	47 %	53 %
Z rádia:	41 %	59 %
Z internetu:	41 %	59 %
Ze vzdělávacích kurzů, přednášek o zdraví:	23 %	77 %



**Tabulka č. 5** Průměr a modus odpovědí na otázku č. 7 (Označte prosím, jak hodnotíte UŽITEČNOST ZDRAVOTNÍCH INFORMACÍ od následujících skupin)

	průměr	modus
Od lékaře:	1.21	1
Z televize:	1.86	1
Od kamarádů, vrstevníků:	1.91	1
Z časopisů a knih:	1.93	1
Od rodiny:	1.93	2
Z letáků a reklam ve zdravotnických zařízeních:	2.09	2
Z rádia:	2.17	2
Z internetu:	2.23	2
Ze vzdělávacích kurzů, přednášek o zdraví:	2.31	2

Poslední otázka našeho výzkumu se týkala toho, jaký vliv na jedince mají zdravotnické informace od výše jmenovaných zdrojů. Ke každému zdroji se měli respondenti vyjádřit, zda informace, které jsou mu poskytovány vnímá pozitivně, negativně, popřípadě, že na jedince nemají žádný vliv. Aby účastníci pochopili, co myslíme pod pojmem „pozitivní vliv“, uvedla jsem v dotazníku krátký příklad: „dávají Vám pocit klidu, dobré informovanosti a nadhled, jak řešit případný zdravotní problém. Stejně tak jsem v dotazníku uvedla, příklad toho, jak na ně mohou informace působit negativně: „stresují Vás“, „vyvolávají obavy z nemoci“, apod. Respondenti mohli zvolit pouze jednu možnost. V tabulce číslo 6 jsou zdroje zdravotnických informací seřazené podle toho, jak velmi pozitivně ovlivňují seniory. Nejpozitivněji (ze 70 %) jsou seniory hodnocené informace poskytované lékařem. Toto je v souladu s daty, která jsem nasbírala v předcházejících otázkách. Senioři se o své zdraví zajímají a lékaře považují za autoritu, od které čerpají zdravotní informace, které jsou užitečné, smysluplné a dávají jim pocit nadhledu a dobré informovanosti. Je potěšující vědět, že tento zdroj, který zastupuje odbornou

zdravotnickou veřejnost je umístěn na prvním místě. Okolo 42 % respondentů vnímá pozitivně informace, které dostávají od kamarádů, vrstevníků, rodin a také z tiskovin.

Zajímavý vztah byl vysledovaný s televizí. Přibližně třetina respondentů označila, že informace z televize na ně mají pozitivní vliv, třetina označila vliv negativní a 37 % dotázaných označila možnost, že na ně nemají žádný vliv. Zároveň se jedná o nejnegativnější hodnocení, které se jakému zdroji dostalo. Vyjadřuje to pestrý vztah respondentů k televizi, který je zřejmě dost osobní a individuální a závisí na mnoha faktorech. Každopádně je to nejméně konzistentní výsledek, jaký jsem ve výzkumu zaznamenala. Můžeme to reprodukovat tak, že se každý z respondentů dívá na informace v televizi jinak. Jako nejméně negativní jsou vnímány informace získávané z novin, časopisů a knih. Pravděpodobně se i tento fakt pojí s určitou odborností vydávaných knih a tiskovin, stejně jako rodina, která má zájem informovat svého seniora podpůrně a pozitivně. Kurzy a přednášky byly označeny ve velkém počtu respondentů (66 %) označeny jako ty, které nemají žádný vliv. Je to opět zřejmě dáno faktem, že senioři tyto kurzy nenavštěvují, což vyplynulo z předcházejících dotazů. Podle poloviny dotázaných nemají na seniora vliv ani informace z rádia, internetu a zdravotnických letáků a reklam. Je zajímavé zjištění, že knihy a rodina nejsou zdrojem negativního vlivu na seniora, jsou v těsném závěsu za výše jmenovanými médii, tedy za rádií a tiskovinami.

Po prezentování dat se můžeme podívat na to, zda se mi potvrdily nebo vyvrátily mé hypotézy.

*Hypotéza č. 1* tvrdila, že mezi staršími a mladšími seniory je rozdíl v aktivitách, které uskutečňují pro své zdraví. V tabulce č. 7 jsou uvedeny průměry toho, jak často se daná věková kategorie věnuje konkrétní činnosti. Čím vyšší číslo, tím se respondent věnuje aktivitě častěji. Už na první pohled je vidět, že mladší senioři se věnují aktivitám více než ostatní dvě skupiny. Nejmenší rozdíl je zaznamenán v kontaktu s rodinou, což je pozitivní zjištění, neboť dobré vztahy v rodině určitě přispívají k psychické pohodě seniora. Rozdíl mezi užíváním léků a navštěvováním lékaře není příliš prokazatelný, což podporuje naše zjištění, že senioři se snaží starat sami o svoji dobrou fyzickou kondici. Horší zjištění, nicméně předpokladatelné je, že starší senioři kouří více než mladší. Nejednoznačný rozdíl však vyplynul z požívání alkoholu, kde rozdíl mezi mladšími a staršími seniory byl zanedbatelný. Dobře prokazatelný je postupný pokles v četnosti procházek, v četnosti koníčků, zdravého stravování a sportování. Z toho usuzuji, že moje hypotéza č. 1 se potvrdila. S přibývajícím věkem ubývá u seniorů aktivit pro zdraví. Není to nic překvapujícího, s věkem ubývá síla. Co je však dle mého názoru

znepokojující je zjištění, že starší senioři věnují svému psychickému zdraví méně pozornosti a času, než ti mladší a na tuto oblast by se měla více zaměřit právě edukace seniorů.

**Tabulka č. 6** Relativní početnost odpovědí na otázku č. 8 (Označte prosím, jak na vás působí informace z oblasti zdraví od různých skupin)

	POZITIVNÍ %	NEGATIVNÍ %	ŽÁDNÝ %
Od lékaře:	70	17	13
Od kamarádů, vrstevníků:	44	29	27
Z časopisů a knih:	43	9	48
Od rodiny:	42	9	49
Z televize:	33	30	37
Z letáků a reklam ve zdravotnických zařízeních:	33	17	50
Z internetu:	26	24	50
Z rádia:	25	25	50
Ze vzdělávacích kurzů, přednášek o zdraví:	23	11	66

*Hypotéza č. 2* tvrdila, že senioři jsou zdravotně edukováni převážně přímým kontaktem (lékařem, rodinou, vrstevníky) a méně ostatními zdroji informací (např. elektronicky, knižně). Tato hypotéza se nepotvrdila. Jak vyplývá z tabulky č. 4, senioři čerpají zdravotní informace od lékařů, přátel a rodiny, ale stejně často také z televize a tiskovin, jakými jsou knihy a časopisy. A právě televize se umístila v hodnocení vysoko, což je zřejmě způsobeno tím, že dost seniorů se k ní upíná, neboť již nemají dostatek energie nebo náladu, což naznačuje odpověď na předcházející hypotézu. Pozitivní a zřejmě předpokladatelný je fakt, že lékaři zůstávají v tomto ohledu na prvním místě. Ostatní elektronická media se nevyskytují tak často,

což bude způsobeno tím, že starší generace nemá tak dobře vybudovaný vztah k těmto mediím, jako generace mladší.

**Tabulka č. 7** Průměr odpovědí na otázku číslo 5 podle věku (Prosím vyznačte do tabulky křížkem, jak často děláte každou z následujících činností), vyšší číslo označuje častější aktivitu.

Věk	65 – 74 let	75 – 84 let	85+
Užívám odpovědně léky:	2,7	2,4	2,6
Mám kontakt s vrstevníky, s přáteli:	2,6	2,3	2,0
Chodím na pravidelné prohlídky k lékaři:	2,5	2,3	2,6
Chodím na procházky:	2,4	2	1,4
Mám kontakt s rodinou:	2,4	2,4	2,3
Věnuji se svým zálibám, koníčkům:	2,4	2	1,7
Zdravě se stravuji:	2,2	2,1	1,7
Zajímám se o své psychické zdraví:	2,2	1,7	1,7
Sportuji:	1,8	1,3	1,0
Piji alkohol:	1,8	1,9	1,7
Kouřím:	1,3	1,6	1,6

*Hypotéza č. 3* předpokládala, že senioři hodnotí jako užitečné informace získané přímým kontaktem (od lékaře, rodiny, vrstevníků), než informace získané nepřímo (např. elektronicky, knižně). Ani tato hypotéza se nepotvrdila. Jak ukazují data v tabulce č. 5, tak senioři hodnotí jako užitečné právě informace od zdrojů, ze kterých čerpají nejčastěji. Jedná se tedy opět o televizi a tiskoviny, tedy nejen informace získané přímým kontaktem s odborným zdravotním pracovníkem, vrstevníkem nebo rodinou.

*Hypotéza č. 4* tvrdila, že na seniory mají pozitivní vliv zdravotní informace zjištěné přímým kontaktem (od lékaře, rodiny, vrstevníků), než informace získané nepřímo (např. elektronicky, knižně). Ale ani hypotéza č. 4 se mi nepotvrdila. Senioři sice hodnotí jako pozitivní zdravotní informace získané od lékaře, rodiny a přátel, opět se však mezi nimi

nacházejí tiskoviny a knihy. Co je dosti překvapující, že zdravotní informace získané z televize nevnímají jako pozitivní a uspokojující, i přesto, že z nich dosti často čerpají a považují je za užitečné. Tento rozpor je zajímavý a zřejmě vyjadřuje to, že sledování televize není zas tak přínosné, pokud seniorům nepřináší pozitivní informace a nadhled.

## Diskuse

Problematika seniorů a jejich edukace je velmi rozsáhlá oblast pro zkoumání. O edukaci byla napsána spousta publikací, bylo provedeno mnoho výzkumů a je poměrně těžké zaměřit práci pouze na edukaci seniorů. Smysluplná a dobře vedená edukace seniorů jistě vede k pochopení smysluplného života. Lidský věk se prodlužuje a klade vyšší nároky na vzdělání seniorů, na porozumění současných událostí a věcí, které seniora obklopují.

V současné době se prodlužuje i průměrná délka života, proto je důležité se oblasti seniorského vzdělávání věnovat důsledně. Je důležité si uvědomovat specifika této věkové skupiny a přizpůsobit jim i oblast a rozsah vzdělávání a vzdělávacích možností. V této souvislosti můj výzkum upozorňuje i na nutnost specifického vzdělávání osob, které se zabývají vlastním vzděláváním seniorů. Zjistila jsem, že senioři se zajímají o svůj zdravotní stav, avšak převážně z fyzického než psychologického hlediska a že sociální vztahy rodiny a blízkých hrají podstatnou roli i při jejich edukaci.

Moje výsledky podporují teorii, že pokud se senioři budou i ve vyšším věku zabývat různými aktivitami a věnovat se sebevzdělávání, mohou do dalších let hledět s větším optimismem, neboť jim celá řada událostí přijde srozumitelná a pochopitelná. Prostřednictvím výzkumného šetření jsem zjistila, že největší vliv na edukaci seniora má stále lékař, neboť má stále ve společnosti velmi vysokou míru uznání. To je dobré z toho pohledu, že senioři mohou ve větší míře podléhat manipulaci a reklamě, jak vidíme, za nejspolehlivější považují zdroje, jakými jsou např. lékaři. Mediím do takové míry nevěří.

To však neznamená, že by se senioři měli spoléhat jen na lékaře a odborný zdravotní personál, ale senioři sami mohou zjišťovat, zkoumat a reflektovat nově poznané znalosti. Senior nemusí vždy spoléhat pouze na své okolí, jistě na základě nabývaných nových znalostí a zkušeností může spoléhat na svůj vlastní rozum a schopnosti. Moje data ale neprokazují, že senioři se s přibývajícím věkem věnují získávání nových znalostí, což je nedostatek, na který je potřebné se zaměřit. K tomu je ale důležité, aby byly pro seniory vybudované takové podmínky, aby se mohl velmi dobře orientovat a využívat různé druhy edukačních možností. Subjektivní spokojenost seniorů a jejich pozitivní pohled na život v seniorském věku by měla být i pro okolní, většinovou společnost velmi důležitá.

## Závěr

Diplomová práce je zaměřena na význam zdravotní edukace seniorů. Teoretická část obsahuje obecný pohled na seniory, rozděluje jednotlivé fáze stáří podle biologických, psychologických a sociologických hledisek. V další části je pojednáno o seniorovi jako osobě a jeho kvalitě života. Pro seniora je především důležitá úroveň osobní pohody, úroveň sebeobsluhy a mobilita. Je jasné, že se každý senior ve větší či menší míře ve svém věku potýká s různou úrovní zdraví a nemocí, která jej do určité míry omezuje, což má jistý vliv na jeho psychosociální adaptaci ve společnosti. Senioři, kteří jsou dobře adaptováni na tuto část svého života, lépe zvládají různé životní situace.

Teoretická část zmiňuje důležitost přípravy na seniorský věk, důležitost uvědomění si svého stárnutí a přípravy na toto období. Jedním z pilířů přípravy na stáří je také včasná a dobrá edukace, vzdělávání seniorů v otázkách přístupu k vlastnímu zdraví. Za pomoci odborných textů jsou v teoretické části rozebrány možnosti edukace seniorů, tzv. geragogiky. Osoba seniorského věku je aktivním účastníkem vzdělávacího procesu. Je důležité, aby senioři našli vhodnou formu edukačních možností a aby sami v sobě našli dostatek motivace ke svému zdravotnímu vzdělávání, neboť i osoba seniorského věku je pro společnost velmi důležitá. Pro edukaci seniorů je dobrá vzájemná komunikace mezi tím, kdo seniora vzdělává a samotným seniorem, proto je v závěru teoretické části věnován prostor tématu komunikace.

Praktická část byla postavena na dotazníkové metodě a jejím hlavním cílem bylo zjistit, jaká je úroveň vzdělání seniorů v oblasti zdraví, jak jsou senioři edukováni a jak tuto edukaci hodnotí svým individuálním pohledem. Byly stanoveny čtyři hypotézy a jako výzkumná metoda posloužila explorační analýza získaných dat z dotazníku. Dotazník byl rozdán seniorům s nejnižší věkovou hranicí 65 let, v regionu Prahy 6. Dotazníky byly rozdávány náhodně, celkem bylo rozdáno 140 dotazníků, s drobnou převahou mužských respondentů.

Dotazník prokázal, že senioři se obecně chovají ke svému zdraví zodpovědně, dávají však přednost více fyzickému zdraví, před tím psychickým. Prokázalo se, že televize je stále velký fenomén při vzdělávání, současné moderní postupy na internetových platformách nejsou pro starší generaci podstatné, což je naprosto pochopitelné, neboť respondenti byli nemladším ročníkem 1957, takže moderním technologiím nedávají prioritu. Současní senioři vyrůstali od konce 60. let právě jen s televizí, a proto ji stále hodně věří. Jednoznačně z průzkumu vyplynulo, že největší váhu pro edukaci seniorů má přístup lékaře a jeho schopnost seniory edukovat. Ze stanovených hypotéz byla v praktické části potvrzena jedna ze čtyř stanovených,

a to první hypotéza. Ta předpokládá, že mezi mladšími a staršími seniory je rozdíl v aktivitách, které uskutečňují pro své zdraví. Mladší senioři jsou fyzicky aktivnější než senioři starší. To dává smysl, každopádně starší senioři by neměli podceňovat ani svoje duševní zdraví, či zanedbávat zdravou stravu a pohyb. Na osvětu a edukaci v tomto ohledu, by se měli zaměřit právě lékaři, kteří vycházejí z dotazníku jako autorita, kterou senioři obecně akceptují a věří jí. Ostatní hypotézy, které tvrdily, že je rozdíl mezi edukací přímými zdroji (myšleno kontakt s lidmi) a s ostatními zdroji (různá media) se nepotvrdily.



## Seznam literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Praha, Grada Publishing 2005. ISBN 80-247-1197-4
2. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R. Úvod do gerontologie. Praha, Karolinum 2016. ISBN 978-80-246-3404-3
3. FRANKL, V.E. Bůh a člověk hledající smysl. Cesta, Brno 2011. ISBN 978-80-7295-137-6
4. HAMILTON-STUART, I. Psychologie stárnutí. Praha, Portál 1999. ISBN 80-7178-274-2
5. HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha, Havlíček Brain Team 2010. ISBN 978-80-87109-19-9
6. HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek sociální gerontologie. Brno, IDVPZ 2002. ISBN 80-7013-363-5
7. HAŠKOVCOVÁ, H. Sociální gerontologie, aneb Senioři mezi námi. Praha, Galén 2012. ISBN 978-80-7262-900-8
8. HIRTOVÁ, M. Geragogika ve zdravotnictví – význam edukace seniorů v péči o jejich zdraví. Bakalářská práce
9. KALVACH, Z. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha, Grada 2008. ISBN 978-80-247-2490-4
10. KAPR, J., PETRUSEK, M. Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Praha, SLON 1991. ISBN 80-901059-1-2
11. KLEVETOVÁ, D. Motivační prvky při práci se seniory. Praha, Grada Publishing 2017. ISBN 978-80-271-0102-3
12. KOUKOLÍK, F. Metuzalém. O stárnutí a stáří. Praha, Karolinum 2014. ISBN 978-80-246-2464-8
13. KŘIVOHLAVÝ, J. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Praha, Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4
14. MOLLON P. E. Education and quality of life of senior citizens. Universitat Jaume I, 2013. ISBN 978-84-8021-986-0
15. MUHLPACHR, P., STANÍČEK, P. Geragogika pro speciální pedagogy. Brno, Masarykova Univerzita 2001. ISBN 80-210-2510-7

16. MUHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno, MU Pedagogická fakulta 2009. ISBN 978-80-210-5029-7
17. ONDRÁKOVÁ, J. a kol. Vzdělávání seniorů a jeho specifika. Pavel Mervart, Červený Kostelec, 2012. ISBN 978-80-7465-038-3
18. ONDRUŠOVÁ, J. Stáří a smysl života. Praha, Karolinum 2011. ISBN 978-80-246-1997-2
19. ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B. Gerontologie pro sociální práci. Praha Karolinum 2019. ISBN 978-80-246-4383-0
20. ONDRUŠOVÁ, J. Sociální gerontologie a geriatricie. 2017. [online]. Copyright © [cit. 10.01.2021]. Dostupné z: [https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1/ondrusova\\_gerontologie\\_2017.pdf](https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1/ondrusova_gerontologie_2017.pdf)
21. POKORNÁ, A. Komunikace se seniory, Praha, Grada Publishing 2010. ISBN 978-80-247-3271-8
22. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. Pedagogický slovník. Praha, Portál 2003. ISBN 80-7178-772-8
23. PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK, R. Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci. Praha, Grada Publishing 2021. ISBN 978-80-271-0876-3
24. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. Sociologie stáří a seniorů. Praha, Grada Publishing 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
25. SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie. Praha, SLON 2007. ISBN 978-80-86429-62-5
26. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. Edukace seniorů, Praha, Grada 2015. ISBN 978-80-247-5446-8
27. TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K. Sociální souvislosti aktivního stáří. Praha, Karolinum 2017. ISBN 978-80-246-3612-2
28. VETEŠKA, J. Gerontagogika: psychologicko-andragogická specifika edukace seniorů. Praha, Česká andragogická společnost 2017. ISBN 978-80-905460-7-3

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Demografické údaje respondentů

Tabulka č. 2: Rodinný stav respondentů podle pohlaví

Tabulka č. 3: Průměr a modus odpovědí na otázku č. 5

Tabulka č. 4: Relativní početnost odpovědí na otázku č. 6

Tabulka č. 5: Průměr a modus odpovědí na otázku č. 7

Tabulka č. 6: Relativní početnost odpovědí na otázku č. 8

Tabulka č. 7: Průměr a odpovědi na otázku č. 5 podle věku

## **Příloha 1: Dotazník k diplomové práci**

Dobrý den, jmenuji se Hanka Štěchová a prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku k mé diplomové práci. Ve své práci se zabývám zdravotnickou edukací seniorů. Vyplnění Vám zabere zhruba 15 minut. Nasbírané údaje jsou anonymní a budou použity pouze pro účely mé diplomové práce. Vyplňování je dobrovolné a kdykoli se můžete rozhodnout dotazník neodevzdat.

Předem Vám děkuji.

**1) Pohlaví:**

- a) žena
- b) muž

**3) Váš věk je:**

- a) 65-74 let
- b) 75-84 let
- c) 85 a více

**2) Máte děti:**

- a) ano
- b) ne

**4) Váš současný rodinný stav:**

- a) vdaná/ženatý
- b) vdova/vdovec
- c) rozvedená/ý
- d) svobodná/ý

5) Prosím vyznačte do tabulky křížkem, jak často děláte každou z následujících činností:

	NIKDY	OBČAS	PRAVIDELNĚ
Chodím na procházky:			
Zdravě se stravuji:			
Sportuji:			
Užívám odpovědně léky:			
Chodím na pravidelné prohlídky k lékaři:			
Kouřím:			
Piji alkohol:			
Mám kontakt s rodinou:			
Mám kontakt s vrstevníky, s přáteli:			
Věnuji se svým zálibám, koníčkům:			
Zajímám se o své psychické zdraví:			

6) Vyznačte prosím křížkem, od koho čerpáte typy a rady pro své zdraví:

	ANO	NE
Od rodiny:		
Od kamarádů, vrstevníků:		
Z televize:		
Z rádia:		
Z internetu:		
Od lékaře:		
Z časopisů a knih:		
Z letáků a reklam ve zdravotnických zařízeních:		
Ze vzdělávacích kurzů, přednášek o zdraví:		

7) Označte prosím, jak hodnotíte UŽITEČNOST ZDRAVOTNÍCH INFORMACÍ od následujících skupin:

	UŽITEČNÉ	MÉNĚ UŽITEČNÉ	NEUŽITEČNÉ
Od rodiny:			
Od kamarádů, vrstevníků:			
Z televize:			
Z rádia:			
Z internetu:			
Od lékaře:			
Z časopisů a knih:			
Z letáků a reklam ve zdravotnických zařízeních:			
Ze vzdělávacích kurzů, přednášek o zdraví:			

8) Označte prosím, jak na Vás působí informace z oblasti zdraví od různých skupin.

Zda na Vás mají pozitivní vliv (dávají vám pocit klidu, dobré informovanosti a nadhledu, jak řešit případný zdravotní problém atd.) nebo negativní vliv (stresují Vás, vyvolávají obavy z nemoci apod.).

	POZITIVNÍ VLIV	NEGATIVNÍ VLIV	ŽÁDNÝ VLIV
Od rodiny:			
Od kamarádů, vrstevníků:			
Z televize:			
Z rádia:			
Z internetu:			
Od lékaře:			
Z časopisů a knih:			
Z letáků a reklam ve zdravotnických zařízeních:			
Ze vzdělávacích kurzů, přednášek o zdraví:			