

STÁRNUTÍ

AGEING

2021



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

5. GERONTOLOGICKÉ MEZIOBOROVÉ KONFERENCE

PROCEEDINGS OF

5th GERONTOLOGICAL INTERDISCIPLINARY CONFERENCE



STÁRNUTÍ 2021

**SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ
5. GERONTOLOGICKÉ MEZIOBOROVÉ KONFERENCE**

Praha, 11. – 12. února 2021



AGEING 2021

**PROCEEDINGS
5th GERONTOLOGICAL INTERDISCIPLINARY CONFERENCE**

Czech Republic
February 11–12, 2021

Editor:

Hana GEORGI

April 2021

Konference byla uspořádána a tento recenzovaný sborník je vydán s podporou Pražské vysoké školy psychosociálních studií, Alzheimer nadačního fondu a Neurotrendu, z.s..

The conference and the proceedings are supported by the Prague College of Psychosocial Studies, Alzheimer Foundation, Czech Republic, and Neurotrend, z.s.

Za obsah veškerých textů nesou plnou zodpovědnost autoři.

Všechna práva vyhrazena. Zveřejněné informace mohou být dále použity za předpokladu úplného citování původního zdroje.



Editor © Hana Georgi

Vydavatel / Publisher:

Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Hekrova 805, 149 00 Praha 4

Prague College of Psychosocial Studies, Hekrova 805, 149 00 Prague 4, Czech Republic

© 2021

ISBN 978-80-906237-4-3

ISSN 2695-110X

Dostupná z / *To be retrieved from:*

https://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2021_sbornik.pdf

Příklady citování příspěvku / *How to cite* (APA 7th):



Bačová, V. (2021). Narativy a koncepty důchodku a stárnutí. In H. Georgi (Ed.), *Stárnutí 2021: Sborník příspěvků z 5. Gerontologické mezioborové konference* (s. 9-16). Pražská vysoká škola psychosociálních studií. https://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2021_sbornik.pdf



Frydrychova, Z. Georgi, H. (2021). Visual selective attention training gains in older adults. In H. Georgi (Ed.), *Ageing 2021: Proceedings of the 5th Gerontological Interdisciplinary Conference* (pp. 42-54). Prague College of Psychosocial Studies. https://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2021_sbornik.pdf

Redakce / *Editing:* Hana Georgi, Robin Štěpánků, Jindřiška Kotrlová

Obálka / *Cover page:* Hugo Chmelař a Robin Štěpánků

OBSAH / CONTENT

Úvodní informace / Introduction	6
Soutěž / Competition	7
Vědecký výbor / Scientific Committee	8

FULLTEXTS

Viera BAČOVÁ

Narativy a koncepty dôchodku a starnutie

Narratives and concepts of retirement and aging

E-mail: viera.bacova@savba.sk



9–16

Oldřich ČEPELKA

Aktivity seniorů ve třetím věku

Activities of older adults in the 3rd age

E-mail: oldrich.cepelka@tima-liberec.cz



17–30

Eva DRAGOMIRECKÁ, Hana JANEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ

Naplněné a nenaplněné potřeby rodin pečujících o člověka s demencí

Met and unmet needs of family caregivers of people with dementia

E-mail: eva.dragomirecka@ff.cuni.cz



31–41

Zuzana FRYDRYCHOVÁ, Hana GEORGI

Visual selective attention training gains in older adults

Specifické zlepšení výkonu po tréninku vizuální selektivní pozornosti u seniorů

E-mail: frydrychova.zuzka@gmail.com



42–54

Kathleen Brenda Geaney

Pes je zakopaný v detailech: Analýza vzpomínek a vzpomínání na traumatické zkušenosti dětí politických vězňů z 50. let ve stáří

The devil is in the details: Analyzing memories and the remembering of traumatic experiences of children of political prisoners of the 1950s in old age

E-mail: geaney@seznam.cz



55–67

Klára GRAMPPOVÁ JANEČKOVÁ, Kateřina BOHATÁ, Hana DRAZDÍKOVÁ, Jindřiška KOTRLOVÁ

Prožívání pandemie z pohledu telefonické linky krizové pomoci pro seniory

Experiencing a pandemic from the perspective of the crisis help telephone line for seniors

E-mail: klara.gramppova@elpida.cz



68–76

Radek HEISLER, Hana GEORGI, Miloslav KOPEČEK

Leisure activities of SuperAgers

Volnočasové aktivity SuperAgerů

E-mail: radekheissler@gmail.com



77–86

Vladimír CHRZ, Iva POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Eva DUBOVSKÁ, Zdeňka BAJGAROVÁ

Zdařilá transformace ve středním věku otevírá možnosti zdařilého stárnutí

Successful transformation in midlife opens possibilities of successful aging

E-mail: eva.dubovska@centrum.cz



87–99

Alena KAJANOVÁ, Stanislav ONDRÁŠEK

Romský senior ve vztahu k rodině a společnosti

Romani senior citizens in relation to family and society

E-mail: ali.kajanova@email.cz



100–105

Marta KOLAŘÍKOVÁ, Edita ONDŘEJOVÁ, Lenka DADU Vnímaná sociální opora jako důležitý faktor kvality života seniorů Perceived social support as an important factor of the quality of seniors' life <i>E-mail:</i> marta.kolarikova@fvp.slu.cz		106–116
Klaudia MICHALČINOVÁ, Eva KEJHOVÁ, Yvona ANGEROVÁ Fyzioterapie u poliomyelitických pacientů Physiotherapy in patients with polio <i>E-mail:</i> klaudia.michalcinova@vfn.cz		117–127
Petr NOVÁK Můj druhý hlas (I když nemluví, tak se domluví) Dynamics of care and the needs of family caregivers for seniors with dementia <i>E-mail:</i> novakpe@fel.cvut.cz		128–137
Petra SLÁDKOVÁ Zásady posudkové činnosti u seniorů se zaměřením na problematiku demence Principles of allowances eligibility assessment: focus on seniors with dementia <i>E-mail:</i> petra.sladkova@vfn.cz		138–159
Věra SUCHOMELOVÁ, Lenka LHOTSKÁ, Jan HUSÁK Virtual reality as a tool for keeping the elderly active: selected issues Virtuální realita jako aktivizační činnost seniorů: vybrané aspekty <i>E-mail:</i> suchomelova@tf.jcu.cz ; lhotska@cvut.cz ; jan.husak@cvut.cz		160–167
Naděžda ŠPATENKOVÁ, Anna FROMOVÁ The elderly women surfing the net: The internet in the life of the elderly women Surfující seniorky: internet v životě seniorek) <i>E-mail:</i> nadezda.spatenkova@upol.cz		168–177
Naděžda ŠPATENKOVÁ, Jana KOČÍ Widows and widowers Vdovy a vdovci <i>E-mail:</i> n.spatenkova@gmail.com		178–189
Lucie VIDOVIČOVÁ Limity technologického optimismu z pohledu sociální gerontologie Limits of technological optimism as seen by the social gerontology <i>E-mail:</i> vidovicova@fss.muni.cz		190–198

ÚVOD

5. gerontologická mezioborová studentská vědecká konference Stárnutí proběhla ve dnech 11. a 12. února 2021 poprvé distanční formou – online.

Konference Stárnutí 2021 byla určena pro výměnu poznatků akademických a vědeckých pracovníků a studentů, kteří se zabývají otázkami spojenými s prodlužováním lidského života a stárnutím společnosti. K aktivní i pasivní účasti byli vítáni všichni zájemci.

PROGRAM

Na programu byly tři zvané přednášky, 31 příspěvků přednesených v tematických blocích a 3 e-postery. Proběhl též diskuze na téma činnosti posudkových lékařů v řízení o přiznání příspěvků na péči pro osobu s demencí. Díky různým zastoupeným oborům, a tedy pestrému programu, prezentujícím autorům i publiku panovala inspirativní a také příjemná atmosféra. Celkem se zúčastnilo 112 účastníků, z toho 49 (spolu)autorů prezentovaných příspěvků.

PREFACE

The 5th Gerontological Interdisciplinary Conference Ageing was held on February 11-12, 2021; online - due to pandemic restrictions.

Ageing 2021 aimed to enable academic and research workers and students to exchange their experience and knowledge regarding various topics related to the ageing of human life and of society. All interested persons were invited to an active participation.

PROGRAM

There were three invited talks given, 31 oral presentations, and three e-posters presented at the conference. A discussion on medical assessments within the allowances for care for people with dementia claim procedure was held. Thanks to various disciplines that made up a colourful program, all the presenting authors and the audience, we enjoyed an inspirational and pleasant atmosphere. 112 participants attended the conference, of whom 49 were (co)authors of the presented materials.

Zvané přednášky / Key notes:

doc. PhDr. Bc. Alena Kajanová, Ph.D.

Mgr. Stanislav Ondrášek, Ph.D.:

Romský senior ve vztahu k rodině a společnosti

Romany senior in relation to family and society

Mgr. Věra Suchomelová, Th.D.:

Virtuální realita jako aktivizační činnost seniorů

Virtual reality as an activity for seniors

Mgr. Ľubica Voľanská (Herzánová), Ph.D.:

Kto komu pomáha a ako? O medzigeneračných sociálnych sieťach

Who helps whom, and how? On intergenerational social networks

Podrobný program a abstrakta / Detailed program and book of abstracts are available from:

http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2021_sbornik_abstrakt.pdf

SOUTĚŽ

V rámci konference byla Alzheimer nadačním fondem (ANF) vyhlášena soutěž o nejlepší originální příspěvky zpracovávající téma související s Alzheimerovou nemocí či příbuznými tématy. Soutěžily všechny aktivní příspěvky konference mimo zvané řečníky.

O udělení hlavní ceny rozhodla Správní rada ANF, o dalších třech cenách pro nejlepší přednášku každého dne a poster hlasovali účastníci konference. Vítězové byli oceněni v závěru konference.

COMPETITION

The conference offered prizes for the best contributions addressing in general the questions of Alzheimer's disease and related topics, sponsored by the Alzheimer Foundation (ANF). All the contributions except for the keynotes took part in the competition.

The ANF Board of Directors voted for the best contribution among the sent abstracts; two best oral presentations of a day and the best poster were voted by the participants at the conference.

Vítězové soutěže / Winners:

ANF Board of Directors
Prize:

Radek Heissler

(Národní ústav duševního zdraví, Klecany)

[Jaké jsou běžné aktivity SuperAgerů?](#)

What are the common activities of SuperAgers?

Best oral presentations:

Iveta Vojtěchová & Tomáš Petrásek

(Národní ústav duševního zdraví, Klecany; Fyziologický ústav Akademie věd ČR, Praha)

[Když se obrana vymkne kontrole: Alzheimerova choroba jako přehnaná imunitní reakce mozku](#)

When the defence gets out of control: Alzheimer's disease as an immune over-reaction of brain

Lucie Vidovičová

(Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno)

[Limity technologického optimismu z pohledu sociální gerontologie](#)

Limits of technological optimism from the view of social gerontology

Kathleen B. Geaney

(Pražská vysoká škola psychosociálních studií)

[Pes je zakopaný v detailech: Analýza vzpomínek a vzpomínání na traumatické zkušenosti dětí politických vězňů z 50. let ve stáří](#)

The devil is in the details: Analyzing memories and the remembering of traumatic experiences of children of political prisoners of the 1950s in old age

RECENZOVANÝ SBORNÍK

Tento recenzovaný sborník obsahuje 17 článků, z toho 7 je psáno v anglickém jazyce. Z 20 přihlášených, tři neprošly úspěšně recenzním řízením. Příspěvky zastupují mnohé z oborů podílejících se na řešení gerontologických témat, od biomedicíny, přes architekturu a techniku po sociální vědy.

PEER-REVIEWED PROCEEDINGS

These peer-reviewed proceedings include 17 fulltexts, 7 of which are written in English. Out of 20 submitted, three contributions were declined. The full-texts represent many of the disciplines dealing with gerontological issues, from biomedicine, through technology and architecture to social sciences.

VĚDECKÝ VÝBOR KONFERENCE

SCIENTIFIC COMMITTEE OF THE CONFERENCE

Předsedkyně / *Chairwoman*

Hana Georgi, Ph.D.

Prague College of Psychosocial Studies

Členové/*Members:*

Eva Dragomirecká, PhD

Šárka Kovandová, MA

Marta Kolaříková, PhD

Lucie Vidovičová, PhD

Monika Vraťová, PhD

Poděkování / *Acknowledgment*

Děkuji za podporu **Pražské vysoké školy psychosociálních studií**. Velké díky patří **Alzheimer nadačnímu fondu** za podporu finanční, a to nejenom za ceny pro vítěze soutěže, ale i za dar 30.000 Kč určených pro realizaci této akce. Celou akci organizačně zajistila PhDr. Jindřiška Kotrlová. Recenzentům a vědeckému výboru děkuji za recenzní posudky.

Především děkuji všem účastníkům za sdílené poznatky a zkušenosti a milý průběh celé akce. Na shledanou příště,

Hana Georgi

NARATÍVY A KONCEPTY DÔCHODKU A STARNUTIE

NARRATIVES AND CONCEPTS OF RETIREMENT AND AGING

Viera BAČOVÁ

Ústav experimentálnej psychológie CSPV SAV, Bratislava, Slovenská republika

E-mail: viera.bacova@savba.sk

Abstrakt: Príspevok uvádza zmeny v paradigme dôchodku a zmeny v naratívoch o dôchodku, ktoré v priebehu krátkej histórie inštitútu dôchodku nastali. Z jednotného konceptu, ktorý bol vytvorený s pomerne jednoduchým zámerom a cieľom, koncept dôchodku sa stal veľmi rôznorodým a komplikovaným. Aj preto sú naratívy o dôchodku, či už na rovine spoločnosti alebo jednotlivcov, veľmi premenlivé, až protirečivé. Autorka konštatuje, že tak naratívy dôchodku, ako aj naratívy o dôchodku si zaslúžia osobitnú pozornosť a skúmanie. Ovplyvňujú prežívanie jednotlivcov bez ohľadu na ich vek, usmerňujú ich rozhodovanie a konanie, voľbu životného štýlu, a podmieňujú ich pohodu a kvalitu života. Príspevok ďalej dokumentuje meniaci sa vzťah medzi dôchodkom a vekom. Pôvodne tesné spojenie dôchodku so starým vekom sa oslabuje tým, ako sa doba strávená na dôchodku takmer s každou následnou vekovou kohortou predlžuje. Preto sa stávajú aktuálnymi otázky o zmysle dôchodku pre dnešných ľudí, súčasne s novými kultúrnymi a psychologickými významami starnutia.

Kľúčové slová: história dôchodku; meniaci sa povaha dôchodku; konceptualizácie dôchodku; dôchodok a starnutie

Abstract: The paper introduces changes in the retirement paradigm and changes in retirement narratives that have been occurring during the short history of the retirement institute. From a unified concept, which was created with a relatively simple intention and goal, the concept of retirement has become very diverse and complicated. This is one of the reasons why retirement narratives, whether at the level of society or individuals, are very variable or even contradictory. The author states that both retirement narratives and narratives on retirement deserve special attention and scrutiny. These narratives influence the experience of individuals regardless of age, co-direct their decisions and actions, lifestyle choices, and they condition their subjective well-being and quality of life. The paper further documents the changing relationship between retirement and age. The initially close link between retirement and old age is weakened as retirement time increases with almost every subsequent age cohort. Therefore, issues about the meaning of retirement for today's people are becoming topical, along with the new cultural and psychological meanings of aging.

Keywords: history of retirement; changing nature of retirement; retirement conceptualizations; retirement and aging

Grantová podpora: Táto práca bola podporená Vedeckou grantovou agentúrou Ministerstva školstva SR a Slovenskej akadémie vied (VEGA), projekt č. 2/0048/18.

Funding: This work was supported by the Scientific Grant Agency of the Ministry of Education and the Slovak Academy of Sciences (VEGA) under Grant No. 2/0048/18

Termínom dôchodok¹ tradične označujeme úplné a trvalé stiahnutie sa z dlhodobej platenej práce v dôsledku dosiahnutia istého veku. Dôchodok sa všeobecne považuje za osobitnú pracovnú fázu života, pričom prechod do tejto fázy väčšinou prináša radikálnu zmenu v statuse a spôsobe života staršej osoby a jej rodiny.

Okrem toho, že dôchodok je stanovený a upravovaný zákonom a právnymi predpismi, spoločnosť a jednotlivci si utvárajú o tejto fáze života rôzne predstavy. Konštruujú dôchodok vo svojom vedomí tým, ako chápu, čo dôchodok vlastne je, čo znamená pre nich samých a iných ľudí, s akými ďalšími procesmi a javmi sa spája, čo oni sami od dôchodku očakávajú, a ako zamýšľajú život v dôchodku tráviť.

Skúmať predstavy o dôchodku je opodstatnené, pretože dôchodok ako inštitút sa dramaticky mení, a tieto zmeny ovplyvňujú životy ľudí. Doba života strávená v dôchodku sa predlžuje. V porovnaní s predošlými generáciami ľudia prechádzajú do dôchodku nie jedným, ale viacerými rôznymi spôsobmi. V neposlednom rade, ľudia, ktorí odchádzajú do dôchodku v súčasnosti, sa veľmi líšia od predošlých generácií. To sú vážne dôvody pre zvýšený záujem o naratívy dôchodku. V naratívoch sa vyjavuje, ako sa ľudia usilujú pochopiť, čo sa deje s ich životom, ako rozumejú zmenám, aký zmysel im dávajú, ako prijí-

majú ich dôsledky na život svoj i blízkych ľudí, a ako sa so zmenami vyrovnávajú.²

Dôchodok ako životnú fázu začali sociálni vedci a vedkyne skúmať len nedávno. Najskôr to boli kvantitatívne výskumy, ktoré pomocou empirických údajov prinášajú zistenia o faktoroch ovplyvňujúcich javy a procesy dôchodku³. K hlbšiemu porozumeniu dôchodku sú však nevyhnutne potrebné aj kvalitatívne štúdie, a tak volania po týchto skúmaníach sa objavujú čoraz častejšie (Amabile, 2019). V snahe prispieť ku kvalitatívnemu vhľadu v tomto príspevku usilujem poukázať na rôznorodosť až protirečivosť naratívov o dôchodku, upozorniť na ich dôležitosť a iniciovať ďalšie skúmania.

Vynájdenie a krátka história inštitútu dôchodku

Historicky vstúpil dôchodok do života ľudí v európskych krajinách pomerne nedávno, na prelome 18. a 19. storočia. V plnom rozsahu bol však inštitút dôchodku pre väčšinu staršej populácie implementovaný až po 2. svetovej vojne. Dôchodok má históriu síce krátku, ale búrlivú; počas polstoročia prešiel dramatickými zmenami, a zdá sa, že zmeny ešte zďaleka neskončili.

Boli to spoločensko-historické podmienky, konkrétne potreba zabezpečiť

¹ Fenomén dôchodku je viacrozmerý a viacvýznamový. Dôchodok môže označovať inštitúciu, udalosť, proces, životnú fázu, životnú pozíciu, tiež prežívanie a manažovanie novej životnej situácie a zmeny statusu (Szinovacz, 2003). Pretože rozsah tohto príspevku je obmedzený a budem sa prioritne zaoberať naratívami o dôchodku, termín dôchodok budem používať v jeho tradičnom význame – ako to obdobie života jednotlivca, ktoré je určené vekom stanoveným zákonom, príjmom starobnej dôchodkovej dávky a odpojením od predchádzajúceho plateného zamestnania so všetkým, čo s tým súvisí.

² Termín „naratívy“ tu chápem veľmi široko, ako rozprávania, vysvetlenia, príbehy, diskurzy, metafory, ale aj teórie o javoch a procesoch sveta. Naratívy patria k rétorickým stratégiám, pomocou ktorých ľudia pripisujú význam daniu okolo seba. Naratívny prístup vychádza z toho, že ľudia si potrebujú vytvárať zmysel toho, s čím sa stretávajú v každodennom živote, a robia to tým, že stvárnajú alebo zarámujú svoje skúsenosti a prežívanie do naratívov (Jonsson, Josephsson, & Kielhofner, 2000).

³ Veľmi informatívna je napríklad „Sonda o zdraví, starnutí a dôchodku v Európe“ (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – SHARE); multidisciplinárna medzinárodná databáza mikro údajov o zdraví, sociálno-ekonomickom statuse a sociálnych a rodinných sieťach viac ako stotisíc osôb 50 a viac ročných.

starším ľuďom príjem na ich prežitie, ktoré vytvorili spoločenskú objednávku na „vy-nájdenie“ dôchodku.

Kriticky orientovaní historici a sociológovia konštatujú, že hoci politici ustanovením dôchodku reagovali na spoločenskú objednávku, sám koncept dôchodku nebol nikdy starostlivo premyslený (pozri napr. Achenbaum, 2006). So zmenami podmienok a spoločenskej objednávky sa menia aj názory na dôchodok, jeho formy a podmienky. Zároveň história ukazuje, že dôchodok bol zriadený ako prevencia chudoby v staršom a starom veku pre tých, ktorí sa tohto veku dožili. Inštitút dôchodku a starší a starý vek boli neodlučiteľné a toto spojenie pretrváva doteraz. Ilustráciou môže byť termín „starobný dôchodok“ používaný sociálnymi poisťovňami.

Po 2.svetovej vojne, s rastom ekonomickej prosperity a predlžovaním doby života, dôchodok sa postupne stal predvídateľným a vytúženým zlatým obdobím života jednotlivcov (hlavne pre strednú a vyššiu triedu). Pretože v dôchodku začali ľudia žiť dlhšie ako kedykoľvek predtým, spojenie nástupu do dôchodku a staršieho veku sa začalo oslabovať. Približne od 90. rokov minulého storočia, v dobe rýchleho dramatického nástupu technológií, rozvoja ekonomiky, demografických a kultúrnych zmien, čelí dôchodok silným snahám o reformu jeho financovania. Zároveň sa v spoločenskom diskurze o dôchodku objavujú (staro)nové úvahy o tom, aký je (mal by byť) život na dôchodku, a ako je (mal by byť) prežívaný starší a starý vek. Otázka postavenia starších ľudí v spoločnosti sa nastoľuje ako otázka istým spôsobom známa a opakovaná, získava však nové rozmery a nové významy (Rozanova, 2010).

V naratívoch o dôchodku na spoločenskej rovine veľmi záleží na tom, ktorá sociálna skupina diskurz o dôchodku vedie (napr. zástupcovia odborov, ekonómovia

v štátnych orgánoch, dôchodkové súkromné spoločnosti), v akom socio-kultúrnom kontexte sa tak deje (*história dôchodku a kultúra v danej krajine*), akými komunikačnými prostriedkami a akou politickou silou skupina disponuje. Naratívy dôchodku na úrovni spoločnosti (veľké naratívy; v literatúre označované aj ako „metanaratívy“) sa prepájajú s malými naratívami o dôchodku, ktoré vedú jednotlivci. Toto prepojenie však nie je priamočiare. Prechádza cez socio-kultúrne prostredie so všetkými jeho aspektmi a oblasťami. Hoci socio-kultúrny kontext ťažko presne definovať, funguje tak, že vytvára a súčasne zužuje významy dôchodku pre jednotlivcov. Veľké naratívy dôchodku sa pre jednotlivcov stávajú realitou ich odchodom z platenej práce. Na spôsobe tranzície do dôchodku sa tiež podieľa mezo-rovina právneho inštitútu dôchodku (*zamestnávateľia, ktorí vytvárajú podmienky odchodu*). Jednotlivci selektujú a interpretujú veľké naratívy o dôchodku podľa svojej špecifickej situácie, pozícií a skúseností. Napríklad vrcholoví manažéri vo výskume H. Vough a jej spolupracovníkov používali šesť rôznych druhov naratívov, aby vysvetlili sebe a iným procesy, dôvody a okolnosti ukončovania svojej kariéry a odchodu do dôchodku (Vough et al., 2015). Smith & Dougherty (2012) tiež zistili, že účastníci a účastníčky ich výskumu odvodzovali svoje individuálne naratívy dôchodku od „kultúrnych predpisov“, tj. predstáv ich kultúry o „správnom“ čase odchodu do dôchodu a spôsobe života na dôchodku. V naratívoch používali metafory o dôchodku ako životnej fáze voľnosti a nezávislosti od iných. Zároveň však vyjadrovali potrebu štruktúry, ktorú dodáva práca, a tiež potrebu zabezpečiť si túto fázu života ako protiklad voľnosti a nezávislosti.

Veľké naratívy dôchodku

Veľké naratívy o dôchodku v európskych krajinách sú vo veľkej miere ovplyvňované možnosťami národného hospodárstva. V 50. a 60. rokoch minulého storočia, v období ekonomického rastu a nedostatku pracovných síl, boli starší pracovníci na pracovnom trhu plne zapojení a nespochybňovaní. Doba dožitia nebola dlhá, nebol teda dlhý ani ich život strávený v dôchodku, a tak dôchodok ako inštitút vyžadujúci finančné krytie, veľa otázok nevyvolával. Muži⁴, najmä muži s vyšším sociálno-ekonomickým statusom, čerpali zo svojho zamestnania značnú časť svojej osobnej identity. Tomu zodpovedali aj prvé výskumné publikácie zo západných krajín na túto tému v odborných časopisoch: odchod do dôchodku bol prezentovaný ako psychologická „kríza“, to jest stav silne narúšajúci osobnú pohodu jednotlivcov (Van Solinge, 2013).

V 70. až 90. rokoch minulého storočia ekonomická recesia a nedostatok pracovných miest priniesli pre starších zamestnancov viac či menej mandátorne ukončovanie plateného zamestnania dosiahnutím stanoveného veku. Okrem toho bol ustanovený inštitút predčasného dôchodku. Vďaka ekonomickému a demografickému vývoju sa bývalí zamestnanci mohli tešiť dlhšej dobe života a dlhšej dobe strávenej na dôchodku. Do popredia začali vystupovať otázky životnej náplne tohto obdobia. Bolo napríklad konštatované, že rola dôchodcu – ak vôbec je nejaká – je vágna, ľudia v dôchodku sú „bez rolí“ (Ekerdt, 2010). Na druhej strane, začali byť aj v odbornej literatúre častejšie publikované zistenia o spokojnosti ľudí v dôchodku, ich úspešnej adaptácii na dôchodok, a všestranné benefity dôchodku boli hojne zdôrazňované (Van Solinge, 2013).

Koncom 90. rokov minulého storočia, v dôsledku zmien demografických a zmien na trhu práce, sa situácia opäť obrátila: začala sa prejavovať snaha re-integrovať starších pracovníkov do plateného zamestnania. Ukazovalo sa čoraz viac, že inštitút predčasného (štátneho) dôchodku znižuje pracovné sily na trhu práce, znamená nižší príjem do štátneho rozpočtu a neúmerne zvyšuje jeho náklady. Začalo sa zdôrazňovať predlžovanie pracovného zapojenia starších ľudí. Meniť sa začala aj rétorika, a to aj v odborných publikáciách – dôchodok a starší vek sa čoraz viac začali prezentovať ako aktívna a produktívna fáza života (Shultz & Wang, 2011).

Zmeny postupne navodili, že predtým pomerne unitárne chápanie dôchodku sa narušilo. Dôchodok začal nadobúdať viacero významov a znamenať rôzne veci pre rôznych ľudí (Denton & Spencer, 2009; Kojola & Moen, 2016). Okrem úplného ukončenia platenej práce bývalí zamestnanci môžu naďalej pracovať prerušovane alebo začať novú kariéru či podnikanie. So zamestnávaním možno experimentovať, využiť premostovacie zamestnanie, znížený úväzok, flexibilný pracovný čas alebo rôzne iné formy prerušovanej práce.

Kým v odbornej literatúre boli done dávna publikované predovšetkým výskumy faktorov napomáhajúcich odchodu z práce do dôchodku, nové skúmania sa zameriavajú na faktory, ktoré prispievajú k zotrvaní v práci aj po dosiahnutí veku nároku na starobný dôchodok. Meniaca sa panoráma dôchodku mení pohľad odborníkov na takmer všetky otázky súvisiace s dôchodkom a konaním ľudí: očakávanie, rozhodovanie, príprava, plánovanie, adaptácia a spokojnosť na dôchodok (Henkens et al., 2017). A začína sa diskutovať a obohacovať aj sám termín dôchodku, napríklad navrhovaním jeho pendantov, ako ne-dôchodok (odchod z dôchodku opäť do zamestnania), semi-dôchodok (polovičný dôchodok), fázovaný či graduálny dôchodok a ďalšie.

⁴ V súvislosti s dôchodkom boli skúmaní len muži, ženy v tejto dobe neboli do platenej práce zapojené.

Malé naratívy dôchodku

Celospoločenské zmeny v inštitúte dôchodku prebiehajú tak rýchlo, že sa prejavujú už počas života jednej vekovej kohorty. A tak sú jednotlivci počas celého svojho pracovného života vystavovaní viacerým a odlišným posolstvám o tom, kedy a ako je potrebné či správne odísť do dôchodku, aké požiadavky má človek v tomto veku života naplňať, ako má starnúť, či je to vhodné robiť v pracovnom zapojení alebo bez neho. Nielen pred vstupom do dôchodku, ale už v priebehu zamestnania čelia zamestnanci odlišným spoločenským výzvam a očakávaniam.

Pokúsili sme sa zhrnúť tieto odlišné, často protirečivé očakávania pomocou zjednodušeného znenia týchto výziev. Nebolo tak dávno, čo v spoločnosti prevládala veľký naratív, že *predčasný odchod do dôchodku* je dobrý pre starších ľudí aj pre celú spoločnosť. V súčasnosti je zdôrazňované aktívne a *produktívne starnutie*, ktoré zahŕňa aj využitie pracovného potenciálu starších ľudí. *Právo odísť z práce* v dôsledku veku sa mení na proklamovanie *práva na prácu* aj v staršom veku. Predošlý apel na pred-dôchodcov a dôchodcov – „*uvoľni pracovné miesto pre mladších a užívaj si neskorý čas života na dôchodku*“, bol nahradený iným posolstvom – „*bud' produktívny/a a prispievaj spoločnosti*, či už plateným zamestnaním, dobrovoľníctvom, alebo inou občianskou aktivitou“. Dôchodok, chápaný doteraz ako *odmena* za doterajšie „produktívne“ roky, sa zmenil na *pripomienku* starším ľuďom: „*pracuj a produkuj naďalej, aby si nebol pre spoločnosť záťažou*“.

Výskumníci a výskumníčky, ktoré zastávajú názor, že o dôchodku by mali vypovedať predovšetkým dôchodcovia/dôchodkyne sami a spôsobom, ktorý si určia sami, usilovali postihnúť spôsoby chápania (konceptualizácie) dôchodku na úrovni jednotlivcov. Walker, Kimmel a Price (1981) a Hornstein a Wapner (1985)

napríklad ako jedni z prvých identifikovali v porozumení a prežívaní dôchodku štyri koncepty. Od konceptualizácie dôchodku jednotlivci odvodzujú aj svoj štýl života na dôchodku.

Hornsteinová a Wapner (1985) zistili, že niektorí ľudia pred dôchodkom, a potom aj neskôr v dôchodku, chápali dôchodok ako *prechod do pokročilého veku*, do fázy života, kde nastáva čas znížiť úroveň svojej aktivity, odpočívať, bilancovať a dávať svoj život „do poriadku“ (prvý koncept). V druhom koncepte bol dôchodok vítaný ako *začiatok úplne novej fázy života*, ako čas, kedy možno začať žiť v súlade so svojimi vlastnými potrebami, túžbami a cieľmi, v oslobodení od nárokov a požiadaviek iných. Vo výskume sa zúčastnili aj ľudia, ktorí dôchodok neprežívali ako veľkú udalosť. Život pre nich prebiehal v doterajších schémach, jediným rozdielom bolo *pokračovanie* v aktivitách uspokojivejším a menej náročným spôsobom (tretí koncept). Vo štvrtom chápaní dôchodok znamenal pre ľudí stratu sveta práce ako stratu vysoko cenenej činnosti, za ktorú niet náhrady, a preto dôchodok pre nich predstavoval frustrujúce obdobie. Prežívali ho ako *nanútené prerušenie* svojho života.

Tieto koncepty dôchodku našli svoje využitie aj v ďalších skúmaníach. Niektoré naše výsledky (Bačová & Halama, 2020) však naznačujú, že koncepty dôchodku pozorované pred takmer štyridsiatimi rokmi už nie sú celkom validné. Zmeny v panoráme dôchodku ovplyvňujú novšie naratívy, ktoré si koncipujú súčasní vitálni ľudia vo veku legislatívneho nároku na dôchodok. Zmeny vo významoch dôchodku sa prejavujú aj v tom, že predstavy o dôchodku sa u jedného a toho istého človeka môžu prelínať, a tiež sa u neho menia v čase.

Dôchodok a starnutie

Inštitút dôchodku bol od počiatku pevne zviazaný so starším vekom, keď vznikol ako finančné zabezpečenie staroby. Od tejto skutočnosti sa odvíjal základný naratív dôchodku ako „zaslúžený odpočinok jednotlivca po rokoch jeho celoživotnej práce“. Tento základný naratív pretrváva. Možno ho pozorovať u ľudí rôzne dlho zamestnaných, to znamená naprieč všetkými, v súčasnosti žijúcimi generáciami (Smith & Dougherty, 2012).

Avšak aj keď dôchodok jednotlivca je stále vymedzovaný ako (definitívne) ukončenie pracovnej kariéry, už sa nespája s fyzickým a mentálnym poklesom a ústupom zo sociálneho života. Skôr naopak. Nový naratív prezentuje dôchodok ako pridanie fázy života, ako prežívanie bonusových rokov v zdraví pred finálnym starnutím.

Chronologický vek stráca svoju prediktívnu silu na odhadovanie aktivít, potrieb a želaní jednotlivcov aj v staršom období života. Vek zákonného nároku na dôchodok často nekorešponduje s fyziologickým vekom a klesajúcou výkonnosťou jednotlivca. Súčasní pred-dôchodcovia a dôchodcovia sú viac vitálni ako kedykoľvek predtým. Prechod na dôchodok – ako uvoľnenie sa z platenej práce – sa nerovná nástupu starnutia ako fázy silného poklesu funkcií a ústupu zo sociálneho života.

Prepojenie dôchodku a staršieho veku sa oslabuje. Tieto dva koncepty, pôvodne úzko spojené, sa začínajú rozchádzať. V sociológii zreteľne sformuloval túto zmenu koncept tretieho veku, ktorý po pracovný život rozdelil na dve fázy: tretí vek ako fázu neskorej dospelosti a štvrtý vek ako fázu veľmi pokročilého veku (Wink & James, 2013). Dôchodok prestáva byť vstupom do štvrtého veku, ale je vstupom do veku tretieho. V psychológii niektorí autori koncipujú nové delenia životného vývinu jednotlivca (Arnett et al., 2020). Neskorá dospelosť, predtým jedno štádi-

um, sa stáva zložitejším a variabilným obdobím ontogenetického vývinu a rozkladá sa do viacerých pod-štádií.

Ak staroba označuje obdobie tesného priblíženia alebo prekročenia očakávanej dĺžky života ľudí, súčasné nastavenie veku vstupu do dôchodku tomu skutočne nezodpovedá. A ak starnutie predstavuje postupnú akumuláciu zmien jednotlivca v priebehu plynutia času, tak bod dosiahnutia dôchodkového veku je len malou pripomienkou v procese „plynutia veku“. Tradičná doba dôchodku sa dnes naopak prezentuje ako doba osobného rozvoja v druhej polovici života, aj pri zohľadnení všetkých telesných, mentálnych a sociálnych zmien (Leichsenring, 2018-2019).

Napriek tomu v malých naratívoch o dôchodku, v prežívaní jednotlivých ľudí možno nájsť rôzne, komplikované a protirečivé vnímania dôchodku a starnutia. S. Manor (2017) napríklad v analýzach hĺbkových rozhovorov s dôchodcami zistila, že hoci dôchodok a starnutie nie sú pre nich rovnaké alebo vzájomne prepojené, dôchodcovia sami medzi nimi vytvárajú paralely a súčasne ich spojenie popierajú. Manor vysvetľuje takéto diskurzy tým, že pred-dôchodcovia vytvárajú svoju identitu okolo dvoch centrálnych a paralelných osí: dôchodku a starnutia. Pretože však v súčasnej spoločnosti je ťažké stotožniť sa so starým vekom, popieranie svojho vyššieho veku vytvára dynamickú, hybridnú identitu, ktorá potom dôchodcom umožňuje starnutie súčasne prijímať aj odmietať.

Rozmanité individuálne naratívy o dôchodku tiež dokumentujú, že ľudia v dôchodku netvorí homogénnu skupinu. Tak ako nemožno vytvoriť jeden generalizovaný model prechodu do dôchodku, nie je možný psychologický profil „priemerného dôchodcu“. Prežívanie dôchodku a starnutia sú vysoko individualizované. Ľudia, hoci rovnako starí, vykazujú značnú heterogenitu prežívania vo vzťahu

k dôchodku a rozdielne svoje prežívanie prejavujú (Sargent et al., 2012). Vystáva tak potreba vysvetliť a porozumieť týmto variabilným skúsenostiam a tiež procesom re-konštruovania konceptov veku a dôchodku, pretože možno oprávnene predpokladať, že ovplyvňujú kvalitu života a psychologickú pohodu ľudí, a to nielen v neskorých rokoch ich života.

Záver

Dôchodok ako predvídateľná fáza života bol vytvorený len v nedávnej historickej dobe, na prelome 19. a 20. storočia. Jeho pôvodne tesné spojenie so starým vekom sa v poslednom polstoročí oslabuje tým, ako sa doba strávená na dôchodku takmer s každou následnou vekovou kohortou predlžuje.

Preto čím ďalej, tým ťažšie možno charakterizovať fenomén dôchodku jediným jednoduchým spôsobom. Tým viac vystáva potreba skúmať kolektívne a individuálne koncepcie toho, čo v živote dnešných ľudí znamená, a aký význam mu pripisujú ľudia rôzneho veku⁵.

Dôsledky zmien dôchodku predstavujú výzvu pre skúmanie životných fáz vývinu súčasných ľudí. Zatiaľ málo vieme o tom, ako predlžovanie veku života, zlepšovanie životnej situácie starších osôb, nové podoby kariéry, nové modely starnutia, neukončovanie pracovného života vôbec, reflektujú a hodnotia jednotlivci a komunity, a ako na tieto zmeny odpovedajú vo svojom prežívaní a konaní.

LITERATURA

- Achenbaum, W. A. (2006). What is retirement for? *Wilson Quarterly*, 30(2), 50-56. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/40261078>
- Amabile, T. M. (2019). Understanding retirement requires getting inside people's stories: a call for more qualitative research. *Work, Aging and Retirement*, 5(3), 207–211. <https://doi.org/10.1093/workar/waz007>
- Arnett, J. J., Robinson, O., & Lachman, M. E. (2020). Rethinking adult development: Introduction to the special issue. *American Psychologist*, 75(4), 425-430. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000633>
- Báčová, V., & Halama, P. (2020). Retirement lifestyle conceptualization and well-being in recent retirees. *Educational Gerontology*, 46(11), 688-695. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1807090>
- Denton, F. T., & Spencer, B. G. (2009). What is retirement? A review and assessment of alternative concepts and measures. *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 28(1), 63-76. <https://doi.org/10.1017/S0714980809090047>
- Ekerdt, D. J. (2010). Frontiers of research on work and retirement. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B, 69-80. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp109>
- Henkens, K., van Dalen, H. P., Ekerdt, D. J., Hershey, D. A., Hyde, M., Radl, J., van Solinge, H., Wang, M., & Zacher, H. (2017). What we need to know about retirement: pressing issues for the coming decade. *The Gerontologist*, 58(5), 805-812. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx095>

⁵ Vyskytujú sa úvahy a návrhy, aby obdobie, ktoré teraz nazývame dôchodok, bolo rozdelené do rôznych fáz života jednotlivcov tak, aby si voľnosť a slobodný čas „neužívali“ ľudia až v staršom veku, ale aby aspoň časť tejto, doteraz jednej súvislej fázy životného cyklu prežili v mladšom veku, keď ju môžu naplniť dynamickejšími aktivitami. Rôzne podoby tejto obmeny už existujú, napríklad ako sabatikal, alebo ako model kariéry bez obmedzení, alebo proteánskej kariéry.

- Hornstein, G.A., & Wapner, S. (1985). Modes of experiencing and adapting to retirement. *The International Journal of Aging and Human Development*, 21(4), 291-315.
<https://doi.org/10.2190/4NRA-2UY5-UVA3-4RPQ>
- Jonsson, H., Josephsson, S., & Kielhofner, G. (2000). Evolving narratives in the course of retirement: A longitudinal study. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 463-470.
<https://doi.org/10.5014/ajot.54.5.463>
- Kojola, E., & Moen, P. (2016). No more lock-step retirement: Boomers' shifting meanings of work and retirement. *Journal of Aging Studies*, 36, 59-70.
<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.12.003>
- Leichsenring, K. (2018-2019). Ageing 4.0 Towards an integrated life-course approach to population ageing. *Policy Brief 2018/9*. The European Centre for Social Welfare Policy and Research. United Nations.
- Manor, S. (2017). Trying to be someone you can never be again: Retirement as a signifier of old age. *Ageing & Society* 37(5), 985-1005.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X16000155>
- Rozanova, J. (2010). Discourse of successful aging in The Globe & Mail: Insights from critical gerontology. *Journal of Aging Studies*, 24, 213-222.
<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.05.001>
- Sargent, L. D., Lee, M. D., Martin, B., & Zikic, J. (2012). Reinventing retirement: New pathways, new arrangements, new meanings. *Human Relations*, 66(1), 3-21.
<https://doi.org/10.1177/0018726712465658>
- Shultz, K. S., & Wang, M. (2011). Psychological perspectives on the changing nature of retirement. *American Psychologist*, 66(3), 170-179. <https://doi.org/10.1037/a0022411>
- Smith, F. L., & Dougherty, D. S. (2012). Revealing a master narrative: Discourses of retirement throughout the working life cycle. *Management Communication Quarterly*, 26, 453-478. <https://doi.org/10.1177/0893318912438687>
- Szinovacz, M. E. (2003). Contexts and pathways: Retirement as institution, process, and experience. In G. A. Adams & T. A. Beehr (Eds.), *Retirement: Reasons, processes, and results* (pp. 6-52). New York: Springer.
- van Solinge, H. (2013). Adjustment to retirement. In M. Wang (Ed), *The Oxford handbook of retirement* (pp. 311-324). Oxford: Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199746521.013.0117>
- Vough, H., Bataille, C., Noh, S. C., & Lee, M. D. (2015). Going off script: How managers make sense of the ending of their careers. *Journal of Management Studies*, 52(3), 414-440.
<https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2019.100727>
- Walker, J. W., Kimmel, D. C., & Price K. F. (1981). Retirement style and retirement satisfaction: retirees aren't all alike, *International Journal of Aging and Human Development*, 12(4), 267-281. <https://doi.org/10.2190/ABAU-8BLY-32N6-K8A9>
- Wink, P., & James, J. B. (2013). The life course perspective on life in the post-retirement period. In M. Wang (Ed), *The Oxford handbook of retirement* (pp. 59-72). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199746521.013.0037>

AKTIVITY SENIORŮ VE TŘETÍM VĚKU

ACTIVITIES OF OLDER ADULTS IN THE 3RD AGE

Oldřich Čepelka

Fakulta humanitních studií UK Praha

E-mail: oldrich.cepelka@tima-liberec.cz

Abstrakt: K základním gerontologickým otázkám patří, v jaké kvalitě lidé prožijí léta ve stáří. Pro seniory ve 3. věku, u kterých se masově nevyskytují vážná zdravotní postižení, chronické civilizační nemoci, křehkost, demence a nesoběstačnost (tak jako typicky v pozdějším, 4. věku), jsou charakteristické rozmanité zájmy a aktivity, které většinou přesahují rozsah vlastní domácnosti nebo rodiny. Obsahově pestré aktivity tělesného, mentálního a společenského charakteru jsou jedním z klíčových faktorů dlouhého života ve zdraví a pohodě. U tzv. super-seniorů (nad 100 let) se prokázalo, že kromě vhodného způsobu života (složení stravy, dostatečný spánek, přiměřený pohyb a fyzická práce, absence dlouhodobého stresu aj.) jsou rozhodující každodenní mezilidské kontakty s pozitivní emoční bilancí. Sociální aktivity jsou podstatnou složkou úspěšného stárnutí.

Seniorské aktivity lze podle okruhu beneficentů rozdělit na a) viscerogenní a každodenní sebeobslužné, b) zaměřené na rodinu a domácnost, c) výtěžné aktivity a záliby realizované individuálně a společně s dalšími lidmi a d) aktivity s přímým veřejným dopadem na sociální okolí: na širší rodinu, zájmovou komunitu, obec či celou společnost. Odtud můžeme odvodit tři tzv. ideální typy (ve smyslu M. Webera) seniorů: „spotřebitel“, jejichž hlavním zájmem je péče o domácnost, nejbližší rodinu a o záliby provozované doma, „hobíci“, kteří mají širší zájmy, rozmanité záliby mimo domácnost a často v kolektivu vrstevníků (naplňují image „aktivního stáří“), a „angažovaní“, kteří navíc vykonávají aktivity ve prospěch obce, zájmové komunity nebo společnosti.

Senioři si vytvářejí osobní copingovou strategii, kterou reagují na vlastní stáří a stárnutí. Typologicky lze rozlišit alespoň dvě základní strategie. Pozitivně zaměřená, ofenzivní strategie je většinou založena na anticipování stárnutí a míří ke zlepšování či udržení funkčnosti a fyzické, mentální i sociální kapacity člověka. Nejlepší copingová strategie je ta, která vede k co nejdelšímu stáří prožitému ve zdraví. Koncept aktivního stárnutí (dle WHO) je vlastně návodem na ofenzivní osobní copingovou strategii. Naproti tomu defenzivní a často maladaptivní strategie buď pouze potlačuje symptomy stárnutí, zatímco objektivní regresivní procesy pokračují, anebo potlačuje vědomí narůstajících obtíží, příp. vede k rezignaci.

Lépe poznat copingové strategie, které senioři používají, a také vybrané determinanty uskutečňování veřejně prospěšných aktivit, je v plánu on-line dotazování českých seniorů. Dosud uskutečněný průzkum (s 3207 dotazovanými ve věku 60 let a více), který ovšem proporcčně dobře nereprezentuje seniorskou populaci 3. věku, ukázal na frekvenci rozmanitých aktivit prováděných ve prospěch chodu domácnosti, z vlastních zálib i ve veřejný prospěch.

Klíčová slova: senioři; 3. věk; aktivity; copingová strategie

Abstract: One of the basic gerontological questions is the quality of life in the "retirement age". Older adults in the 3rd age, who do not have serious disabilities, chronic lifestyle diseases, fragility, dementia and lack of self-sufficiency (as typically in the later, 4th age), are characterized by diverse interests and activities, which usually exceed the threshold of their

own household or family. Content-diverse activities of a physical, mental and social nature are one of the key factors in a long life in health and well-being. For so-called superseniors (over 100 years of age), it has been proven that, in addition to a suitable lifestyle (diet composition, sufficient sleep, adequate exercise and physical work, absence of long-term stress, etc.), daily interpersonal contacts with a positive emotional balance are crucial. Social activities are an essential component of successful aging.

According to the beneficiary domains, older people's activities can be divided into a) viscerogenic and everyday self-service activities, b) focused on the family and household, c) gainful activities and hobbies implemented individually and/or together with other people, and d) activities with a direct public impact on the social environment: a community of interest, municipality or the whole society. From this we can derive three so-called ideal types (by Max Weber) of older people: "consumers" whose main interest is to take care for the household, close family and hobbies run at home, "hobbiars" who have broader interests, diverse hobbies outside the household and often in a group of peers (accomplishing the image of "active ageing"), and "the engaged" who additionally carry out activities for the benefit of a municipality, community of interest or society.

Older people develop a personal coping strategy that reacts to their own age and ageing. Typologically, at least two basic strategies can be distinguished. A positively oriented, offensive strategy is mostly based on anticipating the ageing and aims to improve or maintain the functionality and physical, mental and social capacity of a person. The best coping strategy is the one that leads to the longest possible age spent in health. The concept of active ageing (according to WHO) is actually a guide to an offensive personal coping strategy. In contrast, a defensive and often maladaptive strategy either only suppresses the symptoms of ageing while objective regressive processes continue, or suppresses the awareness of growing difficulties and leads to resignation.

It is planned to know more about the coping strategies that older adults use as well as selected determinants of carrying out public benefit activities, through an online survey of Czech older adults. The survey so far (with 3207 respondents aged 60 and over), which, however, does not represent the senior population of the third age well, has showed a frequency of various activities of people carried out for a running a household, for their own hobbies and for the public good.

Keywords: older adults; 3rd age; activity; coping strategy

Úvodní poznámka: Rozlišujeme 3. a 4. věk. Pro 4. věk jsou charakteristické degenerativní procesy (křehkost, demence), vážná zdravotní postižení, polymorbidita (především chronické civilizační nemoci), nesoběstačnost, resp. závislost, širší společenská pasivita (např. Baltes & Smith, 2003; Petrová Kafková & Sedláková, 2017). Jde tedy o souběh určitého funkčního stavu osobnosti a sociálních rolí, které jsou ovšem člověku „vnuceny“ biologickým řádem věcí a jeho sociálním doprovodem. S

přihlédnutím ke komplexnosti a neurčitosti pojmu můžeme o této životní etapě hovořit zhruba od chronologického věku mezi 75 a 85 lety, neboť individuální nástup 4. věku je velmi rozmanitý, nehledě na to, že s pojmem se v individuální diagnostice neparcuje.

Také počátek 3. věku je nutně neurčitý, třebaže nejčastěji je spojován s ukončením pravidelné výdělečné aktivity, resp. se začátkem pobírání starobního důchodu.

Chronologicky lze jeho počátek umístit nejspíš mezi 60. a 65. rok života. Lidé v této životní etapě jistě mohou být zdravotně postižení, nemocní, společensky pasivní či dementní, avšak nejčastěji mají rozmanité zájmy a aktivity, které většinou přesahují rozsah vlastní domácnosti nebo rodiny. Bývají fyzicky a mentálně způsobilí, se zájmem o společenské dění a o pěstování společenských kontaktů. Bernice Neugartenová již dříve konstatovala, že koncepty 3. a 4. věku by mohly nahradit dříve užívané třídění mladší senioři a starší senioři (Neugarten, 1974), avšak obě klasifikace se používají i nadále.

Dlouhý život prožitý ve zdraví

V zemích s rozvinutou ekonomikou a zdravotnictvím se od 80. let 20. století ukazuje, že apelem významnějším než „přidat léta životu“ se postupně stává „přidat život létům“. To je ostatně úvodní motto Deseťiletí zdravého stárnutí, které vyhlásilo Valné shromáždění OSN v prosinci 2020 pro léta 2021-2030 (WHO, 2020).

Sedmdesátiletý český muž má nyní naději, že se dožije v průměru 83 let, žena 86 let (ČSÚ, 2020), viz Tabulka 1. Ale co budou těch 13, resp. 16 let dělat? Budou zdraví, nebo nemocní? Šťastní, nebo nešťastní? Spokojení či aspoň smíření, anebo nespokojení s vlastním stářím a stárnutím? Jak kvalitní život ještě prožijí?

Tabulka 1. Naděje dožití v ČR.

věk	muži	ženy
0	76,3	82,1
1	75,6	81,3
60	20,00	24,2
70	13,00	15,9
80	7,4	8,8
90	3,6	4,0

Zdroj: ČSÚ (2020)

V diskusích o anti-ageingu se objevuje tvrzení, že „nelze oddálit stárnutí“. To však není přesné. Bylo opakovaně prokázáno, že přiměřené tělesné, duševní a společenské aktivity oddalují či zeslabují typické projevy stáří, jako jsou degenerativní onemocnění a civilizační choroby (Blackburn & Dulmus, 2007; Kelly et al., 2017; Livingston et al., 2020). Synergický efekt vyvolává kombinace těchto aktivit s určitou životosprávou, resp. stylem života, který zahrnuje vhodné stravovací návyky a složení stravy, dostatek přiměřeného pohybu a tělesné činnosti, absenci dlouhodobého stresu, dostatečný a kvalitní spánek bez léků, přiměřené zatěžování mozku a dalších orgánů a také každodenní mezilidské kontakty s pozitivní emoční bilancí.

Potvrzují to i studie „superseniůrů“, jejichž věk přesahuje 100 let, například na Okinawě (Garcia & Miralles, 2017; Goto et al., 2003) a Sardínii (Pinker, 2014; Pinker, 2017). Pro seniory je mimo jiné významné, jsou-li členy neformální skupiny lidí se společnými zájmy, kteří si vzájemně pomáhají a komunikují (na Okinawě *moai*). Podle S. Pinkerové a řady dalších autorů má být člověk obklopen rodinou a přáteli – ale spoň několika citově blízkými lidmi, s nimiž si může vyměňovat názory a návrhy, ale také emoce. Pohled do očí, stisk ruky, rozhovor způsobuje, že v těle se zvyšuje produkce oxytocinu a dopaminu a jak naznačily některé studie, takové sociální kontakty mohou snižovat výskyt demence. Význam společenských aktivit, resp. pozitivních sociálních vztahů seniorů potvrzují i výsledky

dlouhodobé (75 let trvající) Harvardské studie, která opakovaně zjišťuje, že sociální kontakty jsou pro seniory důležité (jsou šťastnější, tělesně zdravější a déle žijící), že nejde o počet přátel a počet vztahů, nýbrž o jejich kvalitu, hloubku, a že dobré vztahy v 80 letech chrání mozek před demencí a paměť vyšetřovaných osob se nezhoršuje⁵.

Ostatně i východiskem prací na gerontologické teorii aktivity (Havighurst, 1968 a následovníci) bylo tvrzení o významu neformálních společenských vztahů a aktivit, které se realizují prostřednictvím komunikace s příslušníky vlastní rodiny, s přáteli, sousedy a členy zájmových komunit. Tento význam potvrzuje řada především sociálně psychologických studií z posledních let zaměřených jak na prožívání životní pohody, tak na kognitivní zdraví a dlouhověkost (Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006; Pinker 2014; Kelly et al., 2017 aj.). K. Adamsová se svými spolupracovníci vyhodnotila 42 studií z let 1995-2009 a potvrdila, že společenské, volnočasové a produktivní aktivity jsou významné pro pohodu starších lidí (Adams et al., 2011).

Sociální aktivity jsou podle této teorie podstatnou složkou úspěšného stárnutí. Bez nich probíhají tělesné, kognitivní a psychické změny ve stáří rychleji⁶. Je tedy třeba získat nové sociální role, které nahradí ztracené, například v souvislosti s odchodem do důchodu, se smrtí životního partnera, s trvalým zdravotním postižením apod. Ochrana konzistentního sebepojetí

(s pozitivní emoční bilancí) je zajišťována právě novými aktivitami. Například opuštění výdělečných pracovních aktivit je kompenzováno dobrovolnickou nebo zájmovou činností.

Seniorské aktivity jako součást života ve 3. věku

Jedním z klíčových faktorů dlouhého života ve zdraví a pohodě jsou tedy rozmanité aktivity (fyzické, mentální i společenské), které přesahují okruh každodenních sebeobslužných a chod domácnosti zajišťujících činností a úkonů. Někdy se tyto aktivity nazývají volnočasové, avšak to vzbuzuje dojem, že jde pouze o jakési nadbytečné záliby, které si senior „může docela dobře odpustit a spokojit se s úklidem a vařením oběda“.

Ve skutečnosti jsou všechny aktivity pro udržení tělesného a duševního zdraví zcela zásadní a pomáhají uspokojovat významné psychogenní potřeby. Například vzdělávání seniorů organizované formou prezenčních kurzů může naplňovat tyto a další potřeby účastníků⁷: potřeba někam patřit (identifikovat se s někým, s něčím), být emočním objektem i subjektem, vzbuzovat pozornost, důstojnost a kladnou odezvu, být sám sebou kladně hodnocen (sebeúcta), získat sebedůvěru, potřeba podat výkon hodnocený jako úspěšný, seberealizovat se (tj. naplnit své možnosti růstu, stát se tím, čím se mohu stát), potřeba poznat a porozumět sobě a okolnímu světu, akceptovat skutečnost a fakta, duchovně se obohacovat, pracovat na sobě, objevovat a prožívat řád a krásu (Čepelka, 2019).

Aktivity, které senioři realizují, mohou být klasifikovány z různých hledisek. D. Avramovová (Avramov & Mašková, 2003, s. 24 a 69) popisuje seniorské aktivity ve čtyřech oblastech: placená práce, domácí aktivity,

⁵ Dle veřejného vystoupení ředitele Harvardské studie Roberta Waldingera v listopadu 2015. Dostupné na <https://1url.cz/CzRp5>.

⁶ Ve světě nyní probíhá grandiózní neplánovaný experiment *in vivo* s dlouhotrvajícími anticovidovými restrikcemi, které vedou ke kritickému nedostatku použitelných osobních mezilidských kontaktů, a to nejen v zařízeních pro seniory či u seniorů vůbec. Můžeme se domnívat, že případné studie o vlivu sociální izolace a nedostatku neformální mezilidské komunikace prokážou vznik psychosomatických potíží, depresí a dalších zdravotních následků.

⁷ S využitím koncepcí A. Maslowa (Maslow 1970; Madsen 1979), C. Rogerse (Rogers, 1953, cit. dle Cervone, 2014) a vlastního pozorování.

péče o druhé a zájmové (*leisure*) aktivity. Běžné sociologické členění aktivit zahrnuje například politické, občanské, kulturní, ekonomické, pohybové a další aktivity. Jiní dělí aktivity na domácí a rodinné, kulturní, pracovní, společenské, vzdělávací, náboženské a rekreační (Chabior et al., 2014, s. 81-82) nebo na sociální (které jsou jednak produktivní, tj. pracovní nebo dobrovolnické, jednak komunitní), rekreační, denní a instrumentální (dle Levasseur et al., 2017). Zdá se nám však, že pro pochopení spektra a především významu aktivit volných seniorem jsou přínosné jiné koncepce.

Významné je třídění aktivit podle toho, jsou-li prováděny individuálně (solitérně), anebo společně s dalšími lidmi (kolektivně) jak ve formální, tak v neformální alternativě. Výzkumy ukázaly (Longino & Kart, 1982; Ritchey & Kart, 2001; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006; Adams et al., 2011 aj.), že s pocitem pohody se nejvíce pojí neformální sociální aktivity, jakou je komunikace s přáteli, sousedy a příbuznými. To pochopitelně neznamená, že by solitérní aktivity nepřinášely subjektu dostatečný pocit uspokojení; pozorujeme jej typicky u mužů seniorů, kteří se účastní kolektivních aktivit jen málo a preferují samostatnou kutilskou a jinou tvůrčí práci. Ve volbě seniorských aktivit se jistě odráží též sklon k introverzi, resp. extraverci (srov. např. Quattrochi-Tubin, 1983).

Jako intuitivně vhodné se nabízí základní členění podle toho, na které úrovni má aktivity převažující dopad či význam:

- a) individuum samo
- b) mikro = (užší) rodina, společná domácnost, nejbližší přátelé (s denní nebo téměř denní interakcí)
- c) mezzo = širší rodina („příbuzenstvo“), obec, zájmová komunita a instituce „všedního soukromého dění“ (hospoda, sportovní klub)
- d) makro = společnost (pro seniora abstraktní, ačkoliv objektivní)

Z nich především mikro- a mezzouroveň jsou rozhodující pro uspokojování některých psychologických potřeb jako potřeby uznání a seberealizace, potřeby mít určité hranice jednání a identifikovat se s nimi, potřeby strukturace denního času, potřeby sebeúcty a porozumění subjektivně vnímanému světu. Podrobný průzkum těchto dopadů by přispěl k poznání souhrnné role seniorů v životě rodin a společnosti.

Se třemi úrovněmi dopadu (mikro, mezzo, makro) je spojen výkon rolí, které senior danou aktivitou naplňuje. Z mnohosti seniorských rolí totiž vyplývá i řada možností, komu a čím senioři přispívají:

- a) užší a širší rodině: poskytují mladším generacím emoční podporu, finanční příspěvek (důchod, příp. pracovní odměny) a praktickou pomoc v domácnosti včetně mezigenerační výměny užiteků,
- b) obci a komunitě: dobrovolnická práce, udržování „životu“ v obci (zájmové dění v oblasti místní kultury, sportu, společenských vztahů apod.) a obohacování aktivit v zájmových komunitách (kluby apod.),
- c) širší veřejnosti: senioři přinášejí benefit jako zaměstnanci a jako daňoví poplatníci (v případě pracovního zapojení), avšak také jako voliči a jako spotřebitelé.

Po přerozdělení aktivit dle okruhu benefitů bychom tak mohli identifikovat aktivity:

- a) zaměřené na sebe sama: viscerogenní, každodenní, sebeobslužné;
- b) zaměřené na rodinu, resp. domácnost, které zahrnují „každodenní“ obslužné práce spojené ba) s provozem domácnosti (vaření, nakupování, úklid), bb) s běžně využívaným majetkem (zahradu, auto), bc) s péčí o členy užší (manželé) a širší rodiny (vnuci, vlastní rodiče aj.);
- c) aktivity s hlavním přínosem pro sebe sama: ca) výdělečné aktivity, cb) záliby

realizované převážně individuálně, o samotě, cc) záliby realizované společně s dalšími lidmi;

- d) aktivity s přímým veřejným dopadem v mezo a makroprostředí – orientované na skupiny přátel, sousedů, širší rodinu, zájmovou komunitu, vlastní obec či město, celou společnost.

Čím vyšší je stupeň (ABCD) v této klasifikaci, tím jsou aktivity zbytnější, pro život méně důležité. Současné však jejich realizace vede k uspokojování stále vyšších potřeb jak subjektu (ve smyslu hierarchie potřeb A. Maslowa), tak i těch, kteří z aktivit mají prospěch (členové společné domácnosti, veřejnost apod.).

Ponecháme-li stranou viscerogenní a sebeobslužné aktivity (A), můžeme vytvořit myšlenkové konstrukce skupin aktivit. Těm podle našeho názoru odpovídají tři tzv. ideální typy⁸, jimž se skuteční senioři jen více nebo méně přibližují. Uvádíme je se stručnými pracovními názvy.

⁸ Typologie charakterizuje skutečné osoby pouze teoreticky, nikoliv empiricky. Pomáhá však zpřehlednit velkou diverzitu seniorské populace ve 3. věku. Ideální typ, jak jej definuje Max Weber, vzniká jako abstraktní model vystupňováním vybraných pozorovaných rysů zkoumaného objektu (Trubek, 1972; Weber, 1998, s. 44; Kim, 2020). Je to fiktivní konstrukce, která má pomoci pochopit zvláštnosti reálného dění (Keller, 2007, s. 261). Jedná se tedy o čistě „myšlenkový obraz“, který není vytvořen proto, aby odpovídal pozorovanému objektu, nýbrž slouží jako abstraktní ideál, s nímž lze pozorovanou realitu porovnávat. Například je možno zkoumat, do jaké míry naplňuje stávající česká ekonomika ideální typ tržní ekonomiky. Ideální pojem je odlišný od běžného, generického pojmu, který popisuje konkrétní realitu. Má nás vést k jejímu lepšímu pochopení. Výhodou ideálních typů je jejich jasnost, určitost, která umožňuje formulovat a rozpracovávat teoretické hypotézy o vztazích mezi nimi. Samo porovnávání ideálních typů s realitou je potom zdrojem formulace nových hypotéz nebo typologií. Slovo „ideální“ zde tedy nenaznačuje mravní hodnotu, nýbrž pouze to, že jde o typ vytvořený v myšlenkách, že je to idea.

- I. typ – „**spotřebitelé**“. Jejich hlavním zájmem je užívat si doma a zvládat každodenní provoz domácnosti. Neprojeví mnoho rozmanitých zájmů, někdy se ve větší míře nezajímají o dění kolem sebe, natož v celostátním nebo celosvětovém měřítku. Realizují každodenní běžné zájmy jako televize, zahrádka, vnuci, nakupování, vaření apod. Zajímá je však dění ve vlastní rodině. Mohou prožít šťastné či spokojené stáří. Mohou být převážně vedeni návyky, návykovým uspokojováním potřeb a rituály. Tito senioři mohou být přístupní spotřebitelské reklamě, ale ne již tak dalece osvětě, tzn. jak by se mohli lépe stravovat, nekouřit, pohybovat se atd., aby si zvýšili kvalitu současného života a dožili se delšího věku ve zdraví. Jejich „sociální imunitu“ mohou někdy narušit vrstevníci a členové rodiny, méně často média. Jsou to nejméně pravděpodobní voliči.
- II. typ – „**hobíci**“. Mají širší zájmy, které znamenají přesah z každodenní „rodinné ulity“. Typická je pro ně zájmová aktivita za přítomnosti dalších osob (mimo rodinu) a uskutečňovaná mimo domácnost, jako je kondiční sportování, návštěva divadla, hromadné výlety a zájezdy, zájmové kurzy, výdělečné pracovní aktivity apod. Průměrné vzdělání a složitost dříve vykonávané práce bude ve statistickém průmětu pravděpodobně vyšší než u I. typu. Hlavní motivací při využívání „volného času“ jsou osobní zájmy a hodnoty. Při výkonu rozmanitých aktivit pak přistupují psychogenní potřeby, zejména uznání a seberealizace. Tito lidé jsou otevření vlivům svého okolí včetně médií a reklamy, jsou často ochotni experimentovat a ochotněji (i dovedněji) vstupují do mezilidské komunikace. Jsou to spolehliví účastníci stříbrné ekonomiky a skuteční představitelé modelu aktivního stárnutí.

- III. typ – „angažovaní“. Senioři tohoto typu realizují nejen aktivity charakteristické pro I. a II. typ, nýbrž také aktivity s přímým veřejným dopadem, například pracují v místních neziskovkách, organizují akce pro zájmovou komunitu, dělají něco pro obec, takže z jejich zájmové činnosti má užitek užší nebo i širší veřejnost. Statisticky častěji jde o osoby se středním a vyšším vzděláním, opět však s rozmanitými vlastnostmi osobnosti. Jejich motivační základna je však velmi odlišná od I. typu: významnou roli hraje zvědavost, tvořivost a další prvky, které konstituují potřebu seberealizace, zájem o věci veřejné, motiv solidarity (pomoci), vyvinuté pojetí dobra a spoluodpovědnosti za svět, v němž žijí a další přesažné motivy⁹. Zdá se, že pro tento typ je charakteristický vnitřní zdroj regulace chování a prožívání (*locus of control*).

Podle našeho názoru lze tvrdit, že existuje společenský zájem, převést co nejvíce osob z I. k II. a z II. ke III. typu, neboť tyto přechody jsou doprovázeny lepším tělesným a duševním zdravím s jeho pozitivními efekty. Dopady přechodu ke III. typu jsou pro jednotlivce i společnost zřejmé: zvýší se kvalita života, prodlouží se stáří prožívané ve zdraví, dojde k úsporám za zdravotní a sociální služby, vzniknou nové hodnoty jako výsledek pracovního a mimopracovního uplatnění, oslabí se stigmatizující image nepotřebného či nákladného

⁹ Promítnuto na úroveň potřeb, je určitá forma a intenzita projevů zvědavosti, tvořivosti, snahy vidět výsledky, dosahovat uznání (kladnou odezvu) apod. součástí života zdravého člověka v každém věku a samozřejmě i u všech zde uváděných typů. U III. typu jsou propojeny se zájmem poznat a ovlivňovat širší okolí. Neměl by však nastat dojem, že III. typ je mravně nejcennější či vždy hodnotově pozitivní, jak by mohl napovídat výčet motivů. Senior III. typu může být svým osobnostním založením sociopat, který se uplatní v zájmové komunitě nebo ve veřejné politice a který svou sobeckou necitlivostí škodí ostatním lidem.

seniora. Obecně nahlíženo, senioři jako celek znamenají pro společnost obrovský potenciál díky svým pracovním schopnostem, zkušenostem, znalostem a často i nadšení, které mají. Dají se uplatnit jak v mikroprostředí rodiny a domácnosti, tak v komunitách (jako zaměstnanci, dobrovolníci a neformální mentoři).

Osobní copingové strategie

Výše uvedená typologie seniorů, resp. skupin aktivit je vytvořena podle sociální složitosti aktivit a jejich dopadu na mikro, mezo nebo makroprostředí, avšak může mít význam pro pochopení toho, jak se senioři vyrovnávají s vlastním stářím a stárnutím.

Vycházíme z domněnky, že v pozadí míry aktivity seniorů je faktor, který by se dal nejlépe označit jako osobní copingová strategie (OCS). To je všeobecná životní linka, ne plně uvědomovaný komplex jednání, postojů a pocitů, který ve starším věku předurčuje chování a prožívání ve vztahu k vlastnímu stáří. Je to osobní strategie vyrovnávání se s vlastním stárnutím a stářím, zvládání každodenních životních okolností, celkové směřování chování. Copingová strategie vzniká celoživotní kumulací zkušeností a návykového jednání při uspokojování potřeb a sledování osobních hodnot. Reprezentuje základ životního stylu.

Pojem OCS je v souladu s teorií kontinuity normálního stárnutí, kterou založil v roce 1971 R. Atchley (Atchley, 1989). Jejím jádrem je tvrzení, že lidé ve starším věku si pokud možno uchovávají vzorce chování, hodnoty, vztahy a aktivity, které měli v předchozím období života. Na základě svých zkušeností se snaží o uchování dosažitého způsobu života, třebaže je vnitřní i vnější okolnosti nutí k jeho postupné modifikaci. V průběhu stárnutí se tak stále udržuje kontinuita a konzistence ve vzorcích myšlení a chování, v rysech osobnosti, v aktivitách a zvycích, přestože v jejich

zdravotním stavu a v sociálních podmínkách dochází k velkým změnám. Člověk se „na prahu stáří“ obvykle nerozhoduje, že začne být aktivní, nýbrž pokračuje v aktivním životě z předchozího období. Usiluje přitom o zachování emoční pohody (např. Charles, 2010) a psychologicky účinných rituálů a v průběhu dalšího stárnutí vykazuje setrvačnost či nezdolnost, která by se dala charakterizovat též jako síla souvislosti, smyslu, který přikládá svému jednání.

Nejlepší copingová strategie je samozřejmě ta, která vede k dlouhověkosti, přesněji k co nejdelšímu stáří prožitému ve zdraví. Je tedy založena na dobře známém chování a životním stylu: přiměřeně zdravá strava, přiměřený objem pohybu, přiměřené množství a rozmanitost každodenních aktivit, přiměřeně malé množství stresu a dostatečně časté a aktivně udržované sociální kontakty, které spočívají v osobní komunikaci s lidmi z nejbližšího sociálního okolí. K „míře přiměřenosti“ je třeba vést diskuse a realizovat dlouhodobé studie.

Copingové strategie úzce souvisejí s problematikou úspěšného stárnutí, resp. subjektivní pohody (např. Whitley, 2016; Zanjari, 2017). Jedna z podstatných stránek vyrovnávání se s vlastním stářím se týká zdrojů regulace vlastního chování a prožívání čili motivace. J. Rotter (1966) zavedl pojmy internalita a externalita. Internalita je představa (přesvědčení) subjektu, že dominuje nad situačními faktory, že má možnost ovládat dění, které se jej týká. Externalita znamená uznávat mimoosobní faktory jako silnější, osobní kontrole se vymykající. Jedná se tedy o vnímanou (vnitřní, nebo vnější) regulaci chování.

Tomuto konceptu odpovídají také pojmy primární a sekundární kontroly v teorii J. Heckhausenové (Life-span theory of control, b.r.; Poulin et al., 2005; Heckhausen et al., 2010) a typologie osob niterně řízených a vnějškově řízených (Riesman et al.,

2007). J. Heckhausenová a její spolupracovníci dovozují, že v průběhu života se poměr primární a sekundární kontroly mění ve prospěch sekundární kontroly a ve stáří již člověk pracuje spíše než na dosažení svých cílů na „dobrém hodnocení“ svého chování, včetně snížení úrovně aspirace, změny v hierarchii cílů a egoistické interpretace úspěchů a neúspěchů. Současně se snižuje různorodost jak v prostředí, tak v zálibách (Heckhausen et al., 2010; Millová, 2018, s. 186). Některé studie (Meléndez, 2012) potvrzují, že během stárnutí dochází k posunu, kdy senioři s pokračujícím věkem upouštějí od strategií založených na řešení problému a na hledání sociální podpory, a naopak používají emoční zvládání situace.

Již dříve vytvořili svou typologii strategií – reakcí na stáří a stárnutí Suzanne Reichard, Florine Livson, a Paul G. Petersen (1962; dle Bromley, 1966, s. 104-111; Haškovcová, 2010, s. 83-84). Z jejich pěti typů v prvním případě (*konstruktivní* typ) lidé příchod stáří akceptují, převažuje spokojenost a pozitivní přístup k sobě i k ostatním lidem. Druzí jsou *závislí* na druhých, pasivní, preferují odpočinek. Lidé zaujímající *obránný* postoj byli v práci i v mimopracovním zapojení aktivní a nyní se bojí závislosti a snaží se v práci vytrvat. *Nepřátelská* strategie je založena na vědomí životního neúspěchu a u těchto seniorů převládá mrzutost, závist a rozhněvanost. Poslední možnou strategií je *sebe-nenávist*, nedostatek sebelásky a přesvědčení o tom, že si tito lidé zmarnili svůj život.

První tři typy se tedy zaměřují na chování ve stáří, kdežto další dva na prožívání stárnutí. Coping a copingové strategie jsou v psychologii spojovány především s prožitkovou stránkou života ve smyslu subjektivní pohody (well-being), kdežto v gerontologii se může uplatnit komplexnější pojetí, rozšířené o behaviorální stránku vyrovnávání se se stárnutím a stářím. Podle

našeho názoru nejsou strategie zaměřené na problém a na emoce dvě samostatné strategie, nýbrž dvě složky či dimenze jedné strategie, která má jak behaviorální obsahy a dopady, tak obsahy a dopady v oblasti prožívání (a to kognitivní, emocionální i motivační).

Von Humboldtová a Lealová (Humboldt & Leal, 2014) soustředily studie (provádějí se bohužel s malými počty vyšetřovaných osob), které ukazují, jak senioři rozvíjejí své adaptivní a aktivní strategie a jak zapojují reakce zaměřené na řešení problémů a na emoční vyrovnání se se změnami a událostmi (k tomu např. Lazarus & Lazarus, 2006).

Z širšího hlediska teorie aktivity a teorie kontinuity bychom mohli vyslovit domněnku, že do seniorského věku vstupují tři skupiny: lidé, kteří mají tendenci zůstat aktivní, protože takoví byli již dříve (často vnitřně motivováni), dále ti, kteří jsou adaptabilní, avšak ke změně chování potřebují vnější stimuly, a konečně ti, kteří jsou imunní a nelze je aktivizovat.

Předpokládáme, že copingová strategie ve vztahu k vlastnímu stárnutí a stárí je založena na určitém sebepojetí¹⁰. Je úzce spojena s celkovým pohledem na vlastní život. Je to stále se připomínající, takřka každodenní podklad v uvažování staršího člověka. Nejde tu o vzpomínky, nýbrž o časový rámec, v němž se interpretují současné události. Strategie přitom souvisí s ochotou vycházet z vlastní komfortní zóny (avšak to je jen pomůcka pro rozlišení aktivních a neaktivních jedinců).

OCS je v souladu s teorií adaptivního vývoje známé jako teorie selektivity, optimalizace a kompenzace (SOC) (Baltes et al., 2005, s. 47-71; Millová, 2010, s. 181-182 a další). Vychází z předpokladu, že lidé se během svého života neustále snaží co

nejúspěšněji vyvažovat zisky a ztráty pomocí tří základních mechanismů či strategií: výběru nových cílů, optimalizace prostředků k jejich dosažení a kompenzace ztrát pomocí získávání a aktivace náhradních zdrojů. Také stárí je charakterizováno „dynamikou zisků a ztrát“ (Baltes et al., 2005, s. 47), avšak každý deficit může hrát také pozitivní roli jako katalyzátor nového vývoje, jak ostatně upozorňuje řada psychologických teorií motivace (srov. Blatný et al., 2010) a jak to známe i z životní praxe. Ukázalo se například, že čím lépe senior využívá strategie selekce, optimalizace a kompenzace, tím vyšší úroveň životní pohody (*well-being*) dosahuje, bilancuje emočně pozitivně a úspěšněji se vyhýbá osamělosti (Donnellan, 2015). Jak argumentují C. Ouwehandová se svými spolupracovníci (Ouwehand et al., 2007), vedle teorie SOC by měl být zdůrazněn i preventivní, „proaktivní coping“ jako strategie významná pro úspěšné stárnutí.

Jako ideální typy můžeme definovat dvě dichotomicky pojaté strategie. Pozitivně zaměřená copingová strategie je většinou založena na anticipování stárnutí a míří ke zlepšování či udržení funkčnosti a fyzické, mentální i sociální kapacity člověka. Koncept aktivního stárnutí (dle WHO, 2002) je vlastně návodem na ofenzivní osobní copingovou strategii. Senior se k ní dostává vědomou volbou, nicméně založenou na předchozím sklonu k aktivitám II. nebo III. typu.

Naproti tomu defenzivní, tedy pasivní a často maladaptivní strategie buď pouze potlačuje symptomy stárnutí, zatímco objektivní regresivní procesy pokračují, anebo potlačuje vědomí narůstajících obtíží, příp. vede k rezignaci.

¹⁰ Z novější české literatury podává přehled problematiky sebepojetí Blatný et al., 2010, 105-136.

V rámci ofenzivního typu OCS bychom mohli nalézt například tyto prvky:

- provádění rozmanitých aktivit, které přiměřeně ovlivňují tělesné, mentální a sociální kapacity a funkce
- péče o zachování podporujícího sociálního zázemí (zejména rodina a přátelé) s možností denní komunikace názorů a emocí, posilování přátelských vazeb
- uplatňování denních rituálů, které napomáhají uspokojovat potřebu bezpečí, potřebu jistoty a potřebu (sebe)uznání
- snaha o „zdravé stravování“, dostatek spánku a podpora imunity
- pěstování zálib v domácnosti i v komunitě včetně čtení knih

U řady seniorů praktikujících tuto aktivní strategii, řešící problémy stárnutí, bychom patrně mohli nalézt i další opatření:

- provádění relaxačních technik, jako je jóga, masáž a meditování.
- využívání smyslu pro humor, resp. vyhledávání příležitosti k humoru (četba humorných knih, sledování televizních komedií, vtipkování s přáteli a pozitivní reinterpretace skutečnosti).

Zjišťování aktivit seniorů on-line dotazováním

Na zvolenou osobní copingovou strategii lze alespoň zčásti usoudit ze zúčastněného pozorování seniora v jeho přirozeném prostředí, z hloubkového rozhovoru, z rozboru jeho dopisů a ústních sdělení a také ze strukturovaného rozhovoru nebo dotazníku. Dotazník je patrně nejméně validním nástrojem zjišťování, avšak jako zdroj dat je levný, rychlý a dobře dostupný (Remillard et al., 2014). Dotazování by se týkalo vnitřních a vnějších determinant chování seniora, posoudilo by dominantní zdroj jeho motivace a zjišťovalo typické prvky životního stylu.

Základní metodologickou otázkou je, zda vůbec můžeme získat validní data o aktivitách seniorů pomocí on-line dotazování. Dotazovanými by mohli být pouze ti, kteří v době dotazování chtěli, uměli a mohli vyplnit on-line dotazník. To jsou pravděpodobně denní nebo téměř denní uživatelé internetu, kterých je nyní alespoň 423 tisíc (tab. 2). Lze předpokládat, že tato skupina zahrnuje lidi, kteří jsou v průměru všeobecně aktivní a lépe vzdělaní.

Počty seniorů používajících internet denně nebo téměř denně (ČSÚ, 2019b, tab. 3-1.) se každoročně velmi dynamicky zvyšuje, neboť do důchodového věku přichází každoročně cca 130 tisíc osob, které v souhrnu vykazují mnohem vyšší digitální gramotnost a dovednosti ve využívání informačních a komunikačních technologií než lidé, kteří seniorský věk opouštějí. Z již citovaného zdroje v tab. 2 lze odhadnout, že 50-60 % z každoročních „nových důchodců“ pracuje s internetem denně nebo téměř denně.

Anonymní on-line dotazování seniorů uskutečnil autor v roce 2019. Původním záměrem bylo uskutečnit předvýzkum na 150-250 seniorech ve věku 60 let a více a podle výsledků připravit podobné, avšak širší dotazování v roce 2020. Překvapivě však bylo dosaženo (s nulovými přímými náklady) využitelného vzorku 3207 osob. Cílem bylo zmapovat běžné aktivity seniorů 60+ v kontextu několika socioekonomických a dalších charakteristik, a především ověřit nosnost anonymního on-line dotazování s pomocí rozmanitých způsobů získání dotazovaných. Jako komunikační cesty k získání dotazovaných byly využity především webové stránky seniorských neziskových organizací, městské knihovny, seniorské kluby, manažeři univerzit třetího věku, ale i osobní známí autora a jeho někdejší obchodní partneři seniorského věku.

Tyto dostupné komunikační kanály ovšem ještě více snížily podobnost se skupinou osob 60+. Bohužel nejširší u nás prováděné dotazování k tématu, totiž Výběrové šetření o využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci (ČSÚ, 2019b), běžně neuvolňuje data k podrobné analýze, takže není známo, kolik je mezi uživateli seniorů osob s určitým stupněm dosaženého vzdělání a s dalšími socioekonomickými charakteristikami.

Základní zjištění z analýzy takto rozsáhlého vzorku se dají jen přibližně vztáhnout na uživatele internetu ve věkovém rozpětí 60-74 let, resp. na seniory ve 3. věku. Ve vzorku jsou totiž neproporcionálně více zastoupeny ženy a osoby s vyšším (maturním nebo vysokoškolským) vzděláním. Údaje o nejvyšším dosaženém vzdělání v kombinaci s věkem a pohlavím poskytuje ČSÚ z výběrového šetření pracovních sil (viz ČSÚ, 2019b; tabulky 1 a 2), a to v kohortách 55-64 let a 65 let a více (tedy bohužel bez použití hranice 60 let).

Tabulka 2. Počet obyvatel k 31. 12. 2019.

	ČR (tis. osob)	%
obyvatel celkem (0+)	10 700	100
z toho 65+ (20 % z 0+)	2 131	20
z toho 65-74 let (12% z 0+)	1 308	12
34 % z 65-74 let používá internet denně nebo téměř denně	423	

Zdroj: ČSÚ (2019b), tab. 3.1.

Závěr

Je tedy třeba konstatovat, že meritorní zjištění o seniorských aktivitách poskytují jen velmi přibližný obrázek skutečného stavu v době dotazování. Popsanými zkušenostmi jsme chtěli přiblížit metodologické a praktické obtíže při využívání dat z on-line dotazování seniorů a přispět k diskusi o jejich překonávání. Za hlavní cesty považujeme lepší rekrutaci dotazovaných a převažování vzorku.

V plánu nového výzkumu prozatím zůstává problematika copingových strategií, které senioři používají, a vybrané determinanty uskutečňování veřejně prospěšných aktivit. Avšak ověřit v článku uvedené poznatky a hypotézy pomocí on-line anonymního dotazování seniorů je obtížné:

restrikce v souvislosti s pandemií zásadně omezily aktivity seniorů mimo vlastní domácnost, utlumily vzdělávání, cestování, zájmové aktivity vykonávané v kolektivu a z velké části i dobrovolnickou práci v neziskových organizacích. Dotazovat se na aktivity uskutečňované před delším časem („Čím vším jste se zabýval před více než rokem?“) se zdá být nerelevantní vzhledem k pravděpodobně nízké spolehlivosti odpovědí a k možným posunům v preferencích seniorské populace. V perspektivě déletrvajícího omezení běžného života se však přesto podařilo připravit výzkum alespoň k vybraným otázkám životního stylu, aktivit a subjektivní pohody seniorů.

LITERATURA

- Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31(4), 683–712. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10001091>
- Atchley R. C. (1989). A Continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183–190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Avramov, D., & Maskova, M. (2003). *Active ageing in Europe: Volume 1*. Council of Europe Publishing. <http://196.189.45.87/bitstream/123456789/55671/1/57.pdf>
- Baltes, P. B & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123–135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Baltes, P., Freund, A., & Li, S. (2005). The psychological science of human ageing. In V. Bengtson, P. Coleman, & T. Kirkwood (Authors) & M. Johnson (Ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 47–71). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511610714.006>
- Blatný, M. et al. (2010). *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Grada Publishing.
- Blackburn, J., & Dulmus, C. (2007). *Handbook of Gerontology: Evidence-Based Approaches to Theory, Practice, and Policy*. John Wiley & Sons.
- Bromley, D.B. (1966). *The Psychology of Human Ageing*. Penguin Books.
- Cervone, D. & Pervin, L. (2013). *Personality: Theory and Research*. 12. vyd. Wiley.
- Čepelka, O. (2019). Satisfakční a stimulační efekty organizovaného vzdělávání seniorů. *Lifelong Learning - celoživotní vzdělávání*, 9(3), 23–42. <https://doi.org/10.11118/lifele20190903023>
- ČSÚ. (2019a). 1-2. Struktura obyvatelstva podle pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání. In *Zaostřeno na ženy a muže—2018*. Český statistický úřad. <https://www.czso.cz/csu/czso/1-obyvateľstvo-a-rodiny-a-domacnosti-l36jv0fmt0>
- ČSÚ. (2019b). *Výběrové šetření o využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci – 2019*. Český statistický úřad. <https://1url.cz/Lzuo0>
- ČSÚ. (2020). Naděje dožití v ČR podle pohlaví a věku—Časová řada. In *Úmrtnostní tabulky*. Český statistický úřad. https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni_tabulky
- Donnellan, C., (2015). The Baltes' model of successful aging and its considerations for geriatric care management. *Journal of Aging Life Care*. <https://www.aginglifecarejournal.org/the-baltes-model-of-successful-aging-and-its-considerations-for-aging-life-care-geriatric-care-management/>
- García (Kirái), H. & Miralles, F. (2017). *Ikigai. Šťastný a dlouhý život*. LEDA.
- Goto, A., Yasumura, S., Nishise, Y., & Sakihara, S. (2003). Association of health behavior and social role with total mortality among Japanese elders in Okinawa, Japan. *Aging — Clinical and Experimental Research*, 15(6), 443–450. <https://doi.org/10.1007/BF03327366>
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team.
- Havighurst, R. J. (1968). A socio-psychological perspective on aging. *Gerontologist*, 8(2), 67–72. <https://doi.org/10.1093/geront/8.2.67>
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, 117(1), 32–60. <https://doi.org/10.1037/a0017668>
- Humboldt, S., & Leal, I. (2014). Adjustment to aging in late adulthood: A systematic review. *International Journal of Gerontology*, 8(3), 108–113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijge.2014.03.003>

- Chabior, A., Fabiś, A., & Wawrzyniak, J. (2014). *Starzenie się i starość w perspektywie pracy społecznej*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Charles, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. *Psychological Bulletin*, 136(6), 1068–1091.
<https://doi.org/10.1037/a0021232>
- Keller, J. (2007). *Dějiny klasické sociologie*. Sociologické nakladatelství.
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0632-2>
- Kim, S. H. (2020). Max Weber. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2020). Metaphysics Research Lab, Stanford University.
<https://plato.stanford.edu/archives/win2020/entries/weber/>
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006). *Coping with aging*. Oxford University Press.
- Levasseur, M., Dubois, M.-F., Gagnéux, M., Menec, V., Raina, P., Roy, M., Gabaude, C., Couturier, Y., & St-Pierre, C. (2017). Capturing how age-friendly communities foster positive health, social participation and health equity: A study protocol of key components and processes that promote population health in aging Canadians. *BMC Public Health*, 17(1), 502. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4392-7>
- Life-span theory of control*. (b.r.). Encyclopedia of Aging.
<https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/life-span-theory-control>
- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life: What really matters? *Ageing and Society*, 26(2), 225–242.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X05004538>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Longino, C. F. & Kart, C. S. (1982). Explicating activity theory: A formal replication. *Journal of Gerontology*, 37(6), 713–722. <https://doi.org/10.1093/geronj/37.6.713>
- Madsen, K. B. (1979). *Moderní teorie motivace*. Academia.
- Maslow A. H. (1970). *Motivation and Personality*. Harper & Row.
- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P., & Tomás, J. M. (2012). Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1089–1098. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39399
- Millová, K. (2010). Teorie celoživotního vývoje. In M. Blatný (Ed.), *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy* (s. 167–196). Grada Publishing.
- Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 415(1), 187–198.
<https://doi.org/10.1177/000271627441500114>
- Ouwehand, C., de Ridder, D. T. D., & Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 873–884. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.003>

- Petrová Kafková, M., Sedláková, T. (2017). Čtvrtý věk jako specifické pole pro vyjádření aktérství. *Sociologický časopis*, 53(5), 719–735.
<https://doi.org/10.13060/00380288.2017.53.5.362>
- Pinker S. (2014). *The Village Effect. How Face-to-Face Contact Can Make Us Healthier and Happier*. Random House.
- Pinker, S. (2017). *The secret to living longer may be your social life*. TED Ideas worth spreading.
https://www.ted.com/talks/susan_pinker_the_secret_to_living_longer_may_be_your_social_life?language=en#t-884638
- Poulin, M., Haase, C. M., & Heckhausen, J. (2005). Engagement and disengagement across the life span: An analysis of two-process models of developmental regulation. In W. Greve, K. Rothermund, & D. Wentura (Eds.), *The adaptive self: Personal continuity and intentional self-development* (s. 117–135). Hogrefe & Huber Publishers.
- Quattrochi-Tubin, S. J., & Jason, L. A. (1983). Worth repeating: The influence of introversion-extraversion on activity choice and satisfaction among the elderly. *Activities, Adaptation & Aging*, 4(1), 19–28. https://doi.org/10.1300/J016v04n01_03
- Reichard, S., Livson, F., & Petersen, P. G. (1962). *Aging and personality: A study of 87 older men*. Wiley.
- Remillard, M. L., Mazor, K. M., Cutrona, S. L., Gurwitz, J. H., & Tjia, J. (2014). Systematic review of the use of online questionnaires of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 696–705. <https://doi.org/10.1111/jgs.12747>
- Riesman, D., Glazer, N., & Denney, R. (1950/2007). *Osamělý dav. Studie o změnách amerického charakteru [The Lonely Crowd]* (I. Hájek, M. Mašková, & I. Dubská, Přel.; 2. vyd.). Kalich.
- Ritchey, L. H., Ritchey, P. N. & Dietz, B. E. (2001). Clarifying the measurement of activity. *Activities, Adaptation and Aging*, 26(1), 1–21. https://doi.org/10.1300/J016v26n01_01
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28.
<https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Trubek, D. M. (1972). Max Weber on law and the rise of capitalism. *Wisconsin Law Review*, 720–753. <https://repository.law.wisc.edu/s/uwlaw/media/23639>
- Waldinger, R. (2015). *What makes a good life? Lessons from the longest study on happiness*. TEDxBeaconStreet.
https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness#t-753705
- Weber, M. (2009). *Metodologie, sociologie a politika* (M. Havelka, Přel.). Oikoymenh.
- Whitley, E., Popham, F., & Benzeval, M. (2016). Comparison of the Rowe-Kahn model of successful aging with self-rated health and life satisfaction: The west of Scotland twenty-07 prospective cohort study. *The Gerontologist*, 56(6), 1082–1092.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnv054>
- WHO. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. World Health Organization.
https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- WHO. (2020). *Decade of Healthy Ageing: 2021–2030*. World Health Organization.
<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Zanjari, N., Sharifian Sani, M., Chavoshi, M. H., Rafiey, H., & Shahboulaghi, F. M. (2017). Successful aging as a multidimensional concept: An integrative review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 31(1), 686–691. <https://doi.org/10.14196/mjiri.31.100>

NAPLNĚNÉ A NENAPLNĚNÉ POTŘEBY RODIN PEČUJÍCÍCH O ČLOVĚKA S DEMENCÍ

MET AND UNMET NEEDS OF FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH DEMENTIA

Eva Dragomírecká ¹, Hana Janečková ^{2,3}, Eva Jarolímová ⁴

¹ Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Praha,

² Evangelická teologická fakulta Univerzity Karlovy, Praha,

³ Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha,

⁴ Husitská teologická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Email: eva.dragomirecka@ff.cuni.cz

Abstrakt: Rodinná péče o člověka s demencí příznivě ovlivňuje jeho kvalitu života a oddaluje jeho institucionalizaci. Může mít však četné negativní dopady psychické, somatické, sociální a finanční, pokud není pečujícím k dispozici náležitá podpora. Cílem naší práce bylo prozkoumat, s jakými problémy se potýkají rodiny pečující o člověka s demencí, do jaké míry dostupné zdroje podpory reflektují reálné potřeby pečujících a které z nich zůstávají nenaplněné.

Metody: Uskutečnili jsme 34 polostrukturovaných rozhovorů a čtyři řízené skupinové rozhovory (focus group) s 22 účastníky, kterými byli lidé pečující o blízkého člověka s demencí. Výpovědi od celkem 56 účastníků byly analyzovány z hlediska reflektovaných problémů a potřeb. Třetina účastníků pečovala o partnera, ostatní poskytovali mezigenerační péči, převážně o své rodiče. Většina účastníků rozhovoru (N = 31) také vyplnila dotazník potřeb pocítovaných v průběhu péče. Dotazník byl vytvořen pro účely výzkumu a zjišťoval naléhavost potřeb v rané a pozdější fázi péče.

Výsledky: Potvrdilo se, že na začátku péče převažuje potřeba informací; pečující postrádali informace o nemoci, dostupných službách a podpoře a mnozí prožívali nepříjemné období „bloudění službami“, než se dostali k vhodným zdrojům. V pozdější fázi považovali pečující za velmi zatěžující komunikaci s člověkem s demencí, zvládnutí stresu a nedostatek emoční podpory. Ve všech fázích péče postrádali pečující pomoc při výběru vhodných služeb. Z výsledků vyplynula nedostatečná kapacita terénních služeb, potřeba prakticky zaměřeného vzdělávání a individualizované pomoci s výběrem a koordinací služeb.

Klíčová slova: rodinná péče o seniory; demence; podpora; vzdělávací programy

Abstract: Family care for a person with dementia has a positive effect on their quality of life and delays their institutionalization. However, it can have numerous negative psychological, somatic, social, and financial consequences if carers are not provided with adequate support. The aim of our work was to explore the problems faced by families caring for a person with dementia, the extent to which the available sources of support reflect the real needs of carers and which of them remain unfulfilled.

Methods: We conducted 34 semi-structured interviews and four focus groups with 22 participants, who were informal dementia caregivers. Data from a total of 56 participants were analysed in terms of reflected issues and needs. One third of the participants took care of their partner, the others provided intergenerational care, mostly for their parents. Most interview participants (N = 31) also completed a questionnaire of needs felt during care. The

questionnaire was designed for research purposes and examined the urgency of needs at an early and later stage of care.

Results: It was confirmed that the need for information prevails at the beginning of care; carers lacked information about illness, available services, and support, and many experienced an unpleasant period of "wandering through services" before accessing appropriate resources. At a later stage, caregivers considered communicating with a person with dementia, stress management and a lack of emotional support to be very burdensome. At all stages of care, they lacked assistance in selecting appropriate services. The results showed insufficient capacity of community services, the need for practical training and individualized assistance with the selection and coordination of services.

Keywords: family elderly care; dementia; support; educational programs

Grantová podpora/Funding: Tato práce vznikla za podpory projektu Kreativita a adaptabilita jako předpoklad úspěchu Evropy v propojeném světě reg. č.:

CZ.02.1.01/0.0/0.0/16_019/0000734 financovaného z Evropského fondu pro regionální rozvoj.

Žijeme v době bezprecedentního prodloužení délky lidského života. Protože si přejeme žít v domácím prostředí i ve stáří, znamená to, že se péče o staré a nemocné členy rodiny stává běžnou součástí našeho života. Bez systémové podpory však může být péče náročnou životní situací s negativními dopady na pečující, ať už se jedná o lidi v produktivním věku, kteří musí péči o staré členy rodiny sladit se svými pracovními povinnostmi a výchovou dětí, nebo o seniory s vlastními zdravotními problémy a omezenými zdroji.

V tomto sdělení se zaměříme na rodinnou péči o lidi s demencí, a to z důvodu stoupající prevalence tohoto onemocnění a značných obtíží, se kterými se rodiny nemocných potýkají. Podle evropských studií (Prince et al., 2013) postihuje demence 5–7 % starší populace (60+); odhadovaný počet lidí s demencí v České republice je zhruba 150 tisíc (Alzheimer Europe, 2019, s. 32).

Rodiny pečující o člověka s demencí jsou předmětem odborné pozornosti od 80. let 20. století. Výzkumy postupně prokázaly zvýšenou pravděpodobnost zdravotních potíží u pečujících (Lavretsky, 2005; Pinquart, 2003) i dopadů na další oblasti jejich života a vedly ke konceptuali-

zaci tzv. pečovatelské zátěže (*caregiver burden*). Koncepty vycházejí jednak z paradigmatu stresu, ale vyvíjejí se také koncepty zátěže založené na potřebách, v nichž je břemeno péče definováno z hlediska frustrace základních potřeb (Vitaliano et al., 1989; Pearlin, 1990; Rohr & Lang, 2011). U nás se problematikou pečovatelské zátěže zabývá Zvěřová (2013), Kuricová (2016), Jarolímová et al., (2016).

Pro snížení těchto negativních dopadů se začaly uplatňovat různé druhy podpory a intervencí na pomoc pečujícím. Výzkumy efektivity těchto programů (Brodaty et al., 2003; Huis in het Veld et al., 2015) prokázaly zlepšení některých sledovaných proměnných (např. psychopatologie nebo informovanosti), většinou však neměly významný vliv na celkovou zátěž. Ukázalo se, že pro snížení zátěže je podstatné porozumět potřebám pečujících a intervence cílit na uspokojení těchto potřeb (Novais et al., 2017).

Potřeba je definována jako stav člověka, který ukazuje na porušení vnitřní rovnováhy (Hartl & Hartlová, 2010) a motivuje člověka k určitému konání. V pomáhajících profesích je chápána jako rozpor mezi člověkem a jeho okolím, kdy člověk kvůli tomuto rozporu nedosahuje

„rozumného stupně pohody a spokojenosti“. Hodnocení potřeb se používá např. při stanovení výše příspěvku na péči a hodnocení potřebné míry podpory, při zavádění nové služby, při plánování péče, hodnocení dosažených výsledků a posuzování efektivity služby (Matoušek et al., 2013, s. 221–222).

Kategorizaci potřeb neformálních pečujících se u nás věnoval Remr (2020). Zdůrazňuje proměnlivost potřeb v jednotlivých fázích péče, a to jak ve vztahu k jejich uvědomování, tak k míře jejich naplnění.

„Nenaplněná potřeba“ je koncept hojně využívaný při hodnocení potřeb pečujících; odkazuje na deficit či problém, který by měl být řešen (Bangerter et al., 2019). Co se týče měření potřeb osob pečujících o lidi s demencí, existuje dosud jen několik instrumentů využívaných převážně pro výzkumné účely (přehled viz Mansfield et al., 2017). Pro aplikační účely jsou většinou využívány kvalitativní a smíšené přístupy, cílené na homogenní skupiny pečujících. Tento postup jsme aplikovali i v našem výzkumu.

Cílem naší práce bylo prozkoumat, s jakými problémy se potýkají rodiny pečujících o člověka s demencí v různých fázích péče, nakolik stávající zdroje podpory reflektují reálné potřeby pečujících a které z těchto potřeb zůstávají nenaplněné.

METODY

Výzkum měl smíšený design s využitím polostrukturovaných rozhovorů, řízených skupinových rozhovorů (FG – focus group) a dotazníku. Sběr dat proběhl v r. 2017 v rámci projektu GAČR „Hodnocení potřeb rodinných příslušníků pečujících o seniory“.

Cílovou skupinou byly rodiny pečujících o blízkou osobu s demencí. Účastníci výzkumu byli kontaktováni prostřednictvím organizací poskytujících poradenství pro pečující rodiny. Zájemci dostali písemnou

informaci o projektu a svůj souhlas s účastí potvrdili písemně.

Uskutečnili jsme 34 polostrukturovaných rozhovorů a čtyři řízené skupinové rozhovory (focus group) s 22 účastníky, kterými byli lidé pečující o blízkého člověka s demencí. Všech 56 účastníků vyplnilo sociodemografický dotazník, větší část z nich (N = 31) vyplnila také formulář zaměřený na problematické oblasti péče.

Soubor

Celý soubor zahrnoval 56 neformálních pečujících, z toho 11 mužů (19 %). Průměrný věk pečujících byl 59 let (rozsah od 24 do 88 let); 22 % pečujících bylo starších než 70 let. 20 pečujících (36 %) se staralo o partnera, ostatní poskytovali mezigenerační péči, převážně o rodiče. Příjemci péče byli ve věku 58 až 94 let (průměr 81 let), s mírnou převahou žen (60 %). 69 % pečujících žilo s osobou, o kterou pečovali, ve společné domácnosti. Většina pečujících (81 %) měla úplné středoškolské nebo vyšší vzdělání, více než polovina (54 %) dosud pracovala. 65 % pečujících žilo v Praze a okolí, ostatní v Libereckém nebo Královéhradeckém kraji. Tito pečující byli zdrojem dat (rozhovory a FG) pro kvalitativní část výzkumu.

Dotazník hodnocení oblastí spojených s péčí vyplnili pouze *účastníci individuálních rozhovorů* (N = 31). Na rozdíl od účastníků focus group, které byly sestaveny z pečujících využívajících podpůrné či svépomocné skupiny a proběhly v Praze, účastníci rozhovorů, resp. ti, kteří vyplnili dotazník, žili méně často v Praze, bylo mezi nimi méně vysokoškoláků a častěji poskytovali partnerskou péči. Kromě příslušnosti k regionu však tyto rozdíly nedosahovaly statistické významnosti a v ostatních charakteristikách se ti, co vyplnili dotazník, nijak nelišili od pečujících, kteří dotazník nevyplnili.

Individuální a skupinové rozhovory

Formuláře pro polostrukturovaný rozhovor a focus group obsahovaly 11 shodných otázek, které zjišťovaly okolnosti zahájení péče a její organizaci, problémy při péči, získávání potřebných dovedností a informací, dostupné zdroje, zkušenosti se službami a vzdělávacími programy, dopady péče a potřebu další podpory. Formulář pro polostrukturovaný rozhovor měl rozpracovanější dílčí otázky, zatímco ve focus group byl ponechán větší prostor skupinové dynamice při vedení diskuse.

Dotazníky

Všichni účastníci (N = 56) vyplnili *sociodemografický dotazník*, který obsahuje základní informace o pečujícím (věk, pohlaví, vzdělání, bydliště, rodinný stav, zaměstnání, pracovní status), o příjemci péče (věk, pohlaví, rodinný vztah k pečujícímu) a o poskytování péče (společné bydlení, délka poskytování péče, míra potřebné pomoci, počet osob podílejících se na péči).

Jednostránkový *dotazník hodnocení oblastí spojených s péčí* byl převzat z výzkumu potřeb osob neformálně pečujících o seniory (Remr, 2018). Obsahuje seznam 12 oblastí, u kterých respondent označuje, zda pro něj byly během péče obtížné v míře nízké, střední nebo vysoké a zda se obtíže objevily na začátku nebo v pozdější fázi péče. Pokud se daná oblast pečujícího netýká (např. zaměstnání) nebo s ní nemá problém, nehodnotí ji.

Analýza dat

Kvantitativní část:

Data z dotazníků byla uložena do Excelu a zpracována v programu IBM SPSS Statistics 24. Rozdíly mezi podsoubory byly ověřovány testem chí kvadrát (kategoriální proměnné) nebo testem průměrů one way ANOVA (numerické proměnné). Oblasti spojené s péčí byly seřazeny podle průměru intenzity obtížnosti. Prvních pět oblastí s nejvyšší mírou hodnocené obtížnosti (první kvartil) jsme označili jako „vysoce obtížné“, zatímco

posledních pět oblastí v pořadí daném průměrem obtížnosti jsme interpretovali jako oblast s „nízkou obtížností“. Ostatní oblasti jsou považovány za oblasti se „střední obtížností“. Oblast jsme přiřadili k počáteční, resp. pozdější fázi péče, pokud ji takto zařadila většina ($\geq 66\%$) respondentů, kteří odpovídali na danou položku.

Kvalitativní část:

U rozhovorů a focus group byly pořízeny audiozáznamy, které byly přepsány v plném znění. Textový materiál byl zpracován s využitím postupů deduktivně-induktivní analýzy, tj. otevřeného kódování v rámci daných kategorií.

Limity výzkumu

(1) Do výzkumu byly zařazeni pouze pečující, kteří alespoň jednou kontaktovali poradenství nebo jiný typ služby. Z výsledků proto nemůžeme odhadovat problémy, potřeby a preference pečujících, kteří z různých důvodů služby nevyužívají. (2) Výzkum probíhal převážně ve velkých městech (Liberec, Praha), kde mohou být služby pro pečující relativně dostupnější. (3) Z logistických důvodů jsme do souboru zařadili pouze tři regiony, ostatní (vzdálenější) regiony, i když v nich fungují poradenská centra, nebyly zastoupeny. Výsledky lze proto vztáhnout pouze k situaci pečujících, kteří již přišli do kontaktu se specializovanými poradenskými službami pro rodiny pečující o člověka s demencí, a žijí ve vybraných lokalitách.

VÝSLEDKY

Hodnocení oblastí péče

Pečující hodnotili, jak obtížné pro ně byly oblasti, o kterých je známo, že mohou péči komplikovat nebo mohou být pro pečující problematické, a zda se dotyčné problémy objevily na začátku péče nebo v jejím dalším průběhu.

Seznam oblastí seřazených podle jejich obtížnosti pro pečující prezentuje Tabulka 1.

Tabulka 1. Hodnocení oblastí spojených s péčí pečujícími osobami (N = 31)

OBLASTI SPOJENÉ S PÉČÍ	obtížnost	fáze péče	četnost odpovědí
komunikace s člověkem s demencí	***	pozdější	> 90 %
zvládání stresu daného péčí	***	pozdější	100 %
výběr vhodných služeb a jejich poskytovatelů	***	počáteční i pozdější	> 70 %
emoční podpora	***	pozdější	> 80 %
dozvědět se o nárocích na pomoc	***	počáteční	> 70 %
získat informace o dostupných službách	**	počáteční	> 90 %
právní poradenství a pomoc	**	počáteční i pozdější	> 50 %
uspořádání péče (rozdělení úkolů)	**	pozdější	> 90 %
dispoziční úpravy bytu/domu; stěhování	**	počáteční i pozdější	> 80 %
zajištění fungování rodiny	**	počáteční i pozdější	> 60 %
finanční otázky, úhrady	**	počáteční i pozdější	> 90 %
nácvik pečovatelských úkonů	**	počáteční i pozdější	> 70 %
vlastní pracovní pozice (problémy v zaměstnání)	**	pozdější	> 30 %
komunikace s lékaři	**	počáteční	> 90 %
dojíždění za člověkem s demencí	**	pozdější	> 60 %
najít informace o povaze onemocnění	**	počáteční	100 %
vztahy s člověkem s demencí	**	pozdější	> 90 %
vlastní zdravotní problémy	*	počáteční i pozdější	> 90 %
vztahy s ostatními rodinnými příslušníky	*	počáteční i pozdější	> 80 %
pořízení specifického vybavení (přístroje, lůžko)	*	počáteční i pozdější	> 70 %
komunikace se sociálními pracovníky	*	počáteční	> 70 %
nákup pomůcek (spotřební materiál)	*	počáteční i pozdější	> 70 %

Pozn.: Konstrukce proměnných „obtížnost“ a „fáze péče“ je vysvětlena v oddíle Analýza dat.

Mezi pěti oblastmi péče, které pečující označili jako nejproblematictější, jsou dvě, které se vztahují k emočním potřebám (zvládání stresu a emoční podpora), dále oblast dovedností potřebných k poskytování péče (komunikace s člověkem s demencí) a dvě oblasti spojené s organizací péče (výběr vhodných služeb a znalost zdrojů pomoci ze strany státu). Zatímco oblast spojená s pomocí ze

strany státu se vyskytuje mezi potřebami v prvních fázích péče, ostatní problematické oblasti se týkají pozdějších fází. Zvládání stresu spojeného s péčí v poslední fázi péče dokonce označili za problém všichni respondenti.

Na konci seznamu, tj. mezi oblastmi, které působí pečujícím nejméně obtíží, jsou problémy praktického rázu, jako je pořízení specifického vybavení a zdravot-

nických pomůcek. Za málo problematické byly dále označeny vztahy v rodině, vlastní zdravotní stav a komunikace se sociálními pracovníky. Je třeba dodat, že pro některé pečující byla každá z předložených 22 oblastí „vysoce obtížná“. To, že v průměru jsou některé oblasti hodnoceny jako méně obtížné, neznamená, že jsou méně důležité a nemají být v individuální práci s pečujícími sledovány.

Hodnocení oblastí se střední mírou obtížnosti nelze jednoznačně interpretovat; může se jednat o důležitou potřebu, která pro pečujícího v současné době nepředstavuje závažný problém, protože již byla naplněna (např. pečující má již dostatek informací o povaze onemocnění, což je oblast, kterou označili jako středně obtížnou všichni respondenti, ale týká se jen počáteční fáze péče). Může se také jednat o oblast, která je relevantní pouze pro některé pečující (úprava bytu, problémy v zaměstnání, nákup zdravotnických pomůcek), což se může promítnout do průměrného hodnocení.

Výsledky dotazníkového šetření upozornily na oblasti či aspekty péče, které jsou pro pečující rodiny obtížné a má se jim věnovat pozornost. Osvětlit, proč jsou tyto oblasti obtížné a jaká je zkušenost pečujících s dostupnou podporou, bylo úkolem kvalitativní části výzkumu.

Potřeby pečujících v průběhu péče a dostupná podpora

Počáteční fáze péče

Pečující uváděli, že na začátku potřebovali *informace o nemoci a léčbě*. Pokud měli možnost využívat služby specializovaných poraden, např. při České alzheimerské společnosti (ČALS), velmi to oceňovali. Jako další zdroje informací uváděli příručky, videa nebo kurzy poskytované např. Diakonií nebo ČALS apod. Bez pomoci lékaře bylo pro pečující vyhledávání informací o nemoci, jejíž diagnózu neznali a služeb, o kterých nevěděli, že existují, velmi obtížné.

Co se týče *dovedností*, pečující zmiňovali, že se potřebovali naučit s nemocným členem rodiny vhodně komunikovat. Podporu získali ve specializovaných poradnách nebo v kurzech pro pečující. Ošetrovatelské dovednosti získali pečující podle své výpovědi od zdravotníků, např. během hospitalizace svého blízkého, nebo od terénních sester domácí zdravotní péče. Pokud neměli tuto možnost, vyjadřovali přání se ošetrovatelské úkony někde naučit.

Dalším tématem počáteční fáze péče byla podle pečujících nutnost *adaptace* na nemoc blízké osoby a přijetí role pečujícího. Jako důležitý zdroj podpory uváděli poradenství.

Praktické úkoly *uspořádání péče*, jako rozdělení péče v rodině, úpravy bytu či stěhování, byly v některých případech zdrojem konfliktů a jejich úspěšné řešení záviselo podle pečujících na kvalitě vztahů a zapojení ostatních členů rodiny. Potřebu formální podpory při řešení těchto problémů nezmiňovali.

Pozdější fáze péče

I v pozdější fázi potřebovali pečující *poradenství*. Nejlepší zkušenosti měli se specializovanými poradnami pro rodiny pečující o lidi s demencí, ke kterým neměli žádné výhrady. Co se týče dalších zdrojů pomoci, setkali se s různými překážkami. Při řešení právních otázek se potýkali s neznalostí specifíků problematiky demence na straně právníků, s bagatelizací či rezignací na řešení jejich problému. Týkalo se to např. situací, kdy nemocný ztratil schopnost vést firmu, zacházet se svým majetkem či řídit auto. Při zjišťování nároků na dávky postrádali informace o možných typech podpory, která by jim mohla být poskytnuta. Často vyjadřovali potřebu *psychologické podpory*, která byla jen zčásti uspokojena v rámci poradenství nebo účastí na svépomocných skupinách. Někteří pečující navštěvovali psychiatra a užívali antidepresiva. I v této oblasti považovali za pod-

statnou podporu svého okolí, bez které by náročnou péči nezvládli.

Opakovaně byla zmiňována potřeba *pomoci při hledání a výběru vhodných služeb*. Informace o podmínkách poskytování služby, úhradách a její kvalitě pečující zjišťovali pracně s využitím různých neformálních zdrojů nebo se k nim vůbec nedostali. V první řadě pomoc očekávali od praktických lékařů, kteří přehled aktuálních služeb neměli k dispozici, nebo od obecních úřadů, jejichž pracovníci se zabývali pouze konkrétním nárokem (na příspěvek na péči, na sociální dávku), nikoli situací pečující rodiny jako celku. Pečující postrádali asertivně podané a komplexní informace. Navrhovali např., aby lékař po stanovení diagnózy informoval místní úřad, který by rodině poskytl informaci o sociálních dávkách a přehled dostupných služeb, nebo aby byla sociální a zdravotní péče o seniory s demencí organizována podobně jako je tomu u dětí s postižením, kdy rodiny mají k dispozici sociální službu rané péče.

Diskutovaným tématem byla *dostupnost a využívání služeb*. U *sociálních terénních služeb* omezovala jejich využívání nutnost dodržování předem stanoveného plánu, tj. nedostupnost služby při náhlé potřebě a v mimopracovní době. Asistenční služby vzhledem ke své nízké kapacitě byly pro pečující málo dosažitelné. Mezi službami zdravotní péče v domácím prostředí pečujícím chyběla především návštěvní služba lékařů, a to nejen v situacích akutní potřeby, ale i co se týče preventivní a specializované péče. Dopřít člověka s demencí do zdravotnického zařízení bylo pro pečující rodiny obtížným úkolem, často spojeným i s negativními postoji zdravotnického personálu. Pečující, kteří využívali terénní službu sociální i zdravotní (domácí zdravotní péči), měli potíže s jejich *koordinací*. Neznali přesně kompetence pracovníků, nedokázali posoudit, které úkony smí či nesmí daná

služba provádět a vypovídali, že sladění více služeb přesahuje znalosti a schopnosti laika.

Denní stacionáře pro osoby s demencí byly pečujícími využívány. Oceňovali na nich, že jsou zdrojem příjemných aktivit a sociálních kontaktů pro jejich blízké, postrádali však jejich dostupnost v mimopracovní době. Důležitou podmínkou pro jejich využívání bylo zajištění dopravy poskytovatelem služby.

S pokračující náročností péče nabývaly na významu *pobytové odlehčovací služby*. Pečující by uvítali alespoň hypotetickou dostupnost této služby, pro případ nutnosti. V jednom případě sloužilo dlouhodobé využívání odlehčovacích pobytů jako přechodná fáze před pobytovou péčí. Seniorka střídala v půlročních intervalech zařízení v blízkosti bydliště svých dvou dcer, aby poznala personál i osazenstvo a mohla si nakonec zvolit místo podle svého výběru. Přání seniorky nakonec nemohlo být vyhověno z důvodu interních kritérií vybraného zařízení (zařízení nepřijímalo na trvalý pobyt osoby s kognitivní poruchou).

Nebyl to jediný případ, kdy pravidla zařízení kolidovala s potřebami klientů. Ukázalo se také, že vzhledem k nutnosti přizpůsobit se kapacitě zařízení nebylo možné odlehčovací péči plánovat s předstihem nebo využít v případě náhlé akutní potřeby, což bylo podle pečujících jednou z překážek pro využívání této služby. Dalším překážkou byly obavy ze zhoršení kondice nemocného během pobytu, nedostatečná kvalita pobytové služby nebo vysoká cena.

Pečující vypovídali, že postrádali podporu *koordinátora* v celém průběhu poskytování péče, včetně nelehkého období rozhodování o pobytové péči. K tomuto rozhodování docházelo v situaci pokročilého stadia nemoci, kdy zabezpečení službami bylo vnímáno jako nedostatečné a sociální dávky nemohly pokrýt veškeré náklady spojené s péčí v domácím prostředí.

Pokud rodina neměla vlastní zdroje (optimální bytové podmínky, více členů rodiny zapojených do péče, finanční rezervy), nebyla péče v domácím prostředí nadále možná.

Oblasti, které rodiny pečující o člověka s demencí označily v dotazníkovém šetření jako nejproblematictější, zahrnovaly

komunikaci se seniorem, organizaci péče a její emoční zvládání. Tyto oblasti indikují nenaplněné potřeby pečujících, a to zejména v pozdější fázi péče. Zkušenosti respondentů s dostupnou podporou, které popisovali rozhovorech, jsme shrnuli v tabulce 2.

Tabulka 2 *Dostupná formální podpora podle výpovědi pečujících (N = 56)*

Oblasti potřeb pečujících	Dostupnost podpory
INFORMACE • onemocnění • služby • dávky, právní problémy	ANO – ve specializovaných službách/ nestátních organizacích ČÁSTEČNÁ – v běžné síti sociálních a zdravotních služeb
DOVEDNOSTI • komunikace se seniorem • ošetrovatelské úkony	ČÁSTEČNÁ – spíše informace než nácvik
ZVLÁDÁNÍ, EMOCE A PÉČE O SEBE • zvládání stresu • emoce • zdravotní problémy	ČÁSTEČNÁ – poradenství a podpůrné skupiny, regionálně nedostupné; malá dostupnost psychologické péče
ORGANIZACE PÉČE • výběr služeb • nabídka služeb • rozdělení péče v rodině • komunikace s lékařem	ČÁSTEČNÁ – regionální, časová a kapacitní omezení při využívání služeb VELMI OMEZENÁ – chybí koordinátor poskytující individuální dlouhodobou podporu
PRAKTICKÉ ZÁLEŽITOSTI • finance • stěhování • úprava bytu	VELMI OMEZENÁ – dávky nedostatečné pro péči v pozdním stádiu, řešení praktických záležitostí závisí na zdrojích rodiny

DISKUSE

Výpovědi respondentů pečujících o blízkou osobu s demencí se v mnohém shodují s výsledky předchozích výzkumů zabývajících se situací rodin pečujících o seniory, které upozornily na obtížnou dostupnost informací (Dohnalová & Hubíková, 2013; Kotrusová et al., 2013; Geissler et al., 2015), na nedostatečnou výši příspěvku na péči (Šimoník, 2015), na nedostupnost služeb (Křížová et al., 2016) a celkovou „nysystémovost, roztržitost a neprovázanost“ podpory osob s potřebou sociální a zdravotní péče (Kalvach et al., 2014, s. 13).

Detailnější přehled výzkumných aktivit v oblasti neformální péče o seniory jsme uvedli jinde (Janečková et al., 2017). Nelze než souhlasit se závěry rozsáhlého projektu Fondu dalšího vzdělávání (FDV), že vzhledem k nízké podpoře neformálních pečovatelů ze strany veřejného sektoru jsou podmínky pro poskytování neformální péče v České republice „celkově spíše nepříznivé“ (Geissler et al., 2015, s. 98), a to zejména co se týče péče o seniory (Šimoník, 2015). Ve výstupech projektu se uvádí, že rodiny pečující o staršího člena rodiny jsou v mnoha ohledech méně podporová-

ny a více znevýhodněny v porovnání s rodinami pečujícími o dítě s handicapem (Šimoník, 2015).

Naše výsledky ukazují, že rodiny pečující o člověka s demencí zažívají navíc další znevýhodnění a komplikace vyplývající ze specifík tohoto onemocnění. Týká se to např. obtížné cesty k získání diagnózy a zajištění zdravotní péče pro seniora s demencí. Další oblastí je řešení administrativně-právních problémů, kdy blízký člověk fakticky ztrácí schopnost rozhodovat o svých záležitostech a člen rodiny naráží na předpisy, které mu neumožňují situaci řešit.

Je paradoxem, že tato skutečnost podstatně ztěžuje i přiznání příspěvku na péči, které je vedeno s budoucím příjemcem příspěvku, tj. nemocným, který už většinou není schopen konat příslušné administrativní kroky (např. zavolat na úřad, vyslovit souhlas s poskytováním dávky). Komplikací je také nedostatek náhledu nemocného, když sociální pracovník zjišťuje jeho schopnosti vykonávat běžné každodenní činnosti, resp. nedostatek zkušeností u pracovníka, který to ověřuje.

Podle výpovědi pečujících výše příspěvku často neodpovídala skutečnému stavu nemocného. Značná je také emoční zátěž, kterou péče o člověka s demencí doprovází. Komunikace s nemocným, resp. zvládnutí jeho problémového chování, byla pro většinu pečujících nejobtížnějším aspektem celé péče. Jako podstatnou se pro tuto skupinu pečujících tedy jeví dostupnost respitních služeb, nácvik komunikačních dovedností a péče o sebe sama.

Co se týče dostupných zdrojů podpory, relativně nejlépe je naplněna potřeba informací. V posledním desetiletí vznikla díky neziskovým organizacím úctyhodná nabídka vzdělávacích programů pro neformální pečující (podrobnější přehled viz Dragomirecká et al., 2018). Pečující však postrádali informace od svého praktického lékaře. Pomoc ze strany lékaře považovali

za podstatnou i v další fázi péče. To je v souladu s výzkumem Křížové, Janečkové a Běláčka (2016), kde pečující, když byli tázáni, co by jim nejvíce pomohlo prodloužit péči o seniora v domácím prostředí, uvedli na prvním místě „větší zapojení lékařů“.

Z výpovědi našich respondentů vyplývá, že účinnost a dostupnost formální podpory se snižuje v pozdějších fázích péče. Přitom je známo, že potřeba služeb, a to zejména zdravotních, se v pozdějších fázích péče o člověka s demencí zvyšuje (Holmerová et al., 2013). Zároveň s tím, jak slábnou jeho sociální kontakty, se snižuje jeho možnost využívat neformální zdroje (např. Zwaanswijk et al., 2013).

Současný systém služeb neodpovídá potřebám rodin pečujících o člověka v pokročilejším stádiu onemocnění. Neodpovídá ani proklamacím o deinstitucionalizaci péče o seniory a zachování kvality života pečujících rodin. Nastavení služeb umožňuje sice pečujícím pracovat, ale nedává jim možnost odpočinku, udržování sociálních kontaktů a volnočasových aktivit. Dalším úskalím je chybějící koordinační článek péče; řešení je odborně připraveno, není však dosud uvedeno do praxe (Holmerová, 2018; Kalvach et al., 2014; Koldinská, 2015).

Už desetiletí je známo, že institucionalizace není tolik závislá na stavu nemocného, jako na možnostech pečujícího zvládat péči (Zarit & Zarit, 1982). Podpora pečujících rodin je proto zásadním úkolem současné sociální politiky. I proto, aby neformální pečující nebyli „neviditelnou pracovní silou, která představuje mlčící, sociálně vyloučenou skupinu“ (Birtha & Holm, 2017).

LITERATURA

- Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Alzheimer Europe. <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>
- Bangerter, L. R., Griffin, J. M., Zarit, S. H., & Havyer, R. (2019). Measuring the needs of family caregivers of people with dementia: An assessment of current methodological strategies and key recommendations. *Journal of Applied Gerontology*, 38(9), 1304–1318. <https://doi.org/10.1177/0733464817705959>
- Birtha, M., & Holm, K. (2017). *Study on the challenges and needs of family carers in Europe*. COFACE. <http://www.coface-eu.org/resources/publications/study-challenges-and-needs-of-family-carers-in-europe/>
- Brodaty, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 657–664. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00210.x>
- Dohnalová, Z., & Hubíková, O. (2013). *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně*. Výzkumná zpráva. Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity. <http://docplayer.cz/2006645-Problematika-lidi-pecujicich-o-blizkou-osobu-v-meste-brne.html>
- Dragomirecká, E., Kvirencová, A., & Janečková, H. (2018). Psychoedukace pro rodinné pečující o člověka s demencí. *Fórum sociální práce: Social Work Forum* (Special Issue), 35–48.
- Geissler, H., Holeňová, A., Horová, T., Jiráť, D., Solnářová, D., Schlanger, J., & Tomášková, V. (2015). *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osoba bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Fond dalšího vzdělávání.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Portál.
- Holmerová, I., Baláčková, N., Baumanová, M., Hájková, L., Hradcová, D., Hýblová, P., Janečková, H., Jarolímová, E., Kabelka, L., Mátlová, M., Nováková, H., Suchá, J., Sůsová, M., Vaňková, H., Veleta, P., & Wija, P. (2013). Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a gerontologie*, 2(3), 158-164. <http://www.prolekare.cz/geriatric-gerontologie-archiv-cisel>
- Holmerová, I. (2018). *Case management v péči o lidi žijící s demencí. Koordinace péče zaměřená na člověka*. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy.
- Huis in het Veld, J. G., Verkaik, R., Mistiaen, P., van Meijel, B., & Francke, A. L. (2015). The effectiveness of interventions in supporting self-management of informal caregivers of people with dementia; a systematic meta review. *BMC geriatrics*, 15, 147. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0145-6>
- Janečková, H., Dragomirecká, E., & Jirkovská, B. (2017). Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století. *Sociální práce*, 17(6), 42-59.
- Jarolímová, E., Broučková, E., & Holmerová, I. (2016). Rodinný systém a pečovatelská zátěž u Alzheimerovy choroby. *Geriatric a gerontologie*, 5(3), 128-131.
- Kalvach, Z. et al. (2014). *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Diakonie ČCE.
- Koldinská, K. (2015). *Legislativní podmínky pro rozvoj integrovaných zdravotních a sociálních služeb v obcích*. MZ ČR.
- Kotrusová, M., Dobiášová, K., & Hošťálková, J. (2013). Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*, 6, 10–20.

- Křížová, E., Janečková, H., & Běláček, J. (2016). Family carers' perspectives on integrated community care in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health*, 24(4), 289–296. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4463>
- Kuricová, R. (2016). *Zátěž pečovatele*. Grada.
- Lavretsky, H. (2005). Stress and depression in informal family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging Health*, 1(1), 117–133. <https://doi.org/10.2217/1745509X.1.1.117>
- Mansfield, E., Boyes, A. W., Bryant, J., & Sanson-Fisher, R. (2017). Quantifying the unmet needs of caregivers of people with dementia: A critical review of the quality of measures. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 274–287. <https://doi.org/10.1002/gps.4642>
- Matoušek et al. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Portál.
- Novais, T., Dauphinot, V., Krolak-Salmon, P., & Mouchoux, C. (2017). How to explore the needs of informal caregivers of individuals with cognitive impairment in Alzheimer's disease or related diseases? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC geriatrics*, 17(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0481-9>
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 9(1), 63–75.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>
- Remr, J. (2018). The needs of caregivers. *Fórum sociální práce: Social Work Forum*, (Special Issue), 21–34.
- Remr, J. (2020). Potřeby pečujících. In E. Dragomirecká et al. (Ed.), *Ti, kteří se starají. Podpora neformální péče o seniory* (s. 161–185). Karolinum.
- Rohr, M. K., & Lang, F. R. (2011). Familie und Pflege im höheren Erwachsenenalter: Motivationale Prozesse der Gestaltung von Pflegebeziehungen. In H. Bertram, & N. Ehlert (Ed.), *Familie, Bindungen und Fürsorge* (s. 299–320). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.2307/j.ctvdf00b4.20>
- Šimoník, P. (2015). *Podpora neformálních pečovatelů – závěrečná zpráva z výzkumu*. Fond dalšího vzdělávání.
- Vitaliano, P.P., Maiuro, R.D., Ochs, H. & Russo, I. (1989). A model of burden in caregivers of DAT patients. In E. Light, & B. Lebowitz (Eds.), *Alzheimer's disease: A report of progress in research* (s. 267–291). U.S. Government Printing Office.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1982). Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(4), 461–471. <https://doi.org/10.1037/h0088459>
- Zvěřová, M. (2013). *Alzheimerova demence a zátěž pečovatele*. Dizertační práce. 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy. <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/115183>
- Zwaanswijk, M., Peeters, J. M., van Beek, A. P., Meerveld, J. H., & Francke, A. L. (2013). Informal caregivers of people with dementia: Problems, needs and support in the initial stage and in subsequent stages of dementia: A questionnaire survey. *The Open Nursing Journal*, 7, 6–13. <https://doi.org/10.2174/1874434601307010006>

VISUAL SELECTIVE ATTENTION TRAINING GAINS IN OLDER ADULTS

SPECIFICKÉ ZLEPŠENÍ VÝKONU PO TRÉNINKU VIZUÁLNÍ SELEKTIVNÍ POZORNOSTI U SENIORŮ

Zuzana Frydrychova ¹, Hana Georgi ²

¹ Faculty of Arts, Charles University, Prague, Czech Republic

² Prague College of Psychosocial Studies, Prague, Czech Republic

E-mail: frydrychova.zuzka@gmail.com

Abstract: The main aim of this paper is to present the first results of our study examining whether older adults benefit from individual cognitive training of visual selective attention and working memory using the application Filter It (our version of Change Detection Task (CDT)).

Our sample included 62 cognitively normal persons aged 60-75 years ($M = 68,84 \pm 3,85$ years), of which 36 were women and with 11-23 years of education ($M = 14.44 \pm 3.24$ years). Participants were randomly assigned to experimental (EG) and active control (ACG) groups for individual cognitive training on a tablet. EG trained with Filter It application (paradigms – Colors and Orientation), where they had to determine the change in stimuli in the presence of nontarget stimuli. ACG trained with application Clouds, where the task is to decide on which side of the screen more stimuli are. Both groups trained for 6 weeks with the same training frequency and intensity. Psychological assessments included, among other tests, two Filter It paradigms – Colors and Shapes to examine the specific improvement in the task. For the analysis, we used one-factor ANCOVA and Bayesian analysis.

Both training groups did not significantly differ in any demographic parameters nor in pre-test performance. EG significantly improved its performance compared to ACG group in both Filter It paradigms – Colors and Shapes (all $p < 0.05$). Thus, our results showed a significant task-specific improvement (Colors) and the so-called nearest transfer effect (Shapes) after the 6-week training regimen with Filter It application. This is in line with previous studies examining effectiveness of CDT training. The findings justify a further utilization of Filter It as a training task for older adults.

Keywords: cognitive training; working memory; older adults

Abstrakt: Primárním účelem příspěvku je představit parciální výsledky studie ověřující, zda senioři profitují z individuálního tréninku vizuální selektivní pozornosti prostřednictvím aplikace Filter It (naše adaptace Change Detection Task (CDT)).

Zkoumaný soubor zahrnoval 62 kognitivně zdravých osob ve věku 60-75 let ($M = 68,84 \pm 3,85$ let), z toho bylo 36 žen a počtem let vzdělání od 11 do 23 let ($M = 14,44 \pm 3,24$ let). Participantů byli pro účely individuálního kognitivního tréninku na tabletu náhodně rozděleni do experimentální (EG) a aktivní kontrolní (ACG) skupiny. Experimentální skupina trénovala s aplikací Filter It (typ úkolu – Barvy a Orientace), kde bylo úkolem detekovat změnu podnětů v přítomnosti necílových podnětů. Druhá skupina (ACG) pomocí aplikace „Clouds“, ve které bylo úkolem určit na které straně obrazovky je více podnětů. Obě skupiny trénovaly po dobu 6 týdnů se stejnou frekvencí a trváním tréninku. Součástí psychologického vyšetření mimo jiné byla i aplikace Filter It, její subtesty Barvy a Tvary pro ověření specifického zlepšení v úloze. Efekt nearest transferu byl analyzován pomocí jednofaktorové ANCOVA a Bayesovské analýzy.

Tréninkové skupiny se signifikantně nelišily v demografických charakteristikách ani v pre-testovém výkonu. Výkon experimentální skupiny se oproti aktivní kontrolní skupině zlepšil v obou subtestech Filter It – Barvy i Tvary ($p < 0,05$). Dle zjištěných výsledků se lze domnívat, že po tréninku Filter It dochází ke úlohově specifickému zlepšení (Barvy) a k tzv. nearest transferu (Tvary). Což je ve shodě i s dalšími studiemi zaměřující se na trénink pomocí některé z variant CDT.

Klíčová slova: kognitivní trénink; pracovní paměť; senioři

Grantová podpora/Funding: Training of visual selective attention in older adults (GA UK no. 899018)

Attention and working memory (WM) is one of the cognitive functions that we need to perform everyday activities (Langner & Eickhoff, 2013). However, these cognitive functions are those that are affected by age and the decline of these cognitive functions begin right after midlife (Fabiani et al., 2016; Park et al., 2002; Salthouse, 2004). Not only that we need to do our daily tasks, but these they are elementary to other higher cognitive functions (Engle, 2002; Gazzaley & Nobre, 2012). Therefore, there attempts to slow down their decline and through the training of attention or working memory to improve their level of and so other related cognitive functions. Researchers examine the effect of cognitive training through the effect of transfer, which could be near or far (Noack et al., 2014). Despite the number of years of research in the field of cognitive training, there is not a consensual agreement whether and to what extent cognitive training is effective between researchers (*A Consensus on the Brain Training Industry from the Scientific Community*, 2014; *Cognitive Training Data Response Letter*, 2014; Committee on Preventing Dementia and Cognitive Impairment et al., 2017; Shawn Green et al., 2019; Simons et al., 2016).

Working memory, verbal or visuospatial, may be measured by standard neuro-

psychological tests such as Digit span (backwards), Letter Number Sequencing or Spatial Span Test (Lezak et al., 2012; Mitrushina et al., 2005). Lately, computerized tasks for the WM evaluation have been developed. These are for example N-back (S. M. Jaeggi et al., 2008; Redick & Lindsey, 2013; Stepankova et al., 2014) or Change Detection Task (CDT; Buschkuhl et al., 2017; Li et al., 2017; Vogel et al., 2005). The former one is commonly used not only for the WM capacity assessment but also for cognitive training, and it is considered as an effective task (S. M. Jaeggi et al., 2008; Stepankova et al., 2014). The latter one is used more as an assessment task than for cognitive training, however, CDT has been lately examined as a training task. So far, CDT studies have shown rather near transfer effects, and not so much far transfer effects (Buschkuhl et al., 2017; Gaspar et al., 2013; Li et al., 2017; Schmicker et al., 2017).

This study aims to examine training gains and the nearest transfer effect of the individual cognitive training on a tablet using the application Filter It (Frydrychová et al., 2018b), which uses a version of CDT. We hypothesized that experimental group would outperform active control group in all measures of Filter It task.

METHODS

Sample

The recruited sample included 64 community-dwelling older adults from 60 to 75 years of age. However, 2 participants withdrew their consent to participate in the study during the pre-test. Therefore, the final sample included 62 cognitively normal older adults (mean age = 68,84; SD = 3,85; 36 women; 34 persons with higher education¹¹; Mini-Mental State Examination (MMSE) 30-26).

All participants were Czech citizens with Czech as their native language and signed Informed consent. None of them had prior experience with a cognitive training study. Inclusion criteria were following: without a history of mental disorder (major depression, psychosis, substance abuse, suicide attempt); without a history of neurological disorder (brain infarction, traumatic brain injury, epilepsy, dementia, Parkinson disease, tremor, inflammatory brain disease, etc.); without chronic acute pain affecting quality of life; without excessive daytime sleepiness; without intake of selected medications that most influence cognitive functions; without compromised functional activity due to somatic disease or trauma; without uncorrected sensory impairment (sight and/or hearing) or color blindness (Frydrychova et al., 2018a).

Participants received financial remuneration (1.000 CZK, approximately 40 EUR) after completion of all parts of the study. Demographic information is presented in Table 2.

Procedure

The design of a randomized control study with one experimental group (EG) and one active control group (ACG) was chosen to evaluate the effect of the training task. The study was approved by the Ethics Committee of the National Institute of Mental

Health (reference number 232/17). All participants underwent two psychological assessments (pre-test before the training and post-test within one week after the training). Participants were (pre-test) randomly divided into two groups – EG and ACG after the first assessment. Then, both groups had 6 weeks of individual cognitive training on the tablet (Samsung Galaxy Tab A 7" SM-T280, OS Android 5.1.1), that was borrowed from us. They trained three times per week in the same frequency and intensity. However, the training task differed (Frydrychova et al., 2018a). Both training applications were offline, but we were regularly in contact with participants and adherence to schedule was subsequently checked. The whole procedure, psychological battery and both training tasks are in detail described elsewhere (Frydrychova et al., 2018a).

EG trained with application Filter It (Frydrychová et al., 2018b), this training targeted visual working memory, visual selective attention, and filtering efficiency. It is a version of the CDT and the task is to determine whether stimuli on the cued side are the same or different as those presented on the previous screen.

A training session consisted of seven sequences of 20 trials while each trial consisted of a sample array of visually presented objects followed by a short delay and then a test array. The sample and test arrays were identical except that, irregularly, one item differed between the sample and test arrays. On each trial, participants made a timed two-alternative forced-choice response to indicate whether a change was present or absent (Feuerstahler et al., 2019; Frydrychova et al., 2018a). Two paradigms of Filter It were used for the training – detection of a change in color, and orientation (an example is in Figure 1; Frydrychova et al., 2018a).

¹¹ Higher education comprised complete secondary with a final exam called "maturita" or tertiary education. Lower education comprised primary or trade school without the final exam (without "maturita").

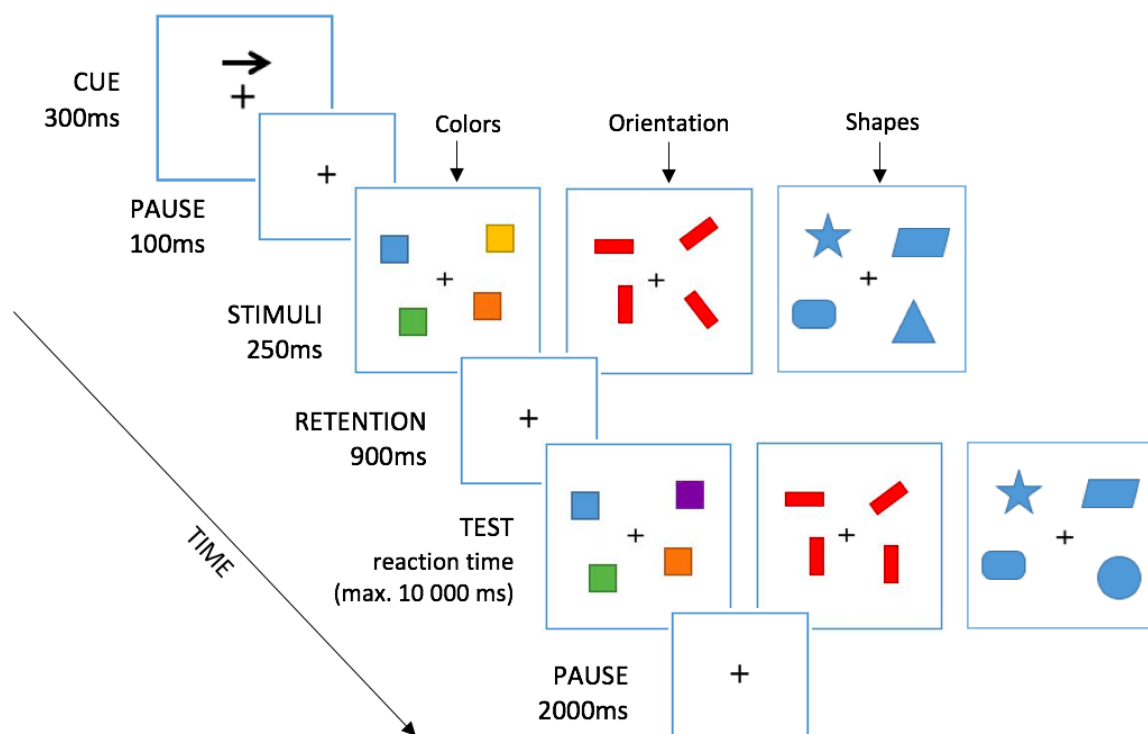


Figure 1. Example of one trial of Filter It (Frydrychova et al., 2018a)

Note. Stimuli are presented for all paradigms in the following order: Colors, Orientation, and Shapes. CUE – arrow indicating the side with target stimuli (randomly distributed – 50 % right, 50 % left); PAUSE – blank display with fixation cross between cue and stimuli, or trials; STIMULI – presentation of target stimuli in the presence of irrelevant stimuli; RETENTION – blank display with fixation cross; TEST – new display set with stimuli, where participant determines, whether stimuli on the cued side are the same (green button of =) or not (red button of ≠).

ACG trained with application Clouds (Jaeggi & Buschkuhl, 2017). The task employs mainly visual attention. The two “clouds” of objects are presented on the screen and the task is to decide which cloud consists of more objects by tapping

on the appropriate side of the screen. Clouds task was not included in the assessments, it was used only for the training. Training tasks shared some common aspects, but there were differences, which are described in Table 1.

Table 1. Differences between training tasks

Aspects	Filter It	Clouds
Adaptivity	yes	yes
Approximate duration of one training session	20 min	20 min
Presence of stimuli on the screen	250 ms / reaction time (max. 10 s)	reaction time (max. 10 s)
Time pressure for decision	yes	minimal
Distractors	yes	no
Selective attention	yes	no
Working memory updating	yes, significantly	no
Feedback on successful rate	after 20 trials	immediate (after each trial)

Note. Filter It (Frydrychová et al., 2018b); Clouds (Jaeggi & Buschkuhl, 2017)

The psychological battery for both assessments targeted several cognitive domains (training gains, working memory, executive control) intending to evaluate transfer effects. Apart from standard neuropsychological measures and questionnaires, Filter It tasks were included in both assessments. Two Filter It paradigms were used in the assessments to evaluate training gains (Colors) and to evaluate the nearest transfer effect (Shapes). For this study, we analysed only the data from application Filter It, measuring training gains and nearest transfer effect, as described elsewhere (Frydrychova et al., 2018a).

In the current study, training gains are evaluated through paradigm Colors (Filter It), and the nearest transfer effect through paradigm Shapes (Filter It; Frydrychová et al., 2018b). To evaluate performance and effects in this study we use various measures of the performance as they did in previous studies using a version of CDT (Buschkuehl et al., 2017; Li et al., 2017; Schmicker et al., 2017). Different measures were used in other studies, such as accuracy in percent (Gaspar et al., 2013) or Cowan's K value (Buschkuehl et al., 2017; Li et al., 2017). To evaluate specific training gains (paradigm Colors) and nearest transfer effect (paradigm Shapes) in this study we used the following parameters: highest reached level (level_max), total correct hits (hits_total), total correct hits in trials with change (hits_change), a false alarm in change trials (FA_change), and mean reaction time (mean_reaction).

STATISTICS

All analyses were performed using IBM SPSS 23, Bayesian factors were calculated in JASP 0.14.1. Firstly, differences in demographic and basic characteristics were tested using Mann-Whitney U test, and Chi-squared test was used where appropriate.

Then, pre-test and post-test performance were compared using paired sample t-test.

Pre-test scores of both groups were compared using independent samples t-test. Since no significant difference between the groups in Filter It pre-test scores was found we approached to one factor ANCOVA to test the nearest transfer effect and specific training gains. Performance in post-test was used as a dependent variable, pre-test performance was a covariate, and the group factor was an independent variable. Moreover, Bayesian factors (BF_{10}) were calculated.

All tests were two-sided and the significance level was set at .05. Both, paired sample t-test and ANCOVA, were corrected for multiple comparisons ($p < 0,05/\text{number of comparisons}$).

RESULTS

Both groups did not significantly differ in basic demographic characteristics (age, sex, education). They did not significantly differ in MMSE, Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15), nor Functional Activities Questionnaire (FAQ; all $p > 0,05$). See Table 2. Moreover, we did not find significant difference between the groups in Filter It pre-test scores (all $p > 0,05$ after correction for multiple comparisons).

Table 2. Demographic information

	Experimental group (EG) N = 31	Active control group (ACG) N = 31	p
Age range, mean $\pm$ SD	62-75, 68.61 $\pm$ 4.10	60-75, 69.07 $\pm$ 3.62	0.606
Education (years) range, mean $\pm$ SD	11-22, 14.61 $\pm$ 3.29	11-23, 14.26 $\pm$ 3.23	0.733
Education (level)	14 lower : 17 higher	14 lower : 17 higher	0.899
Sex	18 women : 13 men	18 women : 13 men	>0.999
MMSE range, mean $\pm$ SD	26-30, 28.68 $\pm$ 1.30	27-30, 29.00 $\pm$ 0.95	0.560
GDS-15 range, mean $\pm$ SD	0-4, 1.03 $\pm$ 1.33	0-8, 1.71 $\pm$ 1.92	0.136
FAQ range, median (25%-75%)	0-3, 0.32 (0-0.5)	0-4, 0.45 (0-1)	0.731

Note. MMSE = Mini Mental State Examination; GDS-15 = Geriatric Depression Scale-15; FAQ = Functional Activities Questionnaire;

Pre-test and post-test results of both groups, EG and ACG (mean, standard deviation, minimum and maximum) together with p-values of paired sample t-test are presented in Table 3.

EG significantly improved their performance in post-test compared to pre-test in all aspects except for correct responses in change trials (_hits_change) in both paradigms ($p > 0.05$). In ACG there was a significant change in almost all measures except for 3 measures in paradigm Colors (C_level_max, C_hits, and C_hits_change) ($p > 0.05$). However, not all significant changes meant a significant performance improvement. There are measures where the ACG performance decreased, such as one measure of Colors (false alarm in trials with change; C_FA) and all measures in paradigm Shapes.

Specific training gains

EG significantly improved their performance in Filter It training task – Colors, compared to ACG.

This significant improvement was in all parameters – level (highest reached; $p < 0.001$), total hits ($p < 0.001$), mean reaction time ($p < 0.001$), and false alarm rate in change trial ($p < 0.001$), except for hits in change trials ($p = 0.032$), which is not signifi-

cant after correction for multiple comparisons. We can see that EG significantly improved their performance by 1 item (resp. 2 items = 1 target stimuli and 1 distractor) in highest reached level on average (pre-test mean = 2.65; post-test mean = 3.68) compared to those in ACG (pre-test mean = 2.45; post-test mean = 2.58). Moreover, EG detected change overall significantly better, and their false-negative responses decreased (i.e. response indicating no change in trials with change). ACG did not improve in these aspects (see Table 3 and 4).

For the training gains, we found medium to large effects ($\eta^2 p = 0.155$ -0.309) and based on Bayes factor (BF_{10}) moderate to strong evidence for our hypothesis ($BF_{10} = 3.13$ -2258.77) were found. Except for the hits in change trials (C_hits_change), where only a small effect size was found ($\eta^2 p = 0.076$) and the evidence for our hypothesis was anecdotal ($BF_{10} = 1.00$). Results are presented in Table 4.

Therefore, we may assume that older persons without cognitive disorder can improve their performance in Filter It task after the training.

Table 3. Pre-test and post-test results

EG		N	Pre-test			Post-test			p	d
			Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max		
COLORS	C_level	31	2.65 ±0.88	1	4	3.68 ±0.98	1	5	<.001	-1.132
	C_hits	31	113.90 ±7.05	97	122	117.68 ±6.21	96	126	.001	-0.674
	C_hits_change	31	49.97 ±9.11	28	64	53.42 ±8.55	37	71	.073	-0.333
	C_FA	31	18.42 ±7.58	4	38	16.10 ±6.70	7	33	.048	0.370
	C_reaction	31	1618.66 ±178.67	1180.73	1977.89	1372.58 ±218.65	1098.69	1937.72	<.001	0.988
SHAPES	S_level	31	2.00 ±0.68	1	3	2.94 ±1.00	1	6	<.001	-0.908
	S_hits	31	108.77 ±9.44	82	121	113.61 ±5.28	96	126	.001	-0.635
	S_hits_change	31	50.77 ±8.97	19	66	52.90 ±8.09	37	67	.184	-0.244
	S_FA	31	20.19 ±8.73	9	51	16.13 ±7.18	5	30	.002	0.618
	S_reaction	31	1557.62 ±193.74	1063.61	1956.02	1402.03 ±194.80	1000.43	1848.35	<.001	0.792
ACG										
COLORS	C_level	31	2.45 ±0.81	1	4	2.58 ±0.77	1	4	.354	-0.169
	C_hits	31	109.36 ±9.64	72	120	110.13 ±7.39	87	122	.419	-0.147
	C_hits_change	31	50.94 ±7.98	35	66	49.97 ±6.38	37	61	.404	0.152
	C_FA	31	19.00 ±7.05	9	34	21.42 ±5.68	11	35	.013	-0.474
	C_reaction	31	1543.76 ±166.00	1163.73	1919.09	1492.15 ±159.29	1247.05	1798.52	.045	0.376
SHAPES	S_level	31	2.03 ±0.75	1	4	1.58 ±0.51	1	2	.002	0.625
	S_hits	31	105.65 ±10.53	66	120	98.45 ±16.17	27	116	.024	0.425
	S_hits_change	31	45.13 ±7.11	29	62	41.36 ±9.03	18	59	.029	0.413
	S_FA	31	24.13 ±6.74	9	36	27.52 ±9.67	9	58	.048	-0.371
	S_reaction	31	1474.42 ±175.85	1202.20	1834.54	1547.70 ±170.88	1250.53	1903.68	.008	-0.507

Note. C = paradigm Colors; S = paradigm Shapes; _level = maximum reached level; _hits = total hits; _hits_change = total hits in trials with change; _FA = false alarm in trials with change; _reaction = reaction time; p = p-value of paired sample t-test; d = Cohen's d, effect size; significant differences (corrected for multiple comparisons; $p < .05/10$) are in **bold**

Nearest Transfer Effect

For the evaluation of the Nearest transfer effect, we used Filter It task – Shapes, which was not part of the training and all participants did it only during assessments (pre-test and post-test).

EG significantly improved performance in Shapes (Filter It) compared to ACG in all parameters – level (highest reached), total hits, hits in change trials, mean reaction time. As in the paradigm Colors, EG improved their performance in Shapes in highest reached level in similar rate by 1 item on average (pre-test mean = 2.00; post-test mean = 2.94) compared to ACG (pre-test mean = 2.03; post-test

mean = 1.58), where a rather slight decrease in performance is apparent. False responses in change trials significantly decreased in EG compared to ACG. For the nearest transfer effect medium to large effects were found ($\eta^2p = 0.236-0.460$) and also strong evidence for our hypothesis ($BF_{10} = 13.52-1,360,000$). Results are presented in Table 4.

Therefore, we may assume that older persons without cognitive disorder can improve their performance after Filter It training in the Filter It task that was not included in the training.

Table 4. ANCOVA and Bayes Factor – results

Measures		N	Pre-test			Group			
			F	η^2p	p	F	η^2p	p	BF_{10}
COLORS	C_level	62	22.326	0.275	<0.001	26,380	0.309	<0.001	2258.77
	C_hits	62	84.123	0.588	<0.001	16.524	0.219	<0.001	388.00
	C_hits_change	62	13.873	0.190	<0.001	4.820	0.076	0.032	1.00
	C_FA	62	44.040	0.427	<0.001	17.214	0.226	<0.001	24.66
	C_reaction	62	10.713	0.154	0.002	10.863	0.155	0.002	3.13
SHAPES	S_level	62	6.099	0.094	0.016	50.268	0.460	<0.001	1,360,000
	S_hits	62	5.916	0.091	0.018	22.242	0.274	<0.001	2646.85
	S_hits_change	62	13.111	0.182	0.001	18.245	0.236	<0.001	8225.38
	S_FA	62	22.670	0.278	<0.001	22.717	0.278	<0.001	7185.28
	S_reaction	62	27.172	0.315	<0.001	23.215	0.282	<0.001	13.52

Note. C = paradigm Colors; S = paradigm Shapes; _level = maximum reached level; _hits = total hits; _hits_change = total hits in trials with change; _FA = false alarm in trials with change; _reaction = reaction time; η^2p = eta squared partial – one factor ANCOVA, effect size; significant differences (corrected for multiple comparisons; $p < .05/10$) are in **bold**; BF_{10} = Bayes Factor

DISCUSSION

This study aimed to examine the training gains and nearest transfer effect of Filter It training (a version of CDT). A design of the randomized controlled study with one experimental group and one active control group has been used.

Both groups trained in the same intensity and frequency, however with different applications (Filter It and Clouds). Both tasks are visuospatial but differ in

many aspects. These different aspects of training tasks are in Table 1 or described in detail elsewhere (Frydrychova et al., 2018a). The main difference between these two tasks is that Filter It training employs attention and WM, Clouds task employs attention, but WM is employed only little if at all. We expect this difference would drive the transfer effect.

Our results support previous studies proving that the performance in change

detection task is possible to improve (Buschkuehl et al., 2017; Gaspar et al., 2013; Li et al., 2017). Despite the fact, that some past studies suggested that the ability to filter out irrelevant stimuli/information is not possible to improve, current studies including ours have proved that this ability is trainable (Buschkuehl et al., 2017; Li et al., 2017; Rouder et al., 2008; Xu et al., 2018; Zhang & Luck, 2011).

Also, as we can see the improvement is not limited to training gains (paradigm included in the training – Colors), but there is a transfer on a paradigm that was not trained (Shapes). Thus, we assume there is a transfer effect, that we call the nearest transfer effect since we cannot talk about the near transfer effect as it is because paradigm Shapes is still the same task like the one in the training (Colors). The improvement was in all measured aspects (i.e. maximum reached level, total hits, total hits in change trials, and mean reaction time). Therefore, future study will examine the near transfer effect on different measures of WM (visuospatial and verbal WM).

Visuospatial and verbal working memory are distinct but highly related systems with domain-specific short-term memory subsystems and coordinated by the central executive system (Baddeley & Hitch, 1974; Park et al., 2002). A previous study (Li et al., 2017) confirmed a near transfer effect on verbal WM after CDT training in younger adults. In our study, we focused on older adults who are less able to protect their focused attention from the interference of distractors than younger adults who retain it despite the increased cognitive load (Loaiza & Souza, 2019). Despite this fact, the ability to exclude distraction during the encoding process is a better predictor of WM capacity in the absence of distraction. Moreover, the effect of age on distractor filtering is more prominent delayed distraction than

in the one during encoding, which is probably due to increased reliance on focused attention during the encoding phase (McNab et al., 2015).

Researchers in the field of cognitive training usually seek for far transfer effect, however, this transfer effect is not always found and remains unclear (Shawn Green et al., 2019; Simons et al., 2016). Studies using CDT as a training task found only limited transfer effect that was almost solely limited on the near transfer effect, i.e. domain-specific improvement (Buschkuehl et al., 2017; Gaspar et al., 2013; Li et al., 2017). Buschkuehl et al. (2017) reported that after 3-day CDT training participants improved their performance in the trained task by more than 1,5 items on average. Also, Li et al. (2017) found an improvement in WM capacity in post-test and the improvement remained in follow-up, but did not significantly differ from post-test. In our case, participants from EG improved their performance on average by approximately 1 item in both tasks (Colors and Shapes), and those from ACG did not improve their performance in either task. Performance of ACG in one measure significantly decreased (e.g. maximum reached level in Shapes). It could be due to the absence of time pressure for decision making in Clouds task. Thus, it could be even harder to adapt to the speed of stimuli presentation and time pressure in post-test for ACG compared to EG. It seems that attention training not involving updating (such as Clouds) is not sufficient to improve performance in more complex tasks (e.g. CDT). Moreover, our results revealed that EG significantly improved the accuracy of identifying change trials and had significantly less false alarm responses, which is also in accordance with a previous study (Buschkuehl et al., 2017). Limited transfer effects in perceptual training task were previously reported (Ball et al., 2002; Gaspar et al., 2013). The

reason why rather limited transfer effects were found may be due to the development of specific strategies during the training that are specific for the task but are not applicable or transferable on other tasks (Linares et al., 2019).

Another issue in the field of cognitive training is ecological validity and transfer of the training to real performance in older adults. Most computerized laboratory tests or traditional neuropsychological measures do not reflect everyday-related cognitive constructs at all (Rumpf et al., 2019; Spooner & Pachana, 2006). Although selective attention may play some role in driver inattention (Montes et al., 2016), Gaspar et al., (2013) did not find a transfer to a flicker change detection task with images of real-world driving scenes. Therefore, the mechanism underlying the transfer from basic CDT training into real-world tasks still needs to be revealed.

This study has some limitations that need to be stated. One of them is the limitation of adaptive aspects in the training task for the experimental group (Filter It) since other previous studies used more

adaptive aspects (e.g. adaptive time of stimuli presentation) (Gaspar et al., 2013). We chose this approach to clearly describe what causes the transfer effect. However, for those participants with low performance, the chosen time of stimuli presentation could be still too difficult due to increased cognitive load (Loaiza & Souza, 2019). Thus, future studies should use more adaptive aspects (e.g. time of presentation of stimuli) when testing the effectiveness of CDT training. In our future study, we will evaluate near and far transfer effect, moreover long-term transfer effects (nearest, near, and far) and training gains will be tested.

Conclusion

Filter It training, a version of Change Detection Task, leads to a significant improvement in the performance in the trained task, and also to the nearest transfer effect (i.e. significant improvement in the Filter It paradigm that was not included in the training). Near and far transfer effects and long-term effects of the Filter It training yet need to be evaluated.

REFERENCES

- A Consensus on the Brain Training Industry from the Scientific Community.* (2014). Max Planck Institute for Human Development and Stanford Center on Longevity. <http://longevity.stanford.edu/a-consensus-on-the-brain-training-industry-from-the-scientific-community-2/>
- Baddeley, A. D., & Hitch, G. (1974). Working memory. *Psychology of Learning and Motivation*, 8, 47–89. [https://doi.org/10.1016/S0079-7421\(08\)60452-1](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60452-1)
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., Morris, J. N., Rebok, G. W., Smith, D. M., Tennstedt, S. L., Unverzagt, F. W., Willis, S. L., & for the ACTIVE Study Group. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: A Randomized controlled trial. *JAMA*, 288(18), 2271. <https://doi.org/10.1001/jama.288.18.2271>
- Buschkuhl, M., Jaeggi, S. M., Mueller, S. T., Shah, P., & Jonides, J. (2017). Training change detection leads to substantial task-specific improvement. *Journal of Cognitive Enhancement*, 1(4), 419–433. <https://doi.org/10.1007/s41465-017-0055-y>
- Cognitive Training Data Response Letter.* (2014). Cognitive training data. <https://www.cognitivetrainingdata.org/the-controversy-does-brain-training-work/response-letter/>

- Committee on Preventing Dementia and Cognitive Impairment, Board on Health Sciences Policy, Health and Medicine Division, & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *Preventing cognitive decline and dementia: A way forward* (A. I. Leshner, S. Landis, C. Stroud, & A. Downey, Eds.). National Academies Press.
<https://doi.org/10.17226/24782>
- Engle, R. W. (2002). Working memory Capacity as executive attention. *Current Directions in Psychological Science*, 11(1), 19–23. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00160>
- Fabiani, M., Zimmerman, B., & Gratton, G. (2016). Working memory and aging: A review. In P. Jolicoeur, C. Lefebvre, & J. Martinez-Trujillo (Eds.), *Mechanisms of sensory working memory: Attention and performance XXV* (pp. 121–138). Elsevier Academic Press.
- Feuerstahler, L. M., Luck, S. J., MacDonald, A., & Waller, N. G. (2019). A note on the identification of change detection task models to measure storage capacity and attention in visual working memory. *Behavior Research Methods*, 51(3), 1360–1370.
<https://doi.org/10.3758/s13428-018-1082-z>
- Frydrychova, Z., Jaeggi, S. M., Lukavsky, J., Buschkuehl, M., & Georgi, H. (2018a). Training of visual selective attention in older adults: Study design. In H. Georgi & R. Šlamberová (Eds.), *Ageing 2018: Proceedings of the 4th Gerontological Interdisciplinary Conference* (pp. 26–43). Charles University, Third Faculty of Medicine.
http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2018_sbornik.pdf
- Frydrychová, Z., Štěpánková Georgi, H., & Lukavský, J. (2018b). *Filter It* (1.0) [Čeština; Mobile application software]. Univerzita Karlova.
- Gaspar, J. G., Neider, M. B., Simons, D. J., McCarley, J. S., & Kramer, A. F. (2013). Change detection: Training and transfer. *PLoS ONE*, 8(6), e67781.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067781>
- Gazzaley, A., & Nobre, A. C. (2012). Top-down modulation: Bridging selective attention and working memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(2), 129–135.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.014>
- Jaeggi, S. M., Buschkuehl, M., Jonides, J., & Perrig, W. J. (2008). Improving fluid intelligence with training on working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(19), 6829–6833. <https://doi.org/10.1073/pnas.0801268105>
- Jaeggi, S. M., & Buschkuehl, M. (2017). *Clouds* (0.9) [Computer software]. University of California, Irvine.
- Langner, R., & Eickhoff, S. B. (2013). Sustaining attention to simple tasks: A meta-analytic review of the neural mechanisms of vigilant attention. *Psychological Bulletin*, 139(4), 870–900. <https://doi.org/10.1037/a0030694>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological Assessment* (5th ed.). Oxford University Press.
- Li, C.-H., He, X., Wang, Y.-J., Hu, Z., & Guo, C.-Y. (2017). Visual working memory capacity can be increased by training on distractor filtering efficiency. *Frontiers in Psychology*, 8.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00196>
- Linares, R., Borella, E., Lechuga, M. T., Carretti, B., & Pelegrina, S. (2019). Nearest transfer effects of working memory training: A comparison of two programs focused on working memory updating. *PLOS ONE*, 14(2), e0211321.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211321>
- Loaiza, V. M., & Souza, A. S. (2019). An age-related deficit in preserving the benefits of attention in working memory. *Psychology and Aging*, 34(2), 282–293.
<https://doi.org/10.1037/pag0000326>

- McNab, F., Zeidman, P., Rutledge, R. B., Smittenaar, P., Brown, H. R., Adams, R. A., & Dolan, R. J. (2015). Age-related changes in working memory and the ability to ignore distraction. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(20), 6515–6518.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1504162112>
- Mitrushina, M. N., Boone, K. B., Razani, J., & D'Elia, L. F. (2005). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment* (2nd ed). Oxford University Press.
- Montes, S.A., S. A., Intozzi, I.M., I. M., Ledesma, R.D., R. D., & López, S.S., S. S. (2016). Selective attention and error proneness while driving: Research using a conjunctive visual search task. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 34(2), 185–203.
<https://doi.org/10.12804/apl34.2.2016.01>
- Noack, H., Lövdén, M., & Schmiedek, F. (2014). On the validity and generality of transfer effects in cognitive training research. *Psychological Research*, 78(6), 773–789.
<https://doi.org/10.1007/s00426-014-0564-6>
- Park, D. C., Lautenschlager, G., Hedden, T., Davidson, N. S., Smith, A. D., & Smith, P. K. (2002). Models of visuospatial and verbal memory across the adult life span. *Psychology and Aging*, 17(2), 299–320. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.2.299>
- Redick, T. S., & Lindsey, D. R. B. (2013). Complex span and n-back measures of working memory: A meta-analysis. *Psychonomic Bulletin & Review*, 20(6), 1102–1113.
<https://doi.org/10.3758/s13423-013-0453-9>
- Rouder, J. N., Morey, R. D., Cowan, N., Zwilling, C. E., Morey, C. C., & Pratte, M. S. (2008). An assessment of fixed-capacity models of visual working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(16), 5975–5979.
<https://doi.org/10.1073/pnas.0711295105>
- Rumpf, U., Menze, I., Müller, N. G., & Schmicker, M. (2019). Investigating the potential role of ecological validity on change-detection memory tasks and distractor processing in younger and older adults. *Frontiers in Psychology*, 10, 1046.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01046>
- Salthouse, T. A. (2004). What and When of Cognitive Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 13(4), 140–144. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2004.00293.x
- Schmicker, M., Müller, P., Schwefel, M., & Müller, N. G. (2017). Attentional filter training but not memory training improves decision-making. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11(138). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00138>
- Shawn Green, C., Bavelier, D., Kramer, A. F., Vinogradov, S., Ansorge, U., Ball, K. K., Bingel, U., Chein, J. M., Colzato, L. S., Edwards, J. D., Facoetti, A., Gazzaley, A., Gathercole, S. E., Ghisletta, P., Gori, S., Granic, I., Hillman, C. H., Hommel, B., Jaeggi, S. M., ... Witt, C. M. (2019). Improving Methodological Standards in Behavioral Interventions for Cognitive Enhancement. *Journal of Cognitive Enhancement*, 3(1), 2–29.
<https://doi.org/10.1007/s41465-018-0115-y>
- Simons, D. J., Boot, W. R., Charness, N., Gathercole, S. E., Chabris, C. F., Hambrick, D. Z., & Stine-Morrow, E. A. L. (2016). Do “Brain-training” programs work? *Psychological Science in the Public Interest*, 17(3), 103–186. <https://doi.org/10.1177/1529100616661983>
- Spooner, D., & Pachana, N. (2006). Ecological validity in neuropsychological assessment: A case for greater consideration in research with neurologically intact populations. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21(4), 327–337.
<https://doi.org/10.1016/j.acn.2006.04.004>
- Stepankova, H., Lukavsky, J., Buschkuhl, M., Kopecek, M., Ripova, D., & Jaeggi, S. M. (2014). The malleability of working memory and visuospatial skills: A randomized controlled

- study in older adults. *Developmental Psychology*, 50(4), 1049–1059.
<https://doi.org/10.1037/a0034913>
- Vogel, E. K., McCollough, A. W., & Machizawa, M. G. (2005). Neural measures reveal individual differences in controlling access to working memory. *Nature*, 438(7067), 500–503.
<https://doi.org/10.1038/nature04171>
- Xu, Z., Adam, K. C. S., Fang, X., & Vogel, E. K. (2018). The reliability and stability of visual working memory capacity. *Behavior Research Methods*, 50(2), 576–588.
<https://doi.org/10.3758/s13428-017-0886-6>
- Zhang, W., & Luck, S. J. (2011). The Number and Quality of Representations in Working Memory. *Psychological Science*, 22(11), 1434–1441.
<https://doi.org/10.1177/0956797611417006>

PES JE ZAKOPANÝ V DETAILECH: ANALÝZA VZPOMÍNEK A VZPOMÍNÁNÍ DĚTÍ POLITICKÝCH VĚZŇŮ 50. LET VE STÁŘÍ

THE DEVIL IS IN THE DETAILS: ANALYZING MEMORIES AND THE REMEMBERING OF
TRAUMATIC MEMORIES OF CHILDREN OF POLITICAL PRISONERS OF THE 1950S IN OLD AGE

Kathleen Brenda Geaney

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

E-mail: geaney@seznam.cz

Abstrakt: Děti v různých částech světa zažívají násilí, fyzické nebo psychické, v důsledku vládnoucích nebo soupeřících ideologií států či vládnoucích elit. Traumatické zkušenosti s ohrožujícím a nepřátelským prostředím bez racionálního vysvětlení, se ztrátou a s narušením rodinné struktury a sociálních vztahů mají silný dopad na autobiografickou paměť obětí. Tyto děti dospívají a stárnou. Současné výzkumy zejména s přeživšími holocaustu, ale i s pamětníky jiných historických událostí rovněž ukazují, že takové zkušenosti v dětství mohou vést k tomu, že jsou oběti ve stáří zranitelnější, zvláště pokud čelí stresu spojeného se stárnutím. Výzkumy taktéž dokazují pozitivní vliv reminiscence u těchto osob ve vyšším věku.

V České republice existuje opomíjená skupina, která může nejen poodhalit dopady komunistické perzekuce na konkrétní osoby, ale analýza jejich vzpomínek a vzpomínání může především přispět ke stále aktuální diskuzi v psychologickém výzkumu o vybavování si traumatických událostí mnoho let poté. Participanty předkládaného výzkumu jsou proto osoby, jejichž rodiče byli z politických důvodů zatčeni a pronásledováni v 50. letech minulého století. Tyto „děti“ jsou nyní sedmdesátníci a osmdesátníci, nacházejí se tedy v Eriksonově finální fázi života, kdy je jejich úkolem vyrovnat se s prožitým životem a jeho ztrátami.

Výzkum se zaměřuje na to, jakým způsobem si dotyčné osoby vybavují traumatické vzpomínky desítky let poté, co se odehrály, a konferenční příspěvek představí jeho předběžné výsledky. Analýza zkoumá rysy traumatických vzpomínek, jejich koherenci nebo naopak fragmentaci, množství detailů ve vzpomínkách, jejich živost či vtíravost a spojenou emocionalitu. Analýza bere v úvahu také takové faktory, jako jsou věk v době zatčení rodiče, gender, nálada v době rozhovoru, přirozené zapomínání ve stáří a individuální a sociální paměť.

Klíčová slova: traumatické vzpomínky; autobiografická paměť; vybavování vzpomínek; děti politických vězňů 50. let

Abstract: Children in different parts of the world experience violence, physical or psychological, as a result of the ruling or competing ideologies of states or ruling elites. Traumatic experiences of a threatening and hostile environment without any rational explanation, of a loss and disruption of family structures and social relationships have a strong impact on the autobiographical memory of victims. These children grow up and grow old. Current research, particularly with Holocaust survivors, but also with witnesses of other historical events, shows that such experiences in childhood can make victims more vulnerable in old age, especially when faced with stress associated with ageing. Research likewise demonstrates the positive influence of reminiscence functions in these older people.

In the Czech Republic, there is a neglected group that can not only reveal the consequences of communist persecution on specific people, but the analysis of their memories

and recollections can, above all, contribute to the ever-present discussion in psychological research about how traumatic events are remembered many years later. Participants in the research are therefore those whose parents were arrested and persecuted for political reasons in the 1950s. These “children” are now in their 70s and 80s, so they are in Erikson’s final phase of life, when it is their task to come to terms with their lives as lived and with their losses.

The research focuses on how individuals recall traumatic memories decades after they occurred, and the paper presents its preliminary results. The analysis examines the features of traumatic memories, their coherence or, conversely, fragmentation, the amount of detail in the memories, their vividness or intrusiveness, and the associated emotionality. Moreover, the analysis takes into account factors such as age at the time of the parent’s arrest, mood at the time of the interview, natural forgetting in old age and individual and social memory.

Keywords: traumatic memories; autobiographical memory; recall memories; children of political prisoners of the 1950s

Po celá desetiletí je výzkum násilí na dětech v důsledku politiky vládnoucích elit a jeho vlivu na psychiku perzekuovaných spojován zejména s osobami přeživšími holocaust, případně s jejich potomky. V současné době se ovšem objevují i psychologické či multidisciplinární výzkumy, které se zaměřují na osoby, které prožily trauma a pocity extrémní bezmocnosti v důsledku politické perzekuce v jiných režimech, než byl ten nacistický.

Osoby, které na vlastní kůži zažily důsledky represivní a systematické perzekuce ze strany státu, lze najít též na území bývalého Československa. Jedná se např. o osoby, jejichž rodiče byli v 50. letech (tj. mezi lety 1948 a 1960) zatčeni jako nepřátelé státu a byli odsouzeni do vězení či pracovních lágrů.

Autobiografická paměť nám umožňuje uchovat si životní zkušenosti, ale také tyto vzpomínky znovu prožívat. Podobně jako jiné typy paměti je autobiografická paměť komplexní a zahrnuje kognitivní a emocionální složku. Je důležitá pro náš pocit identity, pro vytváření a udržování sociálních vztahů či pro schopnost řešit problémy. Výzkumy ukazují, že traumatické zážitky v dětství značně ovlivňují emocionální obsah osobních vzpomínek i v dalším životě. Traumatické zkušenosti dětí s ohrožujícím

a nepřátelským prostředím bez racionálního vysvětlení, se ztrátou a s narušením rodinné struktury a sociálních vztahů mají totiž silný dopad na autobiografickou paměť obětí (Berntsen et al., 2019; King et al., 2015; Misirlisoy et al., 2019). Tyto děti dospívají a stárnou, jejich traumata se ale nikam neztrácejí.

Zdokumentovaná je též souvislost mezi vystavením traumatu a množstvím detailů obsažených v autobiografických vzpomínkách, a to i dlouhodobě (Barry et al., 2018). Blix et al. (2020) došli k závěru, že traumatické vzpomínky mohou být popisovány jako živé a emocionální, a to včetně smyslových dojmů, i více jak dvě desítky po traumatické události. Je však nutný další výzkum, který by jejich tvrzení potvrdil. Tato studie se proto pokusí do této diskuze také přispět.

Komunistická perzekuce v 50. letech 20. století a její důsledky pro děti politických vězňů

Perzekuce osob, které byly považovány za nepřátelské vůči nově nastolenému režimu, nastala prakticky okamžitě poté, co se KSČ chopila moci v únoru 1948. Za poslední politický proces je považován proces s Vladivojem Tomkem v roce 1959. Padesátá léta byla nejen dobou budování ko-

munismu, ale také dobou strachu. Strachu nejen o bezpečnost vlastní, ale také z nepřítele vnitřního i vnějšího, z třídního boje, ze třetí světové války, ze „zákeřných imperialistů“, ale i ze zrádců ve vlastních řadách. KSČ, podporována a blízce sledována svými soudruhy v Moskvě, si nárokovala monopol na pravdu, osvojovala si právo ovlivňovat chování svých občanů, určovat směr jejich myšlení, stejně jako jejich hranice poznání. Všudypřítomná propaganda a ideologická ofenzíva strany vedla k zásadním změnám ve všech oblastech společenského dění (Kaplan & Paleček, 2008).

Českoslovenští občané se obětmi komunistické perzekuce v 50. letech stávali z různých, často vykonstruovaných příčin. Mezi časté důvody patřily členství v nekomunistické politické straně a jiné politické smýšlení, náboženská víra (včetně sektářské), příslušnost k národnostní nebo etnické menšině, příbuzenské svazky nebo blízké styky s osobami, které byly považovány za nepřátelské novému režimu, příslušnost ke střední třídě, odpor ke vstupu do jednotných zemědělských družstev, členství ve vybraných zájmových organizacích jako např. Sokol nebo Junák ad. (Kaplan & Paleček, 2008).

Přesné statistiky obětí komunistické perzekuce nejsou k dispozici. Číslo 264 429 lze považovat za spodní hranici počtu perzekuovaných. Nad rámec politických procesů jako takových, tj. kromě obvinění za trestné činy proti republice, je nutno započítat i další důvody k odsouzení z politických důvodů. Mezi ně patřily kupříkladu neplnění dodávek potravin nebo cenové přestupky, často vykonstruované. Tyto trestné činy spadaly pod pravomoc okresních soudů. Do celkového počtu perzekuovaných je také potřeba započítat osoby, které byly potrestány příslušnými komisemi národních výborů. Mezi tyto osoby patřily odpůrci kolektivizace, odpůrci státní církevní politiky či ti, kteří např.

slovně napadli veřejné činitele. V neposlední řadě v uvedeném čísle chybí lidé, kteří byli uvěznění či internováni bez soudů, kteří byli nuceni pracovat v pracovních táborech, internováni řeholníci a řeholnice či například branci násilně povoláni do pomocných technických praporů (Kaplan & Paleček, 2008).

Politikou KSČ nebylo pouze potrestat samotného odsouzeného nebo odsouzenou, ale také jejich rodiny. Pro děti politických vězňů nebylo traumatické pouze samo náhlé zatčení jejich nejbližších, ale i vše, co následovalo. Domovní prohlídky, které probíhaly v ranních nebo večerních hodinách, ponižování rodinných příslušníků (zejména matek), kteří často neměli naprosto žádné informace, co se s jejich druhou stalo, kde jsou a kdy a zda se vůbec vrátí. Rodina zadrženého byla často nucena se vystěhovat ze svého domova mnohdy do naprosto nevyhovujících podmínek daleko od původního místa bydliště. Někdy se o děti museli začít starat prarodiče, jindy děti skončily v dětských domovech, kde s nimi bylo dle ideologie doby zacházeno jako s dětmi vlastizrádců. Nejednou byli rodinní příslušníci politického vězně, včetně dětí, nabádáni k tomu, aby se zřekli svého příbuzného a někdy se tak dokonce i skutečně stalo. Jindy se naopak příbuzní a přátelé zřekli nebo alespoň drželi dál od perzekuované rodiny ze strachu o vlastní bezpečnost.

Zatčení a odsouzení rodiče do vězení je i v demokratických režimech spojeno se stigmatizací rodiny v důsledku společenské nepřijatelnosti uvěznění.

Ovšem v demokratických režimech je vyvíjena nemalá snaha dětem uvězněných rodičů nějakým způsobem ulevit a destigmatizovat je (Turney & Goodsell, 2018). Fyzická nepřítomnost rodiče nebo rodičů zadržených (nejen) z politických důvodů je traumatická sama o sobě (Knudsen, 2016; Saleh et al., 2019). V případě dětí politických vězňů byla tato zkušenost umocněna

perzekucí celé rodiny, finančními problémy, neustále a všudypřítomným strachem a zastrašováním, ztrátou všech došavadních jistot. Toto ohrožující a nepřátelské prostředí nemělo žádné racionální vysvětlení a naprosto zásadním způsobem narušilo rodinou strukturu a sociální vztahy nejen uvězněných, ale i jejich dětí.

Zadržení rodiče mělo ve většině případů celoživotní následky, ať už v podobě odcizení s nepřítomným rodičem nebo tím, že nemohli získat vzdělání, jaké chtěli. Psychické následky byly podobně zásadní. Nastalá situace silně ovlivnila vývoj jejich osobnosti, sebehodnocení či identity. Mnohé z těchto dětí vykazují i po sedmdesáti letech od náhlého zmizení svého rodiče nebo rodičů alespoň v nějaké formě symptomy posttraumatické stresové poruchy, např. rušivé myšlenky o uvězněném rodiči či depresivní a úzkostnou symptomatiku. Podle česko-americké psychologičky Jany Švehlové (2011), která je sama takovým dítětem, je potomkům politických vězňů z 50. let vlastní nízká sebeúcta a sebevědomí a emoce jako strach, úzkost, vztek, pocit osamocení, rozpačitost a pocity viny. Prožité trauma mělo vliv na chování těchto osob, ať už ve formě vyšší podrážděnosti až agresivity či naopak rezignace (Kšířová, 2008). Všechny tyto psychické následky jsou plně v souladu s výzkumnými poznatky o traumatu v dětském věku.

Autobiografická paměť a trauma

Paměť nám umožňuje vrátit se k různým momentům, událostem či dialogům z naší minulosti, umožňuje je znovu prožít či přerámovat. Výzkumy prokázaly, že vzpomínky na události se silným emocionálním nábojem, zejména ty negativní, si pamatujeme mnohem častěji, lépe a živěji než vzpomínky s nábojem neutrálním (Kensinger & Ford, 2020; Bowen et al., 2018; Manzano et al., 2015). Emoce mají velký vliv na paměť, na schopnost zapamatovat si a vybavit si vzpomínky (Staniloiu et al.,

2020). Výzkumy dále potvrzují, že autobiografické vzpomínky, které jsou koherentní a odpovídají našemu sebevnímání, jsou jednodušeji přístupné než vzpomínky, které jsou v rozporu s naším vnímáním sebe sama (Peltonen et al., 2017). Ale i přes množství výzkumů je stále otázkou, jak emoce ovlivňují vzpomínku na emocionální událost v průběhu života (Stenson, 2019).

I když je výzkum autobiografické paměti dlouhodobě velmi rozsáhlý, diskuze o tom, jak vypadá vybavování si traumatických zážitků, stále probíhá. Jejich závěry jsou navíc často protichůdné. Panuje shoda, že odpověď na traumatický zážitek a způsob vzpomínání na tuto událost jsou úzce propojené (Gittins et al., 2015). Traumatické zážitky mají silný dopad nejen na autobiografickou paměť, ale i na naši identitu a zdraví. Jak si pamatujeme naši minulost ovlivňuje i naše současné vnímání sebe sama (Fridman et al., 2011; Barry et al., 2018). Charakteristickým příznakem prožitého traumatu jsou rušivé vzpomínky (Misirlisoy et al., 2019; Clark et al., 2016). V určitých případech jedinci, kteří prožili silné trauma, vykazují některé symptomy posttraumatické stresové poruchy, nejčastěji zábleskové vzpomínky či *flashbacky*, a to i dlouhá léta po traumatickém zážitku (Crespo & Fernández-Lansac, 2016; Rutkowski et al., 2014). Mezi dalšími často objevujícími se symptomy lze zmínit znovuprožívání traumatické události, např. v době jejího výročí, vyhýbání se podnětům spojených s traumatem, zvýšenou pozornost a nabuzení či kolísání nálady (Cuperus et al., 2019). V neposlední řadě např. výzkumy s přeživšími holocaust poukazují také na to, že traumatické události v dětství vedou k vyšší zranitelnosti při vyrovnávání s potenciálně stresovými momenty souvisejícími se stářím a stárnutím (Fridman et al., 2011).

Traumatický zážitek a psychologická odpověď na něj může ovlivnit povahu a

podobu autobiografické vzpomínky. Někteří autoři na základě svých výzkumů vyjadřují přesvědčení, že osoba, která prožila silně traumatický zážitek, se může ve svém vzpomínání vyhýbat specifickým detailům – nikoliv ovšem vzpomínce na trauma jako takové (Barry et al., 2018). Kontroverzní teorie úplného vytěsnění traumatických vzpomínek, populární v 90. letech a na přelomu tisíciletí, nemají již mezi odborníky velkou podporu, byť diskuze v menším rozsahu stále probíhají (Otgaar et al., 2019). Vyhýbání se detailům v traumatické vzpomínce může být např. důsledkem snahy vyhnout se emocionální zkušenosti, která by mohla následovat vybavení si takovýchto detailů (Barry et al., 2018).

Dalším možným vysvětlením je to, že traumatické události jednoduše nejsou integrovány do autobiografické paměti jedince, v důsledku čehož pak má tendence traumatické vzpomínky ze svého životního příběhu vynechávat nebo přerušovat. To pochopitelně ovlivní nejen množství a povahu detailů takové vzpomínky, ale také souvislost vyprávění pamětníka, u kterého se předpokládá, že bude neorganizované a fragmentované (Sachscha et al., 2019). Podle kognitivních teorií posttraumatické poruchy se tak děje zejména u osob, které trpí symptomy PTSD (Crespo & Fernández-Lansac, 2016). V potaz je ovšem také potřeba vzít to, zda se jednalo o jednorázovou traumatickou událost či vystavení traumatické události bylo kumulativní (Wilker et al., 2015).

Podle některých výzkumů jsou traumatické vzpomínky charakteristické smyslovými aspekty, nesoudržností a chybějící posloupností ve vyprávění (Bedard-Gilian et al., 2017; Morrison et al., 2020). Vzpomínka na prožité trauma je tedy spíše obecná, a to i v případě, že traumatizovaný jedinec netrpí posttraumatickou stresovou poruchou. Určitá spojitost by mohla souviset se slabou emoční regulací (Salmon, 2015).

Závěry jiných výzkumů ovšem ukazují, že ne každý, kdo byl vystavený traumatickému zážitku, vykazuje kompromitované autobiografické vzpomínky. Jeho nebo její vzpomínky na prožitou traumatickou událost mohou být naopak pamatovány velmi dobře a detailně. Děje se tomu tak jak u osob, které vykazují symptomy posttraumatické stresové poruchy, tak u těch, kteří takovými symptomy netrpí (Brevin, 2016).

Nelze opomenout skutečnost, že problematika autobiografické paměti je komplexní a při ukládání vzpomínek do paměti, stejně jako při následném vybavování, hraje významnou roli faktory jako osobnostní rysy traumatizovaných jedinců, zejména extraverte, neurotismus či úzkostnost, jejich věk či pohlaví a v neposlední řadě i kontext události (Dolcos et al., 2017; Grysman et al., 2016; Pascuzzi & Smorti, 2017). V případě, že k traumatické zkušenosti došlo v dětském věku, způsob a obsah konverzace rodiče s dítětem o prožité minulosti má zásadní vliv na to, jakým způsobem dokáže jedinec vzpomínku zpracovat a jak si ji bude pamatovat (Salmon & Reese, 2015). Opomenout nelze ani to, že také traumatické vzpomínky jsou náchylné k zapomínání (Morrison et al., 2020). Podle některých autorů se tomu děje i proto, že specifičnost či určitost autobiografických vzpomínek klesá s věkem kvůli snížené konektivě klidové sítě mozku (DMN – *default mode network*) (Bahk & Choi, 2017).

Účastníci a metodologický postup

Cílem textu je odpovědět na otázku, co a jakým způsobem si muži a ženy desítky let poté vybavují traumatické vzpomínky z dětství, které byly důsledkem komunistické politické perzekuce jejich rodičů v 50. letech 20. století. Participantů ve výzkumu tvoří skupinu sdílející stejnou zkušenost. Jsou to osoby narozené mezi roky 1940 a 1950, tedy dnešní sedmdesátníci a osmdesátníci, kteří se nyní nacházejí Eriksonově

finální fázi života, kdy je jejich úkolem vyrovnat se s prožitým životem a jeho ztrátami (Erikson, E. H., 2015). Rodiče těchto osob, většinou otec, ale někdy také matka či oba, byli na popud komunistických orgánů zatčeni a vězněni mezi lety 1948 a 1960. Participantů byli vybíráni tak, aby jim v době zatčení rodiče/rodičů bylo alespoň pět let, a to z důvodu, že je to právě mezi pátým a šestým rokem, kdy se začíná formovat autobiografická paměť (Peltonen et al., 2017). Žádný z participantů se neléčil nebo neléčí s diagnózou posttraumatické stresové poruchy. Specifičností této skupiny je také to, že vzhledem k délce trvání komunistického režimu byly tyto osoby opakovaně retraumatizovány v důsledku svého „politicky“ nevhodného původu.

Analýza předkládá první předběžné výsledky stále probíhajícího výzkumu. Zkoumá rysy traumatických vzpomínek participantů, jejich koherenci nebo naopak fragmentaci, množství detailů ve vzpomínkách, jejich živost či vtíravost a spojenou emocionalitu. Bere v úvahu takové faktory, jako jsou věk v době zatčení rodiče, gender, nálada v době rozhovoru a přirozené zapomínání ve stáří. Metodologicky vychází z obdobných, často interdisciplinárních psychologicko-historických studií, které zkoumaly vzpomínání a vzpomínky osob, které přežily holocaust, jakož i jejich stárnutí (např. O'Rourke et al., 2015; Canham et al., 2017; Békés et al., 2017; Van der Hart & Brom, 2000).

Semistrukturované rozhovory vedla autorka studie. Probíhaly v domovech osob (n = 5), jejichž rodiče byli uvězněni z politických důvodů v 50. letech 20. století. Každý z rozhovorů trval přibližně 1 hodinu a 20 minut. Otázky byly inspirovány testem autobiografické paměti (*Autobiographical Memory Test*) (Barry et al., 2019; Bunnell et al., 2020) a zaměřovaly se na to, jakým způsobem a co přesně si participantů z traumatických událostí pamatují a jak své zážitky vyprávějí (Sheldon et al., 2020).

Důraz byl kladen nejen na povahu traumatické události jako takové, ale také emocionální tón a zabarvení, stejně jako na množství detailů obsažených v těchto vzpomínkách. Otázky směřovaly na živost vzpomínek, jejich kvalitu a soudržnost, jakož i na jejich vnímanou přesnost a důvěryhodnost. Vzhledem k věku byli respondenti na závěr rozhovoru požádáni o provedení testu paměti *Amnesia light and brief assessment*, původní český test, který dokáže ve velmi krátké době vyšetřit stav paměti (Bartoš, 2019).

Základní použitou technikou byla technika *life event recall*, kdy byli participantů dotazováni na období dětství v době před uvězněním rodiče/rodičů a po něm. Ve střední části rozhovoru byli participantů požádáni, aby si vybavili jeden konkrétní (vždy stejný) moment z doby, kdy byli dětmi a kdy jejich rodiče byli zadrženi komunistickými orgány. Poté byli požádáni, aby tuto vzpomínku napsali na papír, přičemž tato část rozhovoru trvala přibližně 10 minut (Brewer & Doughtie, 1980; Veronese & Cavazzoni, 2019). Další část rozhovoru se věnovala této vzpomínce, pocitům, na které si pamatovali, a pocitům, které v nich tato vzpomínka vyvolala. V rozhovoru byl pak prostor věnován i dalším momentům, které participantů uváděli jako velmi silné.

Pro rozbor dat autorka použila metodu tematické analýzy (Brown & Clarke, 2006; Terry et al., 2017). Cílem bylo nalézt témata, která zachycují něco důležitého ve vztahu k výzkumné otázce a představují určitou vzorovanou odpověď v datovém souboru. Byl zvolen přístup induktivní, tedy ze zdola nahoru, a tematická analýza se řídila daty. Témata bylo v první řadě potřeba identifikovat a kódovat a následně analyzovat, přičemž vzhledem k povaze zvoleného přístupu kódování nebylo zasazováno do předem existujícího kódovacího rámce. Analýza ovšem nemůže, i přes veškerou snahu, probíhat v jakémsi epistemo-

logickém vakuu, a tak její výsledky představují autorčinu interpretaci, nikoliv pouhý popis datového souboru.

Jako doplňují techniky byly využity techniky orální historie (např. Abrams, 2010). Autorka je též seznámena s video nahrávkami dalších osob splňujících kritéria pro výzkum přes video archiv Paměti národa (n = 63), jakož i memoárovou literaturou (např. Vittvarová, 2011; Roubíková Švehlová, 2011; Vejražka, 2018). Oboje slouží jako doplňkový materiál pro studium kontextu. V nejbližší době pak má naplánované další rozhovory na území České i Slovenské republiky, které nemohly vzniknout v době psaní tohoto textu kvůli restriktivním opatřením přijatých vládou České republiky z důvodu koronavirové pandemie.

VÝSLEDKY: Vzpomínky dětí politických vězňů 70 let poté

Po dotazu, jaké bylo jejich dětství, participant nejvíce mluvili o pocitech zmatenosti, nepochopení, strachu, lítosti a bezmocnosti. Přesto všechno si ale sami, bez vyvznání, dokázali vybavit i mnoho pozitivních momentů. Všichni participant měli potřebu autorce také ukázat fotky z dětství, na kterých jsou s rodiči před zatčením. Spojuje je také vzpomínka na snahu být hodným, „bezproblémovým“ dítětem, které se snažilo usnadnit situaci druhému rodiči nebo pečovateli, či pocit odcizení s nepřítomným rodičem. Během svého vyprávění se často vrací ke zprostředkovaným vzpomínkám svých zadržovaných rodičů, tak i těžké situaci pečujícího rodiče. Všichni participant nezávisle na sobě uváděli tři zvláště silné momenty z doby 50. let, a to zatčení či náhlé zmizení rodiče, návštěvu uvězněného rodiče ve vězení nebo v pracovním lágru (př. uranové doly v Jáchymově) a návrat perzekuovaného k rodině po propuštění.

Zatčení/zmizení rodiče

Participant si živě pamatují moment, kdy byl jejich rodič zatčen. Intenzita a živost vzpomínek s větším množstvím detailů záležela na tom, za jak dramatických podmínek k zatčení rodiče došlo. Ukazuje se, že pro vybavení traumatické autobiografické vzpomínky je rozdíl, zda byl rodič zatčen v nepřítomnosti dítěte, např. cestou do práce, nebo přímo před zraky dítěte, nečekaně, surově a uprostřed noci. V prvním případě je vzpomínka spíše obecná, s menším množstvím detailů. „Celou rodinu nás odvolali z dovolené u Máchova jezera. Druhý den měl (otec) jet na služební cestu. Mimořádně jsme mu (s matkou) šly ještě zamávat z balkónu. On se otočil a zamával. ... Odešel v pohodě, tohle nás nenapadlo. ... Pak jsem jela k rodině do jižních Čech, asi s tetou. Nevím.“

V druhém případě je tomu naopak a vzpomínka se silným emocionálním doprovodem obsahuje i smyslové vjemy. „Z toho, jak jí (matku) odváděli, vím všechno. Vidím to před sebou. Furt mám před očima, jak jsme stáli venku (participant pláče). Oni (příslušníci tajné bezpečnosti) měli na sobě dlouhé kabáty, jako gestápci, pásky na rukávech. ... Museli jsme se dívat, jak jí (matku) odvádějí. ... Pocity? Hrozný, jde to s člověkem celý život.“ „Přišla jsem domů (ze školy). Už bylo zavřeno, přišli mi otevřít cizí lidé. ... Pamatuju si to naprosto přesně. ... Když někdo zaťukal ..., začala jsem se úplně klepat. Bála jsem se, že pro mě jdou. ... Vzali mě na stanici, abych tatínkovi napsala dopis, že ho všichni milujeme a že ať se přizná, kde má všechno zlato ukryté.“

Návštěvy uvězněného rodiče

Všichni participant uvedli návštěvy zadržovaného rodiče ve vězení nebo v uranových dolech jako svou vůbec nejvíc traumatizující vzpomínku z doby 50. let, byť jim jednotlivé návštěvy splývaly.

„Návštěvy v Jáchymově byly zážitky na celý život.“ Ve svých vzpomínkách si participant také vybavili nejvíce detailů – z cesty vlakem za odsouzeným rodičem, čekání před nápravným zařízením, ze samotného vězeňského prostředí, z návratu zpět domů. „Návštěva byla od osmi ráno. ... Cestovali jsme celou noc, přestupovali jsme čtyřikrát. ... Vlak dorazil ve čtyři ráno. ... Jednou byla zima. Už nikdy jsem takovou zimu nezažila.“ „Ty návštěvy byly traumatizující... Jeli jsme tam celou noc, návštěva byla čtvrt hodiny.“

Participant si mnohdy vybavili i např. oblečení, které měli ten den na sobě. V rozhovoru popisovali smíšené pocity, které tehdy prožívali – radost z možné návštěvy rodiče, strachu z nepřátelského prostředí, smutek z toho, v jakém stavu rodiče viděli. „Na jednu stranu se člověk těšil. ... Takový smíšený pocity. ... Člověk ani pomalu nevěděl, jak to dopadne.“ Všichni participanti mluvili o nemožnosti se rodiče obejmout nebo se ho alespoň krátce dotknout. Toužili vězněnému rodiči něco říct, ale zároveň byli nuceni být potichu a poslušní. „Bylo tam pletivo, za námi bachaři, mezi námi (participantem a matkou) byla metrová mezera, abych se jí nemohl dotknout. ... Ta pletiva, abychom se třeba prstem nedotkli (doprovázeno pláčem). ... Máma nám strašně chyběla.“ „Byla to jediná obrovská místnost (kde proběhla návštěva), ... mohlo nás tam být 40. Byly tam dlouhé stoly ... Bachařů tam bylo požehnaně. ... Nesměla se ani podat ruka.“

„Všimla jsem si, že táta, oni měli takový ty křusky, a já jsem si všimla, že nemá ponožky. A tak povídám: „Jéé, tati, ty nemáš ponožky.“ V tu chvíli tam byl bachař (a povídá): „Neukázněné dítě. Ještě jednou a návštěvu přeruším.““ Všechny tyto vzpomínky participanti popisovali jako velice živé a intenzivní s velice silným emocionálním doprovodem.

Návrat uvězněného rodiče

Podobně jaké v prvním případě, i zde se ukazuje, že pro vybavení si vzpomínky hraje podstatnou roli podoba návratu uvězněného rodiče. Čím emocionálnější byl moment návratu, tím lépe a s větším množstvím detailů si participant dokázali tento okamžik vybavit.

„Ležela jsem v Hagiboru (v nemocnici). ... Úplně to vidím. ... Rodiče přicházeli (na návštěvu) a já říkám: „Vždyť to je táta!“ ... To byla velká radost, jedna z největších v životě (participant pláče).“ „To se pamatuju dobře (na návrat vězněného rodiče). Čekali jsme na něj na nádraží. Byli jsme fakt šťastní. ... On (táta) přišel tak šíleně hubenej, že jsme ho ani nemohli poznat.“ Vliv ovšem také hraje věk participanta v době návratu rodiče z vězení, délka odloučení a blízkost vzájemného vztahu. Zásadní zřejmě byl i vliv druhých osob a způsob, jakým o uvězněném rodiči a celé situaci doma mluvili nebo naopak nemluvili. „Doma jsme o mámě vůbec nemluvili, o tom, co se stalo. Najednou (po pěti letech) byla doma.“

Mezi silné vzpomínky, které participant uváděli, lze zmínit domovní prohlídky, ponižování ve škole, alespoň v nějaké formě, posměšky, místy až šikanu druhých kvůli nálepce dětí kriminálníka/kriminálků, pocity vyvrženectví, např. v podobě nemožnosti vstoupit do pionýrské organizace, strach z opakovaného vyhrožování komunistických orgánů, že budou druhému rodiči odebráni a poslání do dětského domova, dopisy vězněnému rodiči a tíživá finanční situace, ve které se rodina ocitla. Velmi silné vzpomínky jsou však také na osoby, které i přes nepříznivou politickou situaci a možná rizika pro vlastní bezpečí neváhaly postižené rodině nějakým způsobem pomoci. Jednalo se zejména o třídní učitele a o sousedy, kteří postiženým rodinám poskytli např. potravinovou pomoc.

ZÁVĚR A DISKUZE

Děti politických vězňů, kteří se v 50. letech stali obětmi komunistické perzekuce, si vzpomínky na traumatické zážitky z dětství vybavují různými způsoby. Mnozí z nich i dnes prožívají vtíravé vzpomínky doprovázené silnými emocemi smutku, lítosti, křivdy a zloby. Jiní se snaží svoje vlastní vzpomínky umlčet a pokoušejí se od nich spíše distancovat. Během rozhovoru mají tendenci mluvit o tom, co prožíval jejich rodič v komunistickém vězení nebo uranových dolech a je nutno je opakovaně vracet k jejich vlastním zážitkům z doby 50. let.

Pochopitelně vyvstává otázka, zda je etické vystavovat participanty potenciální retraumatizaci vzpomínáním na to, co komunistická perzekuce přinesla jejich rodině. Ovšem podobně jako v případě výzkumu Legerského a Bunnell (2010) děti politických vězňů uvádějí, že přestože během rozhovoru zažívali nepříjemné emoce, svoji účast hodnotí jako pozitivní a společensky užitečnou.

Zde překládané výsledky jsou zatím předběžné a výzkum bude i nadále pokračovat. Traumatické autobiografické vzpomínky participantů byly vyvolány dobrovolně a pamětníci je považovali za důvěryhodné a poměrně přesné. Vyprávění pamětníků bylo nesouvislé a fragmentované. Přesto ale ukazuje, že traumatické zážitky z dětství lze i o několik desetiletí později prožívat jako velmi intenzivní a živé se silným emocionálním doprovodem. Vzpomínky z každodenního života či problémů jsou náchylnější k zapomínání a jejich popis byl spíše obecný. Naopak vzpomínky na výjimečné situace obsahovaly i po takové době smyslovou složku, jakož i velké množství detailů. Souvislost lze zřejmě spatřovat v síle prožívané emoce či emocí v době, kdy k traumatizující či emocionální události došlo, a ve způsobu, jakým byla integrována do autobiografické paměti jedince. Pro některé pamětníky se zatčení

rodiče komunistickými orgány z politických důvodů stalo jakýmsi referenčním bodem v jejich životě. To vše má zásadní a celoživotní vliv na identitu takového jedince.

V potaz je však potřeba vzít také další faktory jako např. konkrétní podobu události, následující zážitky a postoje dalších zúčastněných i nezúčastněných osob, věk v době, kdy se událost odehrála, náboženské přesvědčení, osobnostní rysy či psychickou odolnost jedince. Jako zásadní se jeví vztah s rodiči v době před a po zatčení. Lze se domnívat, že klíčový je i způsob, jakým se doma o uvězněném rodiči mluvilo, zda a jak se s dětmi mluvilo o tom, co se děje, aby situaci porozuměli, zda a jakým způsobem rodič po svém návratu z vězení mluvil s dětmi o svých zážitcích.

Předkládaná studie má pochopitelně své limity. V první řadě představuje zatím předběžné výsledky stále probíhajícího výzkumu. Některé závěry se mohou se sběrem dalších dat částečně pozměnit. V úvahu je potřeba vzít skutečnost, že je tomu již mnohdy 70 let, co participanté zažili komunistickou represí zakladatelského období režimu. Kromě doby, která uplynula od samotné represe, participanté také prožili dlouhý život s mnoha dalšími zásadními životními momenty. A dlouhá doba od traumatických událostí znemožňuje přesně stanovit např. vztah mezi autobiografickou pamětí a případnými symptomy posttraumatické stresové poruchy či jiné patologie v návaznosti na prožité trauma.

Stárnutí a stáří s sebou nesou mnoho úkolů, mimo jiné vyrovnat se se ztrátami a ztracenými možnostmi a nalézt smíření s životem, jak ho lidé prožili. Mnozí z participantů si na rodiče podle svých slov ve stáří vzpomínou denně a mají pocit, že se po letech vrací k traumatu, které prožili jako děti. Situaci popisují jako intenzivnější za poslední rok a v souvislosti se strachem ze šíření onemocnění covid-19, kdy se podle nich jejich život opět dostal mimo jejich kontrolu.

Na závěr lze říci, že všichni participanti, vedle obsahové části rozhovorů, i po 70 letech velmi silně prožívali svoje vzpomínky, často i s pláčem. Jejich prožitky z dětství jsou pro ně stále velmi bolestné, možná o to bolestnější teď, kdy se vyrovnávají s tím, jak prožili svůj život, a uvědomují si svoji vlastní smrtelnost. Pro všechny participanty bylo velmi důležité o svém příběhu mluvit, čehož se jim často

nedostávalo ani od jejich rodin, natož pak z hlediska psychologické péče.

Pokud se někdo zajímal o jejich rodinu, chtěl znát, co se přihodilo jejich vězněným rodičům.

O tom, že komunistická perzekuce měla tak zásadní dopad na všechny členy rodiny vězněného, se zapomíná. Zde lze spatřovat i praktický dopad studie – v nutnosti pracovat s lidmi podobně postiženými jejich minulostí.

LITERATURA

- Abrams, L. (2010). *Oral history theory*. Routledge.
- Bakh, Y.-C., & Choi, K.-H. (2017). The relationship between autobiographical memory, cognition, and emotion in older adults: A review. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 25(6), 874–892. <https://doi.org/10.1080/13825585.2017.1377681>
- Barry, T. J., Lenaert, B., Hermans, D., Raes, F., & Griffith, J. W. (2018). Meta-analysis of the association between autobiographical memory specificity and exposure to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 31(1), 35–46. <https://doi.org/10.1002/jts.22263>
- Barry, T. J., Gregory, J. D., Latorre, J. M., Ros, L., Nieto, M., & Ricarte, J. J. (2020). A multi-method comparison of autobiographical memory: Impairments among younger and older adults. *Aging & Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1729338>
- Bartoš, A. (2019). Dvě původní české zkoušky k vyšetření paměti za 3 minuty: Amnesia light and brief assessment (ALBA). *Česká a slovenská neurologie*, 82(4), 420–429. [Dvě původní české zkoušky k vyšetření paměti za tři minuty – Amnesia Light and Brief Assessment \(ALBA\) | Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie \(csnn.eu\)](https://doi.org/10.1002/jts.22263)
- Bedard-Gilligan, M., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2017). Is trauma memory special? Trauma narrative fragmentation in PTSD: Effects of treatment and response. *Clinical Psychological Science*, 5(2), 212–225. <https://doi.org/10.1177%2F2167702616676581>
- Békés, V., Perry, C. J., & Starrs, C. J. (2017). Resilience in holocaust survivors: A study of defense mechanism in holocaust narratives. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(10), 1072–1089. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1320344>
- Berntsen, D., Hoyle, R. H., & Rubin, D. C. (2019). The autobiographical recollection test (ART): A measure of individual differences in autobiographical memories. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 8(3), 305–318. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2019.06.005>
- Blix, I., Birkeland, S. M., & Thoresen, S. (2020). Vivid memories of distant trauma: Examining the characteristics of trauma-memories and the relationship with the centrality of event and posttraumatic stress 26 years after trauma. *Applied Cognitive Psychology*, 34(3), 678–684. <https://doi.org/10.1002/acp.3650>
- Bowen, H. J., Kark, S. M., & Kensinger, E. A. (2017). Never forget: Negative emotional valence enhances recapitulation. *Psychonomic Bulletin and Review*, 25, 870–891. <https://doi.org/10.3758/s13423-017-1313-9>

- Brevin, C. R. (2016). Coherence, disorganization, and fragmentation in traumatic memory reconsidered: A response to Rubin et al. (2016). *Journal of Abnormal Psychology*, 125(7), 1011–1017. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/abn0000154>
- Brewer, D., & Doughtie, E. B. (1980). Induction of mood and mood shift. *Journal of Clinical Psychology*, 36(1), 215–226. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198001\)36:1%3C215::aid-jclp2270360127%3E3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198001)36:1%3C215::aid-jclp2270360127%3E3.0.co;2-6)
- Brown, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic psychology in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bunnell, S. L., Legerski, J. P., & Rodwell Herting, N. (2020). The autobiographical memory test: Differences in memory specificity across three recall elicitation methods. *Current Psychology*, 39, 2298–2305. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9930-7>
- Canham, S. L., Peres, H., O'Rourke, King, D. B., Wertman, A., Carmel, S., & Bachner, G. B. (2017). Why do holocaust survivors remember what they remember? *The Gerontologist*, 57(6), 1158–1165. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw131>
- Clark, I. A., Holmes, E. A., Woolrich, M. W., & Mackay, C. E. (2016). Intrusive memories to traumatic footage: The neural basis of the encoding and involuntary recall. *Psychological Medicine*, 46(3), 505–518. <https://dx.doi.org/10.1017%2FS0033291715002007>
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2016). Memory and narrative of traumatic events: A literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(2), 149–156. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0000041>
- Cuperus, A. A., Laken, M., van Schie, K., Engelhard, I. M., & van den Hout, M. A. (2019). Dual tasking during recall of negative memories or during visual perception of images: Effects on vividness and emotionality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.10.003>
- Dolcos, F., Weymar, M., Moore, M., Tsukiura, T., & Dolcos, S. (2017). Emerging directions in episodic memory. *Frontiers in Psychology*, 8, 1867. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01867>
- Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Portál.
- Fridman, A., Bakermans-Kranenburg, M. J., Sagi-Schwartz, A., & van Ijzendoorn, M. H. (2011). Coping in old age with extreme childhood trauma: Aging holocaust survivors and their offspring facing new challenges. *Aging & Mental Health*, 15(2), 232–242. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.505232>
- Gittins, C. B., Paterson, H. P., & Sharpe, L. (2015). How does immediate recall of a stressful event affect psychological response to it? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.07.006>
- Grysmán, A., Merrill, N., & Fivush, R. (2017). Emotion, gender, and greater gender typical identity in autobiographical memory. *Memory*, 25(3), 289–297. <https://doi.org/10.1080/09658211.2016.1168847>
- Kaplan, K., & Paleček, P. (2008). *Komunistický režim a politické procesy v Československu*. Barrister & Principal.
- Kensinger, E. A., & Ford, J. H. (2020). Retrieval of emotional events from memory. *Annual Review of Psychology*, 71(1), 251–272. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-051123>
- King, D. B., Cappeliez, P., Bachner, Y. G., & O'Rourke, N. (2015). Remembering genocide: The effects of early life trauma on reminiscence functions among Israeli holocaust survivors. *Traumatology*, 21(3), 145–152. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/trm0000040>

- Knudsen, E. M. (2016). Avoiding the pathologizing of children of prisoners. *Probation Journal*, 63(3), 362–370. <https://doi.org/10.1177%2F0264550516660766>
- Kšířová, D. (2008). Vyrůstali jsme s cejchem dětí politických vězňů. *Psychologie dnes*, 14(11), 20–23.
- Legerski, J.-P., & Bunnell, S. L. (2010). The risks, benefits, and ethics of trauma-focused research participation. *Ethics & Behavior*, 20(6), 429–442. <https://doi.org/10.1080/10508422.2010.521443>
- Manzareno, A. L., López, B., Aróztegui, J., & El-Astal, S. (2015). Autobiographical memories for negative and positive events in war contexts. *Annuario de Psicología Jurídica*, 25(1), 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.02.001>
- Misirlisoy, M., Tanyas, H., & Atalay, N. B. (2019). Does survival context enhance memory for source? A within-subjects comparison. *Memory*, 27(6), 780–791. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/09658211.2019.1566928>
- Morrison, K. I., Beidel, D. C., & Bowers, C. A. (2020). How much is enough? Trauma recall and the exposure therapy process. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(3), 215–221. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001080>
- O'Rourke, N., Canham, S., Wertman, A., Chaudhury, H., Carmel, S., Bachner, G. B., & Peres, H. (2015). Holocaust survivors' memories of past trauma and the functions of reminiscence. *The Gerontologist*, 56(4), 743–752. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu168>
- Otgaar, H., Howe, M. L., Patihis, L., Merckelbach, H., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., & Loftus, E. (2019). The return of the repressed: The persistent and problematic claims of long-forgotten trauma. *Perspectives on Psychological Science*, 14(6), 1–24. <https://doi.org/10.1177%2F1745691619862306>
- Pascuzzi, D., & Smorti, A. (2017). Emotion regulation, autobiographical memories and life narratives. *New Ideas in Psychology*, 45, 28–37. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.newideapsych.2016.12.001>
- Peltonen, K., Kangaslampi, S., Quota, S., & Punamäki, R.-L. (2017). Trauma and autobiographical memory: Contents and determinants of earliest memories among war-affected Palestinian children. *Memory*, 25(1), 1347–1357. <https://doi.org/10.1080/09658211.2017.1303073>
- Roubíková Švehlová, J. (2001). *Dcery nepřátel státu: Psychologický odkaz*. Columbus.
- Rutkowski, K., Dembińska, E., & Walczewska, J. (2014). Posttrauma symptoms in Poles persecuted for political reasons, 1939–1968. *Journal of Loss and Trauma*, 20(1), 72–84. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.824307>
- Sachschar, J., Woodward, E., Wichelmann, J. M., Haag, K., & Ehlers, A. (2019). Differential effects of poor recall and memory disjointedness of trauma symptoms. *Clinical Psychology Science*, 7(5), 1032–1041. <https://doi.org/10.1177%2F2167702619847195>
- Saleh, M. F., Rabaia, Y., Balsam, C., Amro, Z., Kassis, S., & Giacaman, R. (2019). Fathers detained, contact restrained: Experiences of Palestinian children visiting their fathers in Israeli detention. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104071. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104071>
- Salmon, K., & Reese, E. (2015). Talking (or not talking) about the past: The influence of parent-child conversation about negative experiences on children's memories. *Applied Cognitive Psychology*, 29(6), 791–801. <https://doi.org/10.1002/acp.3186>
- Sheldon, S., Williams, K., Harrington, S., & Ross, O. A. (2020). Emotional cue effects on accessing and elaborating upon autobiographical memories. *Cognition*, 198, 104217. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2020.104217>

- Staniloiu, A., Kordon, A., & Markowitsch, H. J. (2020). Stress- and trauma-related blockade of episodic-autobiographical memory processing. *Neuropsychologia*, 139, 107364. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2020.107364>
- Stenson, A. F., Leventon, J. S., & Bauer, P. J. (2019). Emotion effects on memory from childhood through adulthood: Consistent enhancement and adult gender differences. *Journal of Experimental Child Psychology*, 178, 121–136. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2018.09.016>
- Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V., & Brown, V. (2017). Thematic analysis. In Willig, C., & Stainton-Rogers, W. (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research in Psychology* (2nd edition, pp. 17–37). Sage Publications.
- Turney, K., & Goodsell, R. (2018). Parental incarceration and children's wellbeing. *The Future of Children*, 28(1), 147–164. [turney-goodsell_2018.pdf \(wordpress.com\)](https://www.turney-goodsell.com/2018/01/parental-incarceration-and-childrens-wellbeing/)
- Vejražka, L. (2018). Jizvy zůstávají: Dědictví zla stále živé. Baset.
- Veronese, G., & Cavazzoni, F. (2019). „I hope I will be able to go back to my home city“: Narratives of suffering and survival of children in Palestine. *Psychological studies*, 65, 51–63. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs12646-019-00502-5>
- Vittvarová, Z. (ed.) (2011). *Osudová kaňka: Příběhy dcer politických vězňů Československa*. Pavel Mervart.
- Wilker, S., Pfeiffer, A., Kolassa, S., Koslowski, D., Elbert, T., & Kolassa, I.-T. (2015). How to qualify exposure to traumatic stress? Reliability and predictive validity of measures for cumulative trauma in a post-conflict population. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28306>

PROŽÍVÁNÍ PANDEMIE Z POHLEDU TELEFONICKÉ LINKY KRIZOVÉ POMOCI PRO SENIORY

EXPERIENCING A PANDEMIC FROM THE PERSPECTIVE
OF THE CRISIS HELP TELEPHONE LINE FOR SENIORS

Klára Gramppová Janečková, Kateřina Bohatá, Hana Drazdíková, Jindřiška Kotrlová

Linka seniorů organizace Elpida, o.p.s.

E-mail: klara.gramppova@elpida.cz

Abstrakt: Pandemie covidu-19 významným způsobem ovlivnila každodenní život (nejen) seniorů v ČR. Na lince krizové pomoci pro seniory se výrazným způsobem změnila kvantita i obsah hovorů, a to nejen v porovnání s časem před pandemií, ale také během trvání pandemie. S postupujícím časem trvání pandemie bylo ze záznamů hovorů patrné, že potřeby volajících a na ně navazujících intervencí se v průběhu času měnily. Vliv na proměnu měly vnější faktory, ale mnohem významnější bylo prožívání stresové situace v čase. Rozhodli jsme se srovnat potřeby volajících s teorií třetí čtvrtiny, tzv. F 3/Q, kterou popsali Robert Bechtel a Amy Berningová (1991). Vycházeli tehdy ze zkušeností dlouhodobých pobytů lidí v izolovaných a omezených prostředích.

Metody. Hlavní metodou byla obsahová analýza záznamů hovorů (analýza I, analýza II).

Analýza I sleduje potřeby volajících tak, jak je pracovníci Linky seniorů zachycovali v záznamech hovorů. Vycházeli jsme z toho, že potřeby volajících odrážejí prožívání situace a míru zažívaného stresu. V analýze I jsme pracovali primárně podle principů zakotvené teorie, konkrétně z její první fáze (tvorba konceptů pomocí otevřeného kódování, které přechází v kódování zaměřené). Analyzovali jsme záznamy hovorů s označením COVID, tj. záznamy, v nichž se objevila problematika pandemie. Zaměřili jsme se na tři časová období (Vymětal, 2020).

Analýza II se zaměřila na sledování zaznamenaných potřeb ve dvou konkrétních měsících, které byly vybrány jako typické pro určité období pandemie. Při analýze byla použita jiná metoda, a to metoda záměrného výběru vzorku. Pro charakteristiku potřeb byl využit koncept pěti typů sociální opory, jak je z hlediska jejího obsahu popsala Mattson a Hall (2011). Souběžně jsme sledovali emoční ladění volajících zachycené v záznamech hovorů.

Zajímalo nás, jestli obě analýzy zachytí proměny zaznamenaných potřeb volajících v čase srovnatelné s teorií třetí čtvrtiny.

Výsledky. Na základě analýz se ukázalo, že na počátku vyhlášení nouzového stavu (březen 2020) vykazovali volající známky akutní reakce na stres a dominantní potřebou byla potřeba jasných strukturovaných informací a zdrojů praktické pomoci. V dalších obdobích ubylo této potřeby praktických informací, ale přidala se potřeba ošetření aktuálního prožívání a potřeba podpory v jeho zvládnutí.

Klíčová slova: pandemie covid-19; telefonická krizová intervence; potřeby seniorů

Abstract: The COVID-19 pandemic significantly affected the everyday life of (not only) seniors in the Czech Republic. The quantity and content of calls on the crisis help line for the elderly have changed significantly, not only compared to the time before the pandemic but also during the pandemic. As the pandemic lasted, call records showed that the needs of call-

ers and follow-up interventions changed over time. The change was certainly influenced by external factors, but the experience of a stressful situation over time was much more significant. We therefore decided to compare the needs of callers with the theory of the third quarter phenomenon, the so-called F 3 / Q, which was described by Robert Bechtel and Amy Berning (1991) based on the experience of long-term stays of people in isolated and limited environments.

Methods. The main method was a content analysis of call records (analysis I, analysis II).

Analysis I monitors the needs of callers as they were captured by staff members in the call records of the Senior's help line. We assumed that the needs of callers reflected the experience of the situation and the degree of experienced stress. In Analysis I, we worked primarily according to the principles of grounded theory, specifically from its first phase (creation of concepts using open coding, which turns into focused coding). We analyzed COVID call records, that is, those that related to the pandemic. We focused on three time periods (Vymětal, 2020). **Analysis II** focused on monitoring the recorded needs in two specific months, which were selected as typical for a certain period of pandemic. Another method was used in the analysis, namely the method of intentional sampling. The concept of five types of social support was used to characterize the needs, as described in terms of its content by Mattson and Hall (2011). In parallel to callers' needs also emotion changes described in call records were analyzed. We wondered if both analyses would capture the changes in recorded caller needs over time comparable to third-quarter theory.

Results. The analyses showed that at the beginning of the emergency declaration (March 2020), callers showed signs of an acute response to stress and the dominant need was the need for clear structured information and sources of practical assistance. In the following periods, this need for practical information decreased, but the need to treat the current experience and the need to support its management was added.

Keywords: COVID-19; crisis intervention hotline; needs of older adults

Linka seniorů je registrovanou sociální službou poskytující telefonickou krizovou pomoc, a to pro seniory, osoby pečující o seniory a osoby v krizi.

V roce 2020 došlo v důsledku pandemie covid-19 k prudkému nárůstu počtu hovorů. V roce 2019 přijala linka 25076 kontaktů a z toho 7199 hovorů. V roce 2020 to bylo 31505 kontaktů a 12809 hovorů. Na základě nárůstu byly provedeny změny v provozu pracoviště. Jednou ze zásadních změn bylo rozšíření provozu.

Vedle kvantity se výrazným způsobem proměnily i potřeby volajících patrné z anonymních záznamů hovorů. V našem příspěvku jsme se zaměřili na zmapování této proměny potřeb a následně jsme ten-

to jev porovnali s teorií třetí čtvrtiny, tzv. F 3/Q (Bechtel, & Berningová, 1991).

Tato teorie vychází ze zkušeností dlouhodobých pobytů osob v izolovaných a omezených prostředích. Pro lidskou psychiku je důležité vědomí časového rámce, tedy jistého ohraničení situace, v níž se nacházíme. Ve třetí čtvrtině přichází únava z prožitého a současně je tu vědomí, že daná situace ještě potrvá, ať už známe čas ukončení či dosud není zřejmý. To lze pozorovat prostřednictvím změn v kognitivním a interpersonálním chování a zvyšování hlášených negativních zkušeností a nežádoucích stavů nálady. Tento efekt byl zkoumán při vesmírných a polárních misích, nebo například při dlouhodobých pobytech na ponorkách, a je nezávislý na

délce trvání mise. Van Wijk (2018) popisuje studii, která se věnovala fenoménu třetí čtvrtiny u námořníků, kteří tráví svoji službu v izolaci na ponorce. Zde by bylo možné vidět paralelu v izolaci v době pandemie COVID-19, ačkoliv se podmínky také do určité míry liší. Při pobytu na ponorce se námořníci ocitají v izolaci, kdy je počet sociálních kontaktů radikálně omezen a prostředí je monotónní, v tomto směru je situace velmi podobná. Odlišnost situace spočívá ve způsobu trávení času v izolaci, kdy je jejich čas poměrně jasně strukturovaný, na rozdíl od osob izolovaných pandemií. Van Wijk uvádí, že zatímco copingové strategie zkoumaných osob zůstaly v průběhu mise stejné, účastníci uváděli v průběhu času různou náročnost jejich uplatnění, kdy nejnáročnější bylo právě období třetí čtvrtiny.

Při analýze dat získaných ze zápisů hovorů nás zajímalo, jestli potřeby klientů volajících na Linku seniorů prošly vývojem odpovídajícím tomuto fenoménu.

Časový rámeček

Obsahy i kvantita hovorů se proměňovala v závislosti na aktuální situaci v České republice i ve světě. Světová zdravotnická organizace prohlásila 11. března 2020 epidemii koronaviru SARS-CoV-2 za pandemii. Nákaza byla tou dobou ve 101 zemích, infikováno okolo 120 tisíc lidí. Vláda ČR vyhlásila 12. 3. 2020 nouzový stav na 30 dní s postupnou řadou restrikcí, resp. krizových opatření, s nimiž doposud převážná část občanů ČR neměla zkušenost. Opatření se dotkla běžného života všech občanů, seniory nevyjímaje. Bylo jim vládou doporučeno, explicitně osobám starším 70 let, nevycházet po dobu trvání nouzového stavu, s výjimkou návštěvy zdravotnických zařízení, a současně starostům obcím bylo nařízeno zajistit uvedeným osobám pomoc. Dalším opatřením, které se seniorů výrazně dotklo, byl zákaz návštěv v zařízeních zdravotnické a sociální péče

(s výjimkou hospiců) a zákaz vycházení mimo areál pobytových zařízení sociálních služeb.

Období pro první analýzu jsme zvolili dle Vymětala (2020), který dobu od vyhlášení nouzového stavu dne 12. 3. 2020 na jeden měsíc (t. j. 30 dní), tj. do 12. 4. 2020 nazývá akutní fázi, časový úsek od 13. 4. do 30. 4. 2020 (t. j. 17 dní) post akutní fázi a za fázi postupného uvolňování opatření označuje dobu od 1. 5. do 17. 5. 2020 (t. j. 17 dní).

V akutní fázi trval zákaz volného pohybu osob a byla nařízena povinnost mít všude na veřejnosti zakrytý nos a ústa pro minimalizaci šíření kapének. Je třeba zdůraznit, že ústní roušky a ústenky nebyly v potřebném množství dostupné, respirátory byly k dispozici pouze omezeně pro zdravotníky. Jen díky občanským a samosprávným iniciativám se dařilo roušky pro seniory a další občany zajišťovat. V post akutní fázi došlo ke zmírnění opatření týkající se nošení roušek, volného pohybu osob a shromažďování. Ve fázi postupného uvolňování došlo k dalšímu zmírnění, postupně byly otevírány provozovny služeb apod.

CÍLE VÝZKUMU

Hlavním cílem výzkumu bylo ověřit předpoklad, že prožívání stresu u klientů Linky seniorů se mění v závislosti na trvání této krizové pandemické situace a že míra prožívaného stresu a jeho proměny odpovídá teorii třetí čtvrtiny, tzv. F 3/Q (Bechtel, & Berningová, 1991).

Vedlejším cílem výzkumu bylo zmapovat potřeby klientů v určitých obdobích pandemie, a tak získat vodítko pro potřebné intervence v určitých fázích pandemie. K tomuto jsme využili doplnění o zachycení výskytu vztahové problematiky v záznamech hovorů a emočního ladění klientů.

METODY

Provedli jsme analýzu záznamů hovorů (I.) označených v úvodu záznamu heslem COVID (kódovány dle metodiky Linky seniorů). Záznamy hovorů jsme rozdělili do třech časových období (Vymětal, 2020). Analýza těchto záznamů pak vychází primárně z principů zakotvené teorie, konkrétně z její první fáze, kterou je tvorba konceptů pomocí otevřeného kódování, přecházející v kódování zaměřené (Řiháček, Hytych, 2013). V rámci tvorby konceptu otevřeného kódování jsme si všímali pojmů vyjadřujících potřebu klienta tak, jak ji vnímal pracovník, který hovor vedl a vyhotovil záznam. Z těchto potřeb byly vybrány osm nejčastěji se vyskytujících potřeb, které klient přinášel do hovoru jako zakázku. Kódování prováděla jedna ze spoluautorek.

Následně jsme provedli analýzu II., kdy jsme porovnali dvě období, a sice měsíce duben a říjen 2020. Tyto měsíce jsme vybrali jako zástupné pro jarní a podzimní období pandemie. Zde jsme použili metodu záměrného výběru (Řehák, 2017), tedy analyzovali jsme každý druhý záznam hovoru označený COVID až do počtu 200. Pro analýzu jsme využili pět typů sociální opory, jak je z hlediska jejího obsahu popsala Mattson a Hall (1981). Sledovali jsme tedy emocionální oporu, oporu při zajištění sebeúcty, sociální oporu ve smyslu sociální sítě, informační oporu a instrumentální oporu (Mattson, & Hall, 2011).

Typy opor se nutně prolínají, což se ukazuje v kazuistikách. Při analýze jsme vycházeli jednak z toho, co pracovník zaznamenal v textové části záznamu, tedy co považoval za podstatné pro kvalitu hovo-

ru. Souběžně jsme využili označených položek ve formuláři záznamu, kde jsou typy sociálních opor uvedeny. Podobně jsme sledovali emoční ladění volajících, zachycené jak v textové části, tak ve formuláři záznamů.

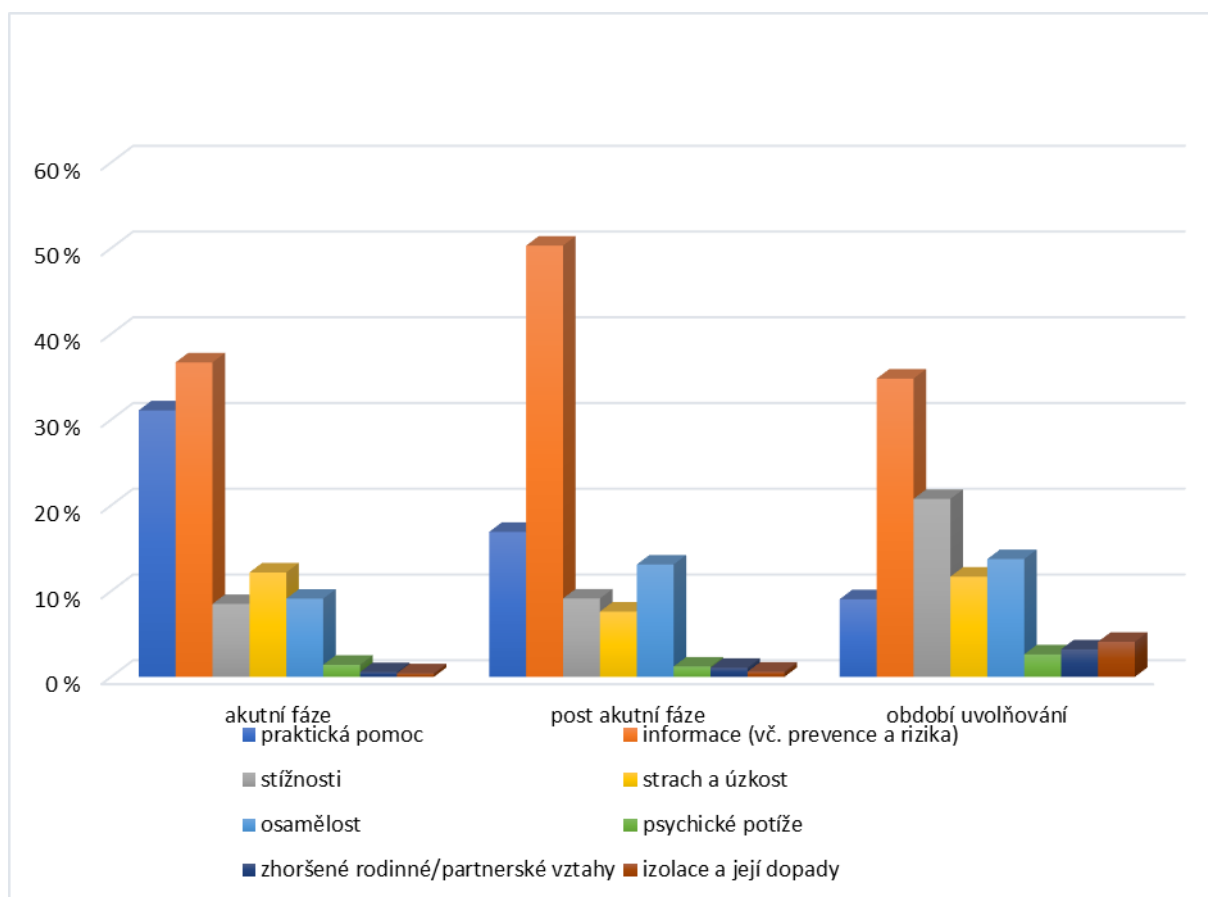
Zvolili jsme dvě analýzy, abychom mohli využít dvě různé cesty k ověření našeho předpokladu. Obě analýzy jsme doplnili záznamy hovorů (n=3) pro ilustraci, kde jsme sledovali kauzalitu potřeb volajícího a intervencí pracovníka (duben, květen a říjen 2020). Vzhledem k plné anonymitě služby jsou i kazuistické záznamy plně anonymizované a neobsahují žádná osobní data. Slouží pouze k ilustraci sledovaného jevu.

Soubor analyzovaných záznamů

V první analýze jsme kodovali záznamy hovorů (N = 2947). V období 12. 3. - 12. 4. (N = 2126), 13. 4. - 30. 4. (N = 509), 1. 5. - 17. 5. (N = 312). Při interpretaci výstupů je nutné vzít v potaz, že první období je dvakrát delší než zbývající dvě. V druhé analýze jsme měli k dispozici záznamy hovorů N = 200/měsíc.

Výsledky

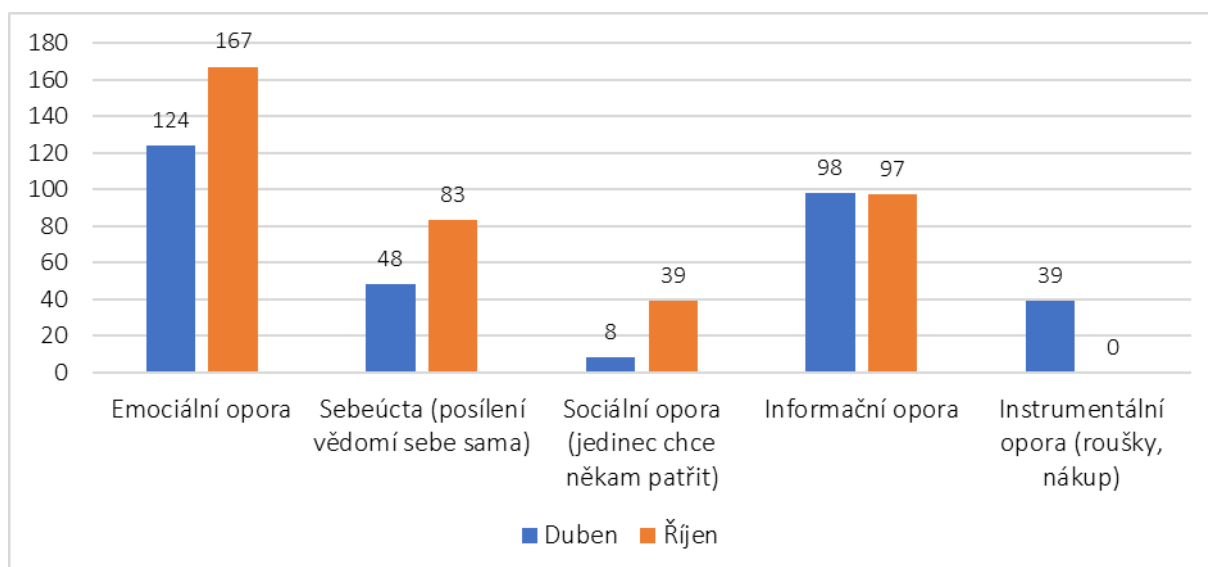
První analýza (analýza I) hovorů ukázala, že na počátku vyhlášení nouzového stavu (březen 2020) bylo hlavní potřebou volajících objevující se v záznamech hovorů potřeba jasných strukturovaných informací a potřeba získání zdrojů praktické pomoci. V dalších obdobích zůstaly významné potřeby získávání praktických informací, ale přibývalo potřeb ošetření aktuálního prožívání (především silných negativních emocí) a potřeba podpory ve zvládání (viz graf 1).



Graf 1. Obsahová analýza záznamu hovorů v akutní fázi, post akutní fázi a období postupného uvolňování opatření z hlediska potřeb volajících

V druhé analýze¹² jsme sledovali potřeby volajících v záznamech hovorů ve dvou obdobích, v měsíci dubnu a říjnu 2020. Graf 2 znázorňuje rozložení potřeb sociální opory pěti typů z hlediska jejího obsahu, dle Mattson a Hall (2011). Ukázalo se, že v dubnu byla zásadní potřeba instrumentální opory a velmi výrazná potřeba informační opory. Potřeba informací byla stále vysoká i v říjnu, kdy však oproti dubnu vzrostla v poměru potřeba emocionální opory a potřeba posílení sebeúcty. Potřeba emocionální opory byla nejvyšší v obou obdobích oproti ostatním potřebám, lze z toho vyvodit, že potřebu emocionální opory má obvykle vždy velká část volajících, vedle svých jiných potřeb.

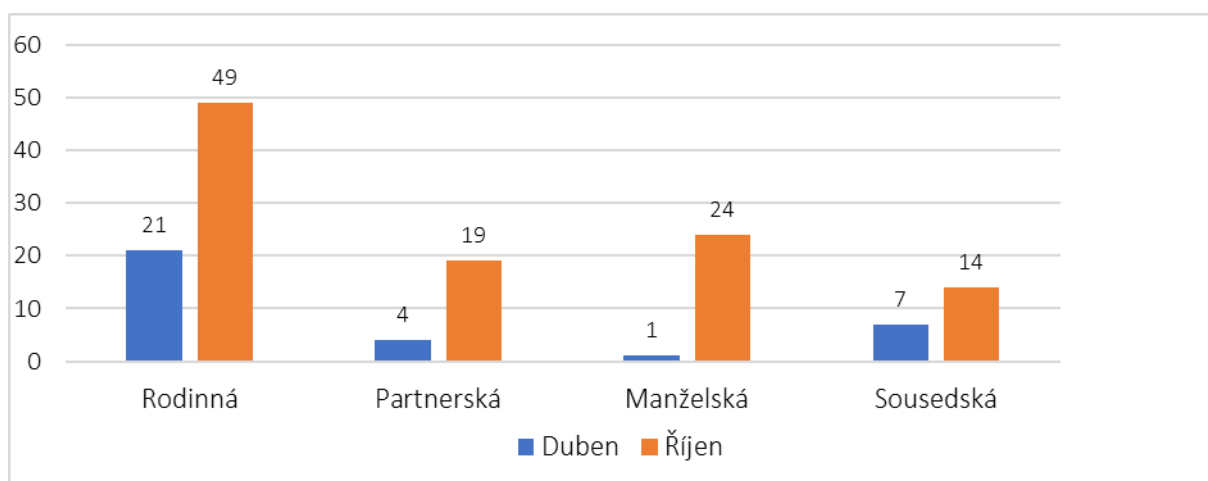
¹² Jde o dílčí nepublikované výsledky výzkumu Mgr. Ivany Kowalíkové, Ph.D. na téma Možnosti telefonické krizové pomoci a emailové poradny pro seniory v krizi, který je řešen v rámci SGS projektu Optimalizace nástrojů pro podporu participativních a reflexivních přístupů v sociální práci na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity, jehož hlavní řešitelkou je Mgr. et Mgr. Kateřina Glumbíková, Ph.D. Tímto děkujeme za zpracování části záznamů kontaktů Linky seniorů.



Graf 2. Rozložení potřeb typů sociální opory v měsíci dubnu a říjnu 2020 z hlediska poskytnuté intervence

Při analýze záznamu hovorů v obou měsících se také ukázal jako zajímavý výskyt vztahové problematiky v hovorech. Tento jsme zpracovali v samostatném grafu, protože z našeho pohledu vhodně doplňuje výskyt potřeb objevujících se v záznamech

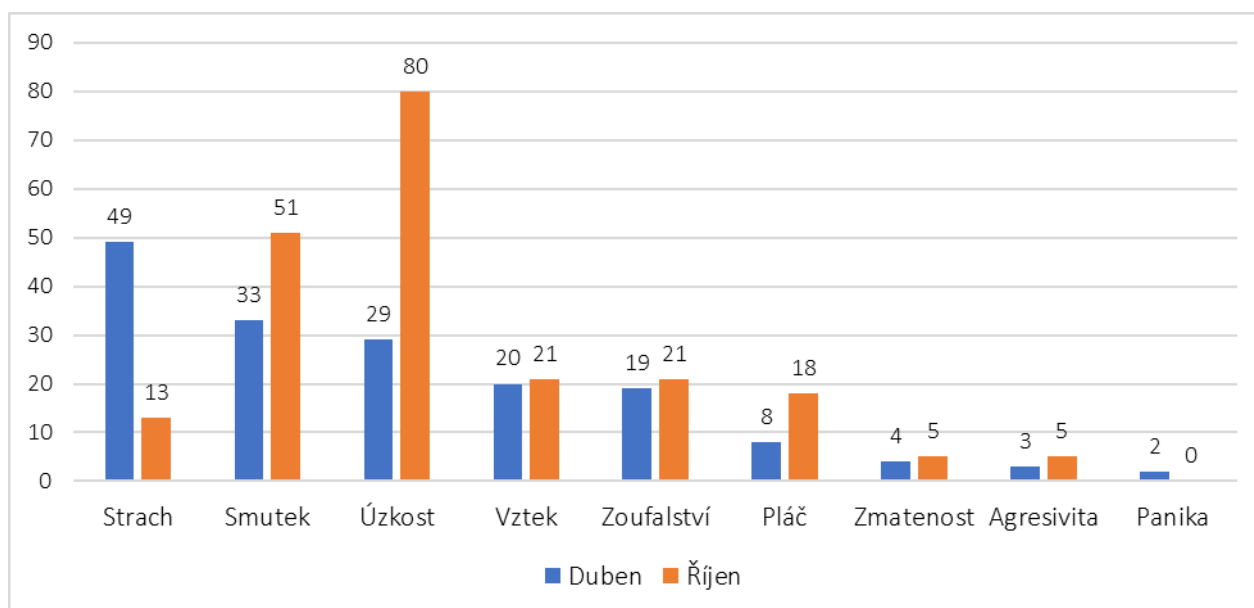
hovorů. Ukázalo se, že tato problematika dominovala v měsíci říjnu, a to zejména rodinná (obvykle mezigenerační vztahy) a manželská, o něco méně pak partnerská a sousedská (viz graf 3).



Graf 3. Výskyt vztahové problematiky v hovorech v měsíci dubnu a říjnu 2020

V rámci analýzy jsme se věnovali také sledování rozdílů v emočním ladění volajících, které vhodně doplňovaly zaznamenané potřeby. V měsíci dubnu sdělovali volající velmi často, že mají obavy, strach z toho, co bude dál, situace byla pro ně značně nepřehledná. Objevoval se smutek a úz-

kost z toho, že nevidají své blízké, jsou nuceni zůstat doma, museli přerušit všechny své společenské aktivity, nastaly problémy v dostupnosti zdravotní péče. V říjnu dominovaly projevy úzkosti, smutku, ale i vzteku a zoufalství (graf 4).



Graf 4. Výskyt některých emočních projevů v měsíci dubnu a říjnu 2020

Celkově jsme v říjnu zaznamenali pokles telefonátů, v nichž se objevovaly pozitivní emoce, a to i přes to, že se vyskytovaly telefonáty na linku, ve kterých senioři děkovali pracovníkům za poskytnutou pomoc. V měsíci říjnu významně narostlo u volajících prožívání úzkosti a smutku, naopak v porovnání s měsícem dubnem poklesla potřeba ošetření strachu jako emoce vztažené na jasnou konkrétní situaci.

Kazuistiky

Pro ilustraci výše zmiňovaných jevů uvádíme tři kazuistiky, které vystihují hovory z daného časového období.

Kazuistika I. (březen 2020)

Volá pán vysokého věku. Volá, protože by se rád ochránil před nákazou koronavirem. Nemá ale žádnou roušku, nemá nikoho, kdo by mu ji ušil, v lékárně ji neměli. Slyšel o skautské dobrovolné pomoci. Chtěl by vědět, zda je to dostupná pomoc i pro něj. *[opora instrumentální, opora informační]* Pracovnice linky sděluje informace o skautské dobrovolné pomoci, nabízí obstarání roušky i možnost zajištění nákupu. Pán se ptá i na možnost vyzvednutí léků na

objednávku z lékárny, a možnost podat doporučený dopis.

[opora instrumentální, opora informační] Pracovnice eviduje jeho poptávku po skautské dobrovolné pomoci, vysvětluje, jak pomoc funguje. Podporuje volajícího seniora v tom, že procházka v jemu blízkém parku na čerstvém vzduchu je pro něj důležitá. Dále byl pán poučen o plné moci v rámci poštovních služeb.

[opora instrumentální, opora informační, opora v zajištění sebeúcty]

Kazuistika II. (květen 2020)

Volá seniorka, hůře se jí v hovoru dýchá, sděluje, že trpí více onemocněními, má přes 70 let. Pobírá příspěvky, příspěvek na péči jí listonoška doručila, ale příspěvek na mobilitu si musí vyzvednout na poště.

Nikam nevychází a nemá peníze v hotovosti. Má strach, jak se o sebe postará. Má platební kartu, ale nemá nikoho, kdo by jí z bankomatu peníze vyzvedl.

Pracovnice linky oceňuje paní, že na linku zavolala, dává jí dost prostoru pro vypovídání se, nabízí techniky na zklidnění dýchání. Oslovuje strach volající o zajištění existence a nabízí jí pomoc a podporu, dá-

vá informaci o skautské dobrovolné pomoci.

[opora informační, opora v zajištění sebeúcty]

Volající děkuje, pomoc ráda využije. Dál hovoří o svém obrovském strachu z koronaviru, že už život nikdy nebude jako dříve, že už nikdy nebude moci jít si věci zařídit sama, už nikdy nevyjde z bytu...

[emocionální opora: normalizace emocí, podpora, ocenění]

[opora v uvědomění sebe sama a zajištění sebeúcty]

Kazuistika III. (říjen 2020)

Volá žena (kolem 60 let). Sděluje, že volá na Linku seniorů, protože je jí dnes hrozně. Pracovnice linky oceňuje zavolání na linku jako jednu z možností péče o sebe a mapuje, co se právě teď děje.

[emocionální opora: navázání kontaktu, podpora, ocenění sebepéče]

Volající má plno starostí – kamarádce stůně manžel. Je na JIP. Snaží se kamarádce podpořit, ale změnit nic nemůže.

Pracovnice oslovuje pocit bezmoci, který je hodně tíživý, normalizuje pocity volající.

[emocionální opora: normalizace emocí, podpora, ocenění]

Rodina sestry má koronavirus. Proto se nestýkají, nechce se nakazit. Ale má výčitky svědomí, přemýšlí, jestli by jim neměla nabídnout praktickou pomoc. Pracovnice linky reflektuje osobní limit volající.

[opora v uvědomění sebe sama a zajištění sebeúcty]

Volající zmiňuje další ze svých starostí, které ji tíží. Maminka s Alzheimerem je v Domově seniorů, neviděla ji už 4 měsíce. Vyčítá si to. Pracovnice linky vyjadřuje volající podporu a pochopení. Je to těžké dilemma, volající cítí závazek vůči mamince, je slyšet, že i volající chybí kontakt s maminkou.

[opora v uvědomění sebe sama a zajištění sebeúcty]

[emocionální opora: normalizace emocí, podpora]

Dál pracovnice linky nabízí možnost spolu hledat, zda by nějaká forma náhradního kontaktu mohla být pro maminku příjemná. Je možný telefonát? Je možné poslat pohlednici? Vybrat nějakou starší fotku z alba a tu mamince poslat, případně poslat mamince něco, co má ráda – květiny/čokoládu...?

[opora v zajištění sebeúcty a informační opora]

Volající děkuje za podporu, napadlo ji to, ale neměla odvahu do DS zavolat a zeptat se na možnosti. Pracovnice volající v tomto podporuje, i spolu zkouší vymyslet, jak přesně se zeptat a jak reagovat na případné projevy nesouhlasu a nenechat se hned odbýt.

[opora v zajištění sebeúcty, instrumentální opora]

Pracovnice se pozorností vrací k volající samotné, jak jí teď v této chvíli je?

Je jí lépe. Na chvíli se ta mračna chmur rozestoupila, ale ví, že se to zase vrátí. Pracovnice linky se ptá, kdy je volající dobře, kdy jsou ty chvíle podobné jako v hovoru, že se chmury "rozplynou", není na ně v hlavě místo? Ale ano, při čtení knížek. Do knihovny teď ale nemůže. Má nějaké knihy doma? Oblíbené?

[opora v zajištění sebeúcty, instrumentální opora]

Ano, vytáhne si Angeliku a možná Bídničky, to je její láska z mládí. V tomto bodě se objevuje i humor, volající se s pracovníci směje nad tím, že stará láska nerezaví a jak je prima, že okouzluje mládenci z knih vlastně nestárnou. Volající děkuje a loučí se.

[emocionální opora]

DISKUSE A ZÁVĚR

Analýza potřeb volajících zachycených v záznamech hovorů v průběhu pandemie covidu-19 poukázala na jejich proměnu a dynamiku v čase. Vliv na proměnu měly s

jistotou vnější faktory, ale mnohem významnější bylo prožívání stresové situace v čase. Ukázalo se, že zatímco v měsíci dubnu se u volajících často objevovala potřeba instrumentální opory, v měsíci říjnu tato potřeba prakticky vymizela, ale významně vzrostla potřeba opory emoční a potřeba posílení vědomí sebe sama.

Ukázalo se také, že oproti měsíci dubnu v měsíci říjnu významně narostla potřeba podpory v problematice vztahové, a to jak v rovině rodinné, tak manželské nebo partnerské. Při bližším pohledu na potřeby ošetření emocí je jasné vidět, jak v měsíci říjnu významně vzrostla potřeba ošetření úzkosti a smutku až pláče.

Jsme si vědomi, že analýzy jsou do jisté míry limitovány subjektivním vnímáním pracovníků v záznamech hovorů, jelikož byly analyzovány záznamy hovorů nikoli přímé výpovědi volajících. To z důvodu

přísné anonymity a ochrany klientů linky krizové pomoci nebylo možné.

Je tedy patrné, že výsledky analýz záznamů hovorů s volajícími podpořily fenomén třetí čtvrtiny, tzv. F 3/Q. Dle této teorie je pro lidskou psychiku důležité vědomí časového rámce dané situace. Z analyzovaných záznamů hovorů vyplývalo, že právě třetí čtvrtina délky zátěžové situace je z hlediska jejího zvládnutí nejnáročnější. Van Wijkem (2018) reportovaný nárůst interpersonálního napětí, konfliktů a prožitku negativních emocí se projevil i v analýze II naší studie. Potřeby sociální opory klientů volajících na Linku seniorů prošly vývojem odpovídajícím tomuto fenoménu. Výsledky analýzy je tedy možné do budoucna využít pro zvažování vhodné intervence u klientů, v závislosti na délce prožívané dlouhodobé krizové situace.

LITERATURA

- Bechtel, R. B., & Berning, A. (1991). The Third-Quarter Phenomenon: Do People Experience Discomfort After Stress Has Passed? In A. A. Harrison, Y.A. Clearwater, & C.P. McKay (eds.), *From Antarctica to Outer Space: Life in Isolation and Confinement* (s. 261-265). Springer-Verlag Publishing.
- Mattson, M., & Hall, J. G. (2011). Linking Health Communication with Social Support. In *Health as Communication Nexus: A Service Learning Approach* (s. 181–218). Kendall Hunt.
- Řehák, J. (2017). Výběr záměrný. In Z. Nešpor (eds.), *Sociologická encyklopedie* [online]. https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Výběr_záměrný
- Řiháček, T., & Hytych, R. (2013). Metoda zakotvené teorie. In T. Řiháček, I. Čermák, R. Hytych a kol. (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 44-74). Masarykova univerzita.
- Van Wijk, Ch. H. (2018). Coping during conventional submarine missions: evidence of a third quarter phenomenon? *Journal of Human Performance in Extreme Environments*, 14(1), Article 12. <https://doi.org/10.7771/2327-2937.1108>
- Vymětal, Š. (17. 6. 2020). Zpráva z výzkumu: Mapování výzev při poskytování služeb linek důvěry, ad hoc linek a on-line služeb v souvislosti s epidemií COVID–19, za účelem lepší připravenosti do budoucna. <https://bit.ly/3aBvIhh>

LEISURE ACTIVITIES OF SUPERAGERS

VOLNOČASOVÉ AKTIVITY SUPERAGERŮ

Radek Heissler¹, Hana Georgi², Miloslav Kopeček^{1,3}

¹ National Institute of Mental Health, Klecany, Czech Republic

² Prague College of Psychosocial Studies, Prague, Czech Republic,

³ 3rd Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

E-mail: radekheissler@gmail.com

Abstract: SuperAgers are individuals over the age of 80 who appear to be resistant to the normal decline in cognition at an older age. At present, there is no detailed knowledge about their routine activities, which could serve as one of the guidelines leading to the improvement or maintenance of good cognition even in old age. This paper aims to examine in more detail the social, physical, and cognitive activities of these individuals and their differences from other cognitively healthy persons over 80 years of age.

Methods: 103 cognitively healthy persons aged 80 and over, participants in the Cognitive Superaging study, were divided into two groups based on their performance in cognitive tests in 2018: the SuperAgers group (SA) and the group including individuals who do not meet the criteria for SuperAgers (non-SA). SA was defined according to the criteria of the Northwestern University SuperAging Program. All participants completed a questionnaire focused on time allocation, comparison with the past, and subjective difficulty of various social, physical and cognitive activities. Mann-Whitney and Fisher test, Spearman correlation, and ANCOVA (age and performance in MMSE as a covariate) were used to analyze the differences in demographic variables (age, gender, education) and activities between SA and non-SA groups, with a level of significance $p < 0,05$.

Results: In 2018, the SA criteria were met by 19 people. There were no significant differences in demographic variables between the SA and non-SA groups, except for age. Analysis of activities, their weekly time allocation, subjective difficulty, and decline over the last 6 years show that the SA group (adjusting for general cognition and age) is statistically significantly more devoted to cognitive activities (especially solving quizzes and similar brain exercises (not only crossword puzzles), using computers for purposes other than playing, and reading fiction), with the effect sizes of $\eta_p^2 = 0,05-0,11$, and in total to all activities ($p = 0,013$; $\eta_p^2 = 0,06$). Social and physical activities had both groups, in terms of time allocation and comparison with the past, at a similar level, but for the SA group, physical activities were statistically significantly less subjectively demanding ($\eta_p^2 = 0,09$). For the whole sample, the total time allocation to cognitive activities was statistically significantly correlated with the time devoted to physical and social activities ($p = 0,23-0,36$).

Our results suggest that significantly higher cognitive performance even in late old age is connected with maintenance of social and physical activities, and especially more frequent cognitive activities - mainly solving quizzes, but also reading fiction, computer use for non-gaming purposes, and solving crossword puzzles.

Keywords: superaging; cognition; activities

Abstrakt: SuperAgeři jsou jedinci ve věku nad 80 let, kteří se jeví být odolní vůči normálnímu poklesu kognice ve vyšším věku. V současné době neexistují bližší poznatky o jejich běžných aktivitách, jejichž rozlišení by mohlo posloužit jako jedno z vodítek vedoucích ke zlepšení či

udržení dobré kognice i ve vyšším věku. Cílem tohoto příspěvku je tak prozkoumat detailněji sociální, tělesné i kognitivní aktivity těchto jedinců a jejich potenciální odlišnost od ostatních kognitivně zdravých osob starších 80 a více let.

Metody: 103 kognitivně zdravých osob ve věku 80 a více let, účastníků studie Kognitivní superaging, bylo rozděleno do dvou skupin na základě jejich výkonů v testech kognice v roce 2018: skupina SuperAgerů (SA) a skupina obsahující osoby, které nesplnily kritéria pro SuperAger (non-SA). Definování SA probíhalo dle kritérií Northwestern University SuperAging Program. Všichni účastníci vyplnili dotazník zaměřený na časovou dotaci, pokles a subjektivní náročnost různých sociálních, tělesných a kognitivních aktivit. Mann-Whitneyův a Fisherův test, Spearmanova korelace a ANCOVA (věk a výkonem v MMSE jako kovariát) byly použity na analyzování rozdílů v demografických proměnných (věk, pohlaví, vzdělání) a aktivitách mezi skupinami SA a non-SA, s hladinou významnosti $p < 0,05$.

Výsledky: V roce 2018 byla kritéria SA splněna 19 osobami. Mezi skupinami SA a non-SA nebyly významné rozdíly v demografických proměnných, pouze ve věku. Analýza aktivit, jejich týdenní časové dotaci, subjektivní náročnosti a poklesu za posledních 6 let ukázala, že se skupina SA (při zohlednění obecné kognice a věku) statisticky významně více věnuje kognitivním aktivitám (zejm. řešení kvízů a podobných cvičení mozku (nejen křížovky), využívání počítačů pro jiné účely než hraní, a čtení beletrie), s velikostí účinku $\eta_p^2 = 0,05-0,11$), a i v souhrnu všem aktivitám ($p = 0,013$; $\eta_p^2 = 0,06$). Sociální i tělesné aktivity měly obě skupiny, co se týče časové dotace a porovnání oproti minulosti, na podobné úrovni, ovšem pro skupinu SA byly tělesné aktivity statisticky významně méně subjektivně náročné ($\eta_p^2 = 0,09$). U obou skupin celková časová dotace kognitivních aktivit statisticky významně korelovala s časem věnovaným tělesným i sociálním aktivitám ($p = 0,23-0,36$).

Naše výsledky naznačují, že součástí významně vyšší kognitivní výkonnosti i v pozdním stáří je mimo udržování sociálních i tělesných aktivit zejména častější věnování se kognitivním aktivitám, a to konkrétně především řešení kvízů, ale také čtení beletrie, využívání počítače ke komunikaci a vyhledávání informací, a luštění křížovek.

Klíčová slova: superaging; kognice; aktivity

Grantová podpora/Funding: GAČR 18-06199S "Cognitive SuperAging"

Recently, we witness an increased interest in so-called SuperAgers and their various properties and specifics in gero-neuroscience. SuperAgers are aged 80 or above with exceptionally high verbal memory performance as good as 50- to 65-year old, and also normal age-appropriate non-memory performance (Harrison et al., 2012). The definition of SA is only one of many used to describe older- and oldest-old individuals who seem to avoid normal age-related cognitive decline. The definitions are usually based on age and extraordinary cognitive performance (e.g. in memory, executive, and

verbal functions) (c.f. Dang et al., 2018; Harrison et al., 2012; Chong et al., 2018; Saint Martin et al., 2017; Shi et al., 2016).

In the last decade, the researchers studied e.g., their proportions in the population (Červenková et al., 2020; Saint Martin et al., 2017), brain specifics and resilience, reporting also results of neuroimaging measurements (de Godoy et al., 2020; Harrison et al., 2018; Kopeček et al., 2020; Zhang et al., 2020), well-being (Cook Mather et al., 2017) or cognitive performance over time (Dang et al., 2018; Gefen et al., 2014).

However, there is still a lack of knowledge about the lifestyle of SuperAgers or details of their routine activities. Activities may belong to the factors influencing their cognitive performance. From the previous studies, we know that SuperAgers show greater levels of positive relations with others (Cook et al., 2015), and have in general high levels of social and intellectual activities (Saint Martin et al., 2017).

Therefore, this study aims to examine in more detail the social, physical, and cognitive activities of these individuals and their potential differences from other cognitively healthy individuals over 80 years of age and older.

METHODS

Sample and measures

We examined 103 cognitively healthy persons aged 80 years or older, participants of the Cognitive SuperAging study. The mean age of the total sample was $86,52 \pm 5$ (range 80–101 years), there were 63 women (61 %), and the mean years of education was $13,35 \pm 3,92$.

Participants were divided based on their performance in cognitive tests in 2018 into two groups: the SuperAgers group (SA), and the non-SuperAger group (non-SA).

Definition of the SA was based on one of the most frequently used operationalized definition of the SA according to the Northwestern University SuperAging Program (Harrison et al., 2012): adults 80 years old or above, whose performance in the delayed recall of the Philadelphia Verbal Learning Test (PVLT; Bezdicek et al., 2014) was at or above the average normative values for individuals aged 60 to 65 (≥ 9 recalled words). Furthermore, their performance on non-memory tasks such as the 30-item Boston Naming Test (BNT-30; Nikolai et al., 2018), Trail-Making Test Part B (TMT - Part B; Bezdicek et al., 2012), and Category Fluency (Animals; Nikolai et al.,

2015) was required to be within or above one standard deviation of the average range for 80-year-olds according to the published age- and demographically adjusted norms.

Moreover, all participants completed the Mini-Mental State Examination (MMSE, Štěpánková et al., 2015) for general cognition screening. To examine the routine activities of the participants, a questionnaire according to the protocol of the COBRA study (Cognition, brain and aging; Nevalainen et al., 2015) has been used, measuring time allocation (0–15+ hours per week), decrease in comparison with the past (scores 0–2, now less frequently – the same – now more), and subjective difficulty (scores 0–5, from “Not at all” to “Extremely”) of various social, physical and cognitive activities during their typical summer week.

DATA ANALYSIS

Mann-Whitney U test (effect size given by rank biserial correlation r_{rb}), Fisher’s exact test, Spearman correlations, and ANCOVA (age and MMSE scores as covariates; effect size given by partial Eta squared η_p^2 , with values $< .09$ as small, and above $.25$ as large effect sizes) were used to analyze differences in demographics (age, gender, education) and activities between SA and non-SA groups, with a significance level α of .05.

RESULTS

The SA group comprised of 19 individuals, with mean age $84,68 \pm 5,06$ (range 80–98); 15 women, mean years of education = $13,11 \pm 3,07$, and mean MMSE = $28,16 \pm 1,54$.

The non-SA group consisted of 84 individuals, with mean age $86,94 \pm 4,92$ (range 80–101); 48 women, mean years of education = $13,4 \pm 4,1$; and mean MMSE = $26,63 \pm 2$.

In demographics, there were statistically significant differences between SA and non-SA only in age ($p = 0,04$; $r_{rb} = 0,3$).

We analysed social, physical, and cognitive activities separately and in total. Specifically, their time allocations per week, subjective difficulty, and decrease in the last 6 years (adjusted for MMSE and age). Results show that the SA group devoted statistically significantly more time to all activities in total (Median of the SA = 82, of the non-SA = 63; $p = 0,013$; $\eta_p^2 = 0,06$), and engaged more in cognitive activities (Median of the SA = 39, of the non-SA = 24; $p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,11$).

Detailed differences between groups in cognitive activities were in solving riddles and similar brain exercises/brain puzzles (including crosswords), using a PC for other purposes than games, and reading fiction (all $p < 0,05$, with small to medium effect sizes $\eta_p^2 = 0,05$ – $0,11$). It has to be noted that after using e.g., Bonferroni correction due to multiple comparisons ($p = 0,05/18 = 0,0028$), the only significant difference was in time allocation to solving riddles and similar brain exercises/mind puzzles ($p < 0,001$). Differences between groups in all cognitive activities are shown in Table 1.

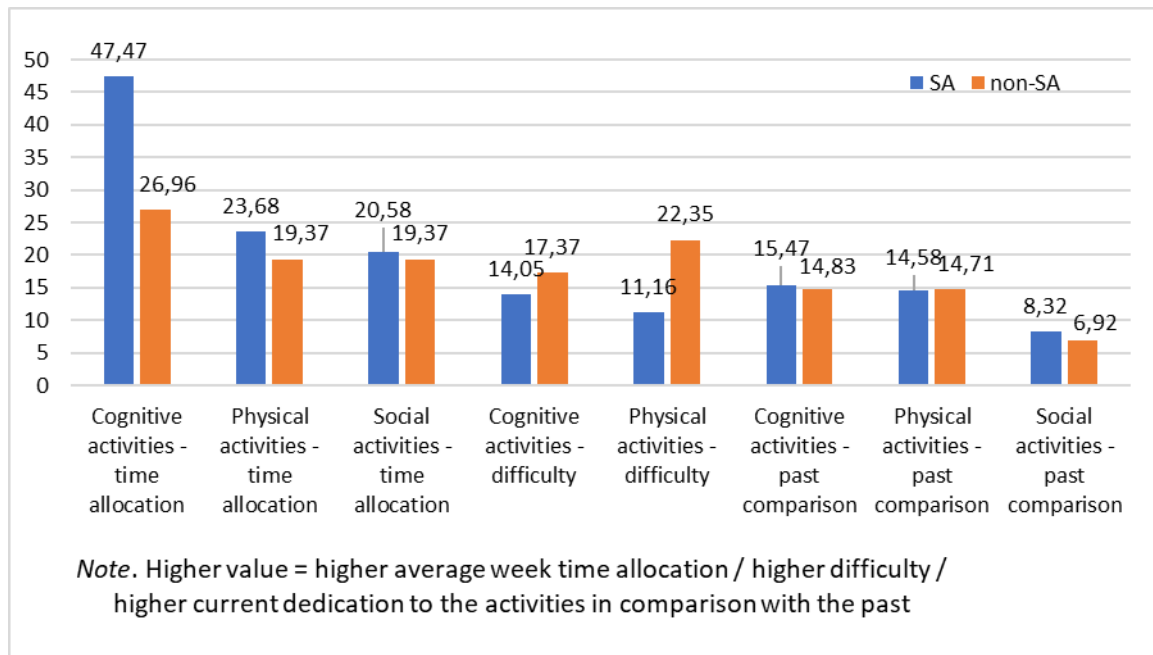
Table 1. ANCOVA comparison of weekly time allocations in every cognitive activity of the SA and non-SA

Activity name	non-SA M $\pm$ SD	SA M $\pm$ SD	F	p	η_p^2
Driving a car	0,5 $\pm$ 1,4	0,6 $\pm$ 1,2	0,4	0,53	0,004
Playing computer games	0,2 $\pm$ 1,2	1,1 $\pm$ 3,4	2,87	0,09	0,03
Using a computer (for other purposes than games)	1,9 $\pm$ 4,2	5,6 $\pm$ 5,8	4,96	0,03*	0,05
Cooking	6,7 $\pm$ 5,5	9,5 $\pm$ 4,4	3,45	0,07	0,03
Reading books - facts	2,5 $\pm$ 4,5	3,6 $\pm$ 4,6	0,04	0,85	<0,001
Reading books - fiction	2,3 $\pm$ 4,1	5,3 $\pm$ 5,4	5,48	0,02*	0,05
Reading newspapers	4,1 $\pm$ 4	3,8 $\pm$ 4,5	0,28	0,6	0,003
Going to lectures	0,05 $\pm$ 0,3	0,4 $\pm$ 1,2	2,98	0,09	0,03
Studying a subject at home	0,9 $\pm$ 2,2	1,3 $\pm$ 1,8	0,02	0,89	<0,001
Playing cards	0,9 $\pm$ 2,3	0,7 $\pm$ 1,4	<0,001	0,98	<0,001
Playing board games	0,2 $\pm$ 0,6	0,1 $\pm$ 0,2	<0,001	0,99	<0,001
Playing a musical instrument	0,4 $\pm$ 1,8	0,4 $\pm$ 1,6	0,05	0,82	<0,001
Solo or choral singing	0,7 $\pm$ 1,9	0,3 $\pm$ 0,8	0,33	0,57	0,003
Going to museums or art exhibitions	0,2 $\pm$ 0,7	0,5 $\pm$ 0,8	0,71	0,4	0,007
Solving cross words	3,1 $\pm$ 4,2	6,7 $\pm$ 5,5	7,24	0,008*	0,07
Solving riddles and mind puzzles (e.g., Sudoku)	1 $\pm$ 2,9	4,2 $\pm$ 4,5	11,79	<0,001*[†]	0,11
Writing texts	0,9 $\pm$ 2,4	2,3 $\pm$ 3	2,08	0,15	0,02
Calculating	0,6 $\pm$ 1,5	1,3 $\pm$ 3,4	1,08	0,3	0,01

Note: Significant differences in bold; * $p < 0,05$; [†] significant after Bonferroni correction ($p = 0,05/18 = 0,0028$)

Analyses of differences in time allocations and comparisons with the past of the social and physical activities (e.g., gardening, walking, cleaning, collecting mushrooms, meeting and talking with friends and relatives, going to restaurants or social gatherings) showed that there were no significant differences between groups (all $p > 0,05$).

However, for the SA group, the physical activities were significantly less subjectively difficult ($p = 0,003$; $\eta_p^2 = 0,09$). Average time allocations per week, subjective difficulties, and comparisons with the past of both groups are shown in Graph 1.



Graph 1. Comparison of the average weekly time allocations to activities, subjective difficulties and comparisons with the past of the SA and non-SA groups

Correlations (for the whole sample) of time allocations in activities show that the time allocation in cognitive activities had significant correlations with time allocation to both physical and social activities ($\rho = 0,23-0,36$; both $p < 0,05$).

DISCUSSION

In this study, we have aimed to fill the knowledge gap concerning the routine activities of the SuperAgers. In the previous relevant studies, primarily the effect of social activities has been studied and found, as the SuperAgers showed greater levels of positive social relationships which could differentiate them from cognitively average elderly adults but didn't differ in other

well-being scales. The authors believe that this psychological feature could have a biological relationship to the greater thickness of the anterior cingulate gyrus and higher density of von Economo neurons previously reported in SuperAgers (Cook et al., 2015; Cook Maher et al., 2017) that are suggested to play a crucial role in social information processing and are involved in empathy, social awareness, and self-control (Allman et al., 2011; Apps et al., 2016).

Similarly, the study of Saint Martin et al. (2017) showing the higher levels of social and intellectual activity of the SA, also suggested that the dynamic cognitive-reserve hypothesis contributes to the

changes of cognition in old age, in which cognitive stability during aging depends more on maintaining lifestyle activities and social interactions throughout life than on e.g., levels of education.

Our results support these suggestions only partially. By detailed analyses of their time allocation per week, subjective difficulty, and comparison of dedication with the past, in social, cognitive, and physical activities, we have found no differences between the SA and non-SA groups in the time allocation to social activities and their current versus past allocation (all $p > 0,05$).

The groups differed in subjective difficulty of physical activities. For the SA, they were significantly less subjectively difficult but only with small effect size ($p = 0,003$; $\eta_p^2 = 0,09$). It was previously noted that certain level of life impeding factors (e.g. some pains, sleep disturbances, mental health issues, economic concerns, etc.) was common among cognitively normal older adults, but they did not have significant effect on cognitive performance (Georgi et al., 2018).

However, groups also differed in time allocation to activities in total ($p = 0,013$; with a small effect size $\eta_p^2 = 0,06$), and time allocation to both social and physical activities showed medium correlations with cognitive activities ($p = 0,23$ – $0,36$; both $p < 0,05$). These findings suggest that all three types of activities are an important part of life in older age and none of them should be omitted in the daily or weekly routine. This is in line with other studies emphasizing the importance of physical and social activities to promote healthy aging (e.g., Daskalopoulou et al., 2017; Georgi & Frydrychová, 2020; Teater & Chonody, 2020) and prevent dementia (Livingston et al., 2020).

Nonetheless, in our study, the main differences between groups were in routine cognitive activities. Our results

showed that the SuperAgers dedicated more hours per week to various cognitive activities than non-SA, with a medium effect size ($\eta_p^2 = 0,11$). The detailed analyses specified those results, identifying differences in solving riddles and similar brain exercises or mind puzzles (including crosswords), using a PC for other purposes than games, and reading fiction (with low to medium effect sizes $\eta_p^2 = 0,05$ – $0,11$). However, after Bonferroni correction, only brain exercises and mind puzzles were significant, with medium effect size ($\eta_p^2 = 0,11$). Our results are therefore in concordance with our previous study showing that computer use, reading books, and doing crosswords had the greatest relation to better cognitive performance in young old adults, especially in verbal and visuographomotor cognitive domain (Frydrychová et al., 2018).

The effect of brain exercises and mind puzzles shouldn't be much surprising, as various brain exercises are common among cognitive training tasks aiming to improve cognition in older age, and people frequently engaging in those puzzles show better cognitive functions (Brooker et al., 2019). Albeit, it is worth mentioning that the field of cognitive training seems to be in a crisis in recent years and there are various debates due to some insufficient or unconvincing results (e.g., Butler et al., 2018; Sala & Gobet, 2019; Smid et al., 2020) (*A Consensus on the Brain Training Industry from the Scientific Community*, 2014; *Cognitive Training Data Response Letter*, 2014). The effect of reading fiction, found in our study, related to verbal functions, has also been found in the past, as this activity was related to increased connectivity in the brain (Berns et al., 2013).

The greater use of computers (for non-gaming purposes e.g. communication, searching for information etc.) was also found to be associated with higher levels of cognitive performance across adult-

hood, especially with executive functions, and older adults using digital devices daily had higher cognitive performance than non-daily users (Tun & Lachman, 2010; Wu et al., 2019). One of the explanations might be that in the past, PC was mainly affordable to economically more comfortable and more educated persons, and with time and decreasing prices, even people with lower income and education could buy a computer. We hypothesize that it can be expected that as current generations have stronger computer skills, owning and using a computer and the internet have become common activities of everyday life, and therefore the observed PC-usage-related distinction between SA and non-SA will disappear. On the other hand, if computer usage in fact increases cognitive performance, with more people using computer cognitive performance will improve on a general level. On the other hand, those without access or unable to use digital devices might fall behind and be disadvantaged as they may miss out on important communications, social connections, and some services (Wu et al., 2019).

Our study has several limitations. Our samples were not equal in size, as the SA group had much fewer members as we did not recruit cognitively elite persons specifically. Our study is based on a general healthy population, where the presence of the SA phenotype varies (~10–30 %; Červenková et al., 2020; Harrison et al., 2018; Saint Martin et al., 2017). A much larger sample would be required to gather a greater number of the SA to improve the generalizability of the results, which was beyond our economic and time scope. Future studies should be aware of this possible hindrance. A larger sample would also

affect the effect sizes, and it would be more clear which activities and what amount of time allocation distinguishes the SA group from the others, as we found only small to medium effect sizes. Furthermore, in our study, we were not able to include neuroimaging assessment due to economic reasons, which could provide more insight into the SA brain functioning. Besides, a longitudinal (ideally starting prior to becoming the SuperAger) observation of routine activities of the SuperAgers would provide more insight into the debate about the interplay of cognitive reserve, maintenance, and lifestyle. However, the advantage of our study is that as we compared fairly similar samples regarding cognition (both groups were cognitively healthy, without suspected dementia) and followed the well-established criteria of the SA definition. Our study provides a detailed insight into weekly activities which was not done before.

Conclusion

Despite our findings, it remains a matter of ongoing debate whether higher cognitive functions do or do not contribute to greater participation and time allocation to social, cognitive, and physical activities Saint Martin et al. (2017). The relationship between activities and cognition is still unclear, as it is debatable whether participating in activities causes improved cognition, or whether high cognition and sustained functioning enables older people to be active. It is probably, in fact, as also suggested recently by Alvares Pereira et al. (2021), the interplay of individual cognitive reserve (often measured e.g., by levels of education), maintenance, and engaged lifestyle that improves and maintains cognitive abilities.

REFERENCES

- A Consensus on the Brain Training Industry from the Scientific Community*. (2014).
<http://longevity3.stanford.edu/blog/2014/10/15/the-consensus-on-the-brain-training-industry-from-the-scientific-community/>
- Allman, J. M., Tetreault, N. A., Hakeem, A. Y., Manaye, K. F., Semendeferi, K., Erwin, J. M., Park, S., Goubert, V., & Hof, P. R. (2011). The von Economo neurons in the frontoinsular and anterior cingulate cortex: Allman et al. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1225(1), 59–71. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06011.x>
- Alvares Pereira, G., Silva Nunes, M. V., Alzola, P., & Contador, I. (2021). Cognitive reserve and brain maintenance in aging and dementia: An integrative review. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1872079>
- Apps, M. A. J., Rushworth, M. F. S., & Chang, S. W. C. (2016). The anterior cingulate gyrus and social cognition: Tracking the motivation of others. *Neuron*, 90(4), 692–707.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.04.018>
- Berns, G. S., Blaine, K., Prietula, M. J., & Pye, B. E. (2013). Short- and long-term effects of a novel on connectivity in the brain. *Brain Connectivity*, 3(6), 590–600.
<https://doi.org/10.1089/brain.2013.0166>
- Bezdicek, O., Motak, L., Axelrod, B. N., Preiss, M., Nikolai, T., Vyhnaek, M., ... Ruzicka, E. (2012). Czech version of the Trail Making Test: Normative data and clinical utility. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27(8), 906–914.
<https://doi.org/10.1093/arclin/acs084>
- Bezdicek, O., Libon, D. J., Stepankova, H., Panenkova, E., Lukavsky, J., Garrett, K. D., ... Kopecek, M. (2014). Development, validity and normative data study for the 12-Word Philadelphia Verbal Learning Test [czP(r)VLT-12] among older and very old Czech adults. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(7), 1162–1181.
<https://doi.org/10.1080/13854046.2014.952666>
- Brooker, H., Wesnes, K. A., Ballard, C., Hampshire, A., Aarsland, D., Khan, Z., Stenton, R., Megalogeni, M., & Corbett, A. (2019). The relationship between the frequency of number-puzzle use and baseline cognitive function in a large online sample of adults aged 50 and over. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(7), 932–940.
<https://doi.org/10.1002/gps.5085>
- Butler, M., McCreedy, E., Nelson, V. A., Desai, P., Ratner, E., Fink, H. A., Hemmy, L. S., McCarten, J. R., Barclay, T. R., Brasure, M., Davila, H., & Kane, R. L. (2018). Does cognitive training prevent cognitive decline? A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 168(1), 63–68. <https://doi.org/10.7326/M17-1531>
- Cognitive Training Data Response Letter*. (2014). Cognitive Training Data.
<https://www.cognitivetrainingdata.org/the-controversy-does-brain-training-work/response-letter/>
- Cook, A. H., Kielb, S., Loyer, E., Weintraub, S., Mesulam, M.-M., McAdams, D., Logan, R., & Rogalski, E. (2015). Psychological well-being in cognitive SuperAgers and non-demented elderly. *The Gerontologist*, 55(Suppl 2), 113–113.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnv505.03>. Available from
https://academic.oup.com/gerontologist/article/55/Suppl_2/113/2490911?login=true
- Cook Maher, A., Kielb, S., Loyer, E., Connelley, M., Rademaker, A., Mesulam, M.-M., Weintraub, S., McAdams, D., Logan, R., & Rogalski, E. (2017). Psychological well-being in elderly adults with extraordinary episodic memory. *PLOS ONE*, 12(10), e0186413.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186413>

- Červenková, M., Heissler, R., & Kopeček, M. (2020). Stability of memory SuperAgers over 3 years. *PsyCh Journal*, 9, 147–149. <https://doi.org/10.1002/pchj.313>
- Dang, C., Harrington, K. D., Lim, Y. Y., Ames, D., Hassenstab, J., Laws, S. M., Yassi, N., Hickey, M., Rainey-Smith, S. R., Robertson, J., Rowe, C. C., Sohrabi, H. R., Salvado, O., Weinborn, M., Villemagne, V. L., Masters, C. L., Maruff, P., & AIBL Research Group. (2019). Superior memory reduces 8-year risk of mild cognitive impairment and dementia but not amyloid β -associated cognitive decline in older adults. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 34(5), 585–598. <https://doi.org/10.1093/arclin/acy078>
- Daskalopoulou, C., Stubbs, B., Kralj, C., Koukounari, A., Prince, M., & Prina, A. M. (2017). Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 38, 6–17. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.06.003>
- de Godoy, L. L., Alves, C. A. P. F., Saavedra, J. S. M., Studart-Neto, A., Nitrini, R., da Costa Leite, C., & Bisdas, S. (2020). Understanding brain resilience in superagers: A systematic review. *Neuroradiology*. <https://doi.org/10.1007/s00234-020-02562-1>
- Frydrychová Z., Lukavský J., & Georgi H. (2018). Relationship between education, leisure activities and cognitive performance in persons in old-age pension. In H. Georgi & R. Šlamberová (Eds.), *Ageing 2018: Proceedings of the 4th Gerontological Interdisciplinary Conference* (p. 44–55). Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. https://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2018_sbornik.pdf
- Gefen, T., Shaw, E., Whitney, K., Mardersteck, A., Stratton, J., Rademaker, A., Weintraub, S., Mesulam, M.-M., & Rogalski, E. (2014). Longitudinal neuropsychological performance of cognitive SuperAgers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(8), 1598–1600. <https://doi.org/10.1111/jgs.12967>
- Georgi, H., Frydrychová, Z., & Vlčková, K., (2018). Personal impediments and cognition in older age. In H. Georgi & R. Šlamberová (Eds.), *Ageing 2018: Proceedings of the 4th Gerontological Interdisciplinary Conference* (pp. 56–67). Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. https://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2018_sbornik.pdf
- Georgi, H. & Frydrychová, Z. (2020). SuperAging – společnost a lidé: úvod do problematiky. *E-psychologie*, 14(1), 55-69. <https://doi.org/10.29364/epsy.366>
- Harrison, T. M., Maass, A., Baker, S. L., & Jagust, W. J. (2018). Brain morphology, cognition, and β -amyloid in older adults with superior memory performance. *Neurobiology of Aging*, 67, 162–170. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2018.03.024>
- Harrison, T. M., Weintraub, S., Mesulam, M.-M., & Rogalski, E. (2012). Superior memory and higher cortical volumes in unusually successful cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(6), 1081–1085. <https://doi.org/10.1017/S1355617712000847>
- Chong, M. S., Tan, C. N., Yew, S., Lim, J. P., Lim, W. S., & Lieu, P. K. (2018). Successful ageing in nonagenarians: Bio-psychosocial factors determining successful ageing in long-lived older adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(1), 90–92. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.10.015>
- Kopeček, M., Frydrychová, Z., Heissler, R., & Georgi, H. (2020). Cognitive superagers. *Psychiatrie pro praxi*, 21(1), 13–15. <https://doi.org/10.36290/psy.2020.002>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet

- Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Nevalainen, N., Riklund, K., Andersson, M., Axelsson, J., Ögren, M., Lövdén, M., Lindenberg, U., Bäckman, L., & Nyberg, L. (2015). COBRA: A prospective multimodal imaging study of dopamine, brain structure and function, and cognition. *Brain Research*, 1612, 83–103. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2014.09.010>
- Nikolai, T., Stepankova, H., Kopecek, M., Sulc, Z., Vyhnaek, M., & Bezdicek, O. (2018). The Uniform Data Set, Czech version: Normative data in older adults from an international perspective. *Journal of Alzheimer's Disease*, 61(3), 1233–1240. <https://doi.org/10.3233/JAD-170595>
- Nikolai, T., Štěpánková, H., Michalec, J., Bezdiček, O., Horáková, K., Marková, H., Růžicka, E., & Kopeček, M. (2015). Tests of verbal fluency: Czech normative study in older patients. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 78/111(3), 292–299. <https://doi.org/10.14735/amcsnn2015292>
- Saint Martin, M., Sforza, E., Barthélémy, J. C., Roche, F., Lefèvre, P., Liénard, G., & Thomas-Anterion, C. (2017). Long-lasting active lifestyle and successful cognitive aging in a healthy elderly population: The PROOF cohort. *Revue Neurologique*, 173(10), 637–644. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2017.05.009>
- Sala, G., & Gobet, F. (2019). Cognitive Training Does Not Enhance General Cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 23(1), 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2018.10.004>
- Shi, W. H., Zhang, H. Y., Zhang, J., Lyu, Y. B., Brasher, M. S., Yin, Z. X., Luo, J. S., Hu, D. S., Fen, L., & Shi, X. M. (2016). The status and associated factors of successful aging among older adults residing in longevity areas in China. *Biomedical and Environmental Sciences: BES*, 29(5), 347–355. <https://doi.org/10.3967/bes2016.045>
- Smid, C. R., Karbach, J., & Steinbeis, N. (2020). Toward a Science of Effective Cognitive Training. *Current Directions in Psychological Science*, 29(6), 531–537. <https://doi.org/10.1177/0963721420951599>
- Štěpánková, H., Nikolai, T., Lukavský, J., Bezdiček, O., Vraiová, M., & Kopeček, M. (2015). Mini-Mental State Examination – česká normativní studie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 78/111(1), 57–63.
- Teater, B., & Chonody, J. M. (2020). What attributes of successful aging are important to older adults? The development of a multidimensional definition of successful aging. *Social Work in Health Care*, 59(3), 161–179. <https://doi.org/10.1080/00981389.2020.1731049>
- Tun, P. A., & Lachman, M. E. (2010). The association between computer use and cognition across adulthood: Use it so you won't lose it? *Psychology and Aging*, 25(3), 560–568. <https://doi.org/10.1037/a0019543>
- Wu, Y.-H., Lewis, M., & Rigaud, A.-S. (2019). Cognitive function and digital device use in older adults attending a memory clinic. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 5, 233372141984488. <https://doi.org/10.1177/2333721419844886>
- Zhang, J., Andreano, J. M., Dickerson, B. C., Touroutoglou, A., & Barrett, L. F. (2020). Stronger functional connectivity in the default mode and salience networks is associated with youthful memory in superaging. *Cerebral Cortex*, 30(1), 72–84. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhz071>

ZDAŘILÁ TRANSFORMACE VE STŘEDNÍM VĚKU OTEVÍRÁ MOŽNOSTI ZDAŘILÉHO STÁRNUTÍ

SUCCESSFUL TRANSFORMATION IN MIDLIFE OPENS POSSIBILITIES OF SUCCESSFUL AGING

Vladimír Chrz¹, Iva Poláčková Šolcová¹, Eva Dubovská¹, Zdeňka Bajgarová²

¹ Psychologický ústav, Akademie věd ČR

² Katedra psychologie, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita

Email: eva.dubovska@centrum.cz

Abstrakt: Příspěvek se zaměřuje na problematiku středního věku a na transformaci, jejímž prostřednictvím vstupujeme do druhé poloviny života. Je součástí výzkumného projektu, kde jedním ze zkoumaných témat je zjišťování podmínek, zdrojů a faktorů úspěšné transformace. Je charakterizována problematika středního věku a je pojednáno o sedmi klíčových přístupech (psychoanalýza, hlubinná psychologie, existenciální psychologie, transpersonální psychologie, narativní psychologie, sociální konstruktivismus a pozitivní psychologie) s akcentem na podmínky zdařilé transformace. Tato transformace a její vztah k procesu stárnutí jsou ilustrovány pomocí analýzy hloubkového rozhovoru se ženou v časně fázi středního věku.

Z hlediska narativní psychologie jsou identifikovány znaky zdařilé transformace, jimiž jsou: 1) rozlišování na rovině aktérství, 2) konstruktivní ztvárnění negativních událostí a zkušeností, 3) narativní reflexe a autorský postoj, 4) vědomí života jako úkolu s ohledem na jeho konečnost. Tyto znaky úspěšné transformace jsou vztaženy k procesu stárnutí.

Klíčová slova: střední věk; stárnutí; zdařilá transformace; narativní psychologie

Abstract: The paper focuses on the issue of middle age and the transformation through which we enter the second half of life. It is part of a research project where one of the research topics is to identify the conditions, resources and factors of successful transformation. It characterizes the issue of middle age and discusses seven key approaches (psychoanalysis, deep psychology, existential psychology, transpersonal psychology, narrative psychology, social constructivism and positive psychology) with an emphasis on the conditions of successful transformation. This transformation and its relationship to the aging process are illustrated by analyzing an in-depth conversation with a woman in the early middle age. From the point of view of narrative psychology, the features of successful transformation are identified, which are: 1) differentiation at the level of agency, 2) constructive enactment of negative events and experiences, 3) narrative reflection and attitude of author, 4) awareness of life as a task with regard to its finiteness. These features of a successful transformation are related to the aging process.

Keywords: midlife; aging; successful transformation; narrative psychology

Grantová podpora/Funding: Tento text vznikl díky podpoře z projektu GA ČR 20-08583S „Krise, prožívání a růst ve středním věku“ a je součástí Strategie AV 21.

1. ZDAŘILÁ TRANSFORMACE VE STŘEDNÍM VĚKU

Střední věk představuje období důležité transformace, pomocí které vstupujeme do druhé poloviny života. O potížích této transformace se často mluví jako o krizi středního věku. Příspěvek je součástí projektu, jehož podstatnou otázkou je zjistit, kdy a jak dochází ke zdařilé transformaci, kterou lze označit jako „růstovou“, a kdy dochází k různým potížím typu obran či popírání transformačního procesu. Ptáme se tedy: V čem tato transformace spočívá? Jaká jsou kritéria či znaky toho, že jí lze považovat za zdařilou?

K oběma otázkám lze přistupovat různě. Zde krátce uplatníme dva různé (zároveň se do jisté míry překrývající) způsoby: 1) Chápání středního věku a jeho transformace z hlediska stěžejní problematiky, tj. hlavních témat, motivů, výzev, úkolů, cílů, ale také potenciálních konfliktů a krizových jevů. 2) Chápání středního věku z hlediska určitých klíčových konceptů a teoretických přístupů umožňujících porozumět problematice probíhající transformace, včetně kritérií její zdařilosti. Pro přiblížení problematiky je užitečné postupovat od prvního způsobu ke druhému.

1.1. Problematika středního věku

Střední věk (jinak také období střední dospělosti: 35 – 50 let) zahrnuje řadu viditelných i méně viditelných změn v různých oblastech: sociální, biologické i psychické. Je obdobím plným zvratů a proměn v sociálních (rodič, prarodič) i profesních rolích (podřízený, šéf, pracující důchodce), obdobím utváření i opouštění, budování i rozkladu, mistrovství i předávání žezel mladším a lepším, zisků i ztrát, vrcholů i propadů, ať už se jedná o duševní síly, zdraví, osobní svobodu, spontaneitu, vliv na druhé a společnost, výkonnost, kompetence atd. Je etapou viditelných biologic-

kých změn (vrásky, šediny, plešatost, svalová ochablost) ale i méně nápadných posunů v rovině psychické, které spočívají především ve změnách perspektivy nahlížení života, jeho cíle, významu či smyslu.

Toto období bývá chápáno jako fáze přerodu, zlomu, bod obratu, s čímž souvisí i změny v prožívání, chování, náhledu či životních perspektivách (Brooks-Gunn & Kirsh 1984). Ve středním věku člověk poprvé vidí celek celého svého života, stojí na virtuálním vrcholu, ze kterého může shlédnout a dohlédnout na konec vlastní životní cesty, tj. poprvé může vidět až za horizont. Neurgartenová (1968) se domnívá, že dospělí lidé mají smysl pro čas a vědomí toho, že doba trvání jejich života je omezená. Ve středním věku se lidé přesouvají do druhé poloviny životního běhu, což znamená změnu percepce, hodnot a cílů. Tato fáze je kritickou třetí čtvrtinou, ve které někdy bez zjevné „příčiny“ dochází k nárůstu nudy, uvědomění si vysoké finanční zátěže, zodpovědnosti, pracovní stability až rutiny a šedi, vztahové i kariérní frustrace, pocitů monotónnosti, podrážděnosti, nervozity, marnosti a celkové otravnosti, a naopak snížení ukázněnosti či morálky.

Střední věk ale zároveň poskytuje relativně dost času na to svůj život změnit, vzít jej jinou cestou, začít žít jinak, s někým jiným, v jiné práci či na jiném místě. Může se sebou přinášet čas na naplnění vlastních snů, představ a potřeb, ať už v rovině osobní, sociální či profesní. Člověk zde ještě může dosáhnout svých cílů a naplnit své sny, anebo také může s ohledem na vlastní ambice a představy o životě definitivně a nenávratně selhat. Střední věk může být vnímán jako „poslední šance“, zásadní období a „deadline“ (Wrosch & Heckhausen, 1999) stát se tím, kým se člověk stát může. To, o co ve středním věku běží, je především zhodnocování a bilancování života, jakýsi audit dosavadního života v perspektivě let budoucích, snaha zrevi-

dovat svůj dosavadní život a porozumět mu, a tím i nastavit a ztvárnit budoucnost, na které se dospělý bude, v souladu s touto revizí, angažovat (McAdams, 1993). Člověk středního věku disponuje zdroji a kompetencemi, které v žádném jiném období nemá dostupnější a lépe zvládnuté. Je tedy zároveň naložen obřím množstvím břemen, ale i kompetencí k zvládnání nepřízně, protivenství a těžkostí.

1.2. Střední věk z hlediska klíčových psychologických přístupů

Přestože v této studii je zkoumaná problematika – prostřednictvím analýzy jednoho případu – uchopena především z hlediska narativní psychologie, je užitečné zde krátce ukázat širší spektrum psychologických přístupů.

a) Psychoanalýza:

Jako odborný termín bylo téma středního věku a jeho krize uvedeno právě psychoanalyticky orientovaným autorem E. Jacquesem (1965). Tento autor chápe střední věk jako depresivní fázi reagující na životní situace, kdy je člověk konfrontován se smrtelností a je nucen začít novým způsobem bilancovat. Z perspektivy psychoanalýzy (Monterro et al. 2013) je podstatou středního věku narcistické zranění aktivované vnímáním stárnutí těla. Toto může spouštět celé spektrum reakcí od zralého zpracování až po defensivní procesy, jako je popření. Lze zde vidět tři možné reakce: 1) poctivé „truchlení“ ve vztahu ke ztrátám, 2) stagnace (nic se nemění), 3) rebelský pokus vrátit ztracené mládí. Zdařilá transformace spočívá v přijetí ztrát a limitů, včetně konečnosti života, což spouští konstruktivní dialog s minulostí, a také s tím, co stojí před námi a zbývá být žito (Monterro et al., 2013).

b) Analytická psychologie:

Pojetí C. G. Junga (1994, 1998) vychází z rozdílu mezi psychologií první a druhé půle života. Psychologie první půle života

je založena na motivech, hodnotách a cílech směřujících k vybudování silného a sociálně přizpůsobeného ego. Takové ego je třeba vybudovat, ale pokud by člověk v tomto způsobu pokračoval i ve druhé půli života, bylo by to na úkor celku osobnosti.

Střední věk je podle Junga obdobím, ve kterém se novým způsobem začne hlásit o slovo celek duševního života, což je nazváno individuací. V tomto procesu člověk jedinečným, tj. sobě vlastním způsobem integruje universální struktury kolektivního nevědomí, které Jung nazval archetypy. V návaznosti na Junga další autoři (Sharp, 1988; Stein, 2014) podrobně popsali transformaci středního věku jako proces, ve kterém dochází v konfrontaci s nevědomím k revizi celkového životního směřování. Zdařilá transformace je podle analytické psychologie taková, která dokáže integrovat to, co bylo do té doby vybudováno (ego a persona) s motivy, hodnotami a cíli směřujícími k duševní celosti.

c) Existenciální psychologie:

Zde je krize středního věku chápána jako „existenciální krize“ (což je pojem širší, než je krize středního věku). Toto pojetí vychází z rozdílu mezi autentickým a neautentickým modelem existence (Heidegger, 2001). V transformaci této krize člověk opouští konformní a fatalistické způsoby existování a jde vstříc otevřeným možnostem existence, včetně nejzazší možnosti, již je lidská smrtelnost (Yalom, 2006). Člověk zde zažívá existenciální úzkost (propastná širší možnosti), případně také existenciální vinu (neuskutečnění podstatných možností), a také prázdno existence mezi tím, co je opouštěno, a tím, co by mohlo či mělo být, ale ještě není (Strenger & Ruttenberg, 2008). Zdařilá transformace středního věku je v tomto pojetí taková, která člověka uvolní z externího vymezení vlastní identity (manžel, syn, farník, zaměstnanec

atd.), aniž by toto vymezení zcela zrušila, a otevírá ho širším možnostem existence a autentičtější podobám smyslu a odpovědnosti.

d) Transpersonální psychologie:

M. Washburn (1995, 2003) ve svých pracích zformuloval transpersonální pojetí psycho-spirituálního vývoje, ve kterém klíčovou roli hraje právě střední věk. Washburn chápe vývoj jako proces vzájemné interakce dvou složek: ego a dynamického základu. Tento základ zahrnuje energii, dynamiku, instinktivní puzení a predispozice, imaginativní či autosymbolické procesy, kolektivní vzpomínky, komplexy a archetypy.

Za účelem vývoje v první půlce života je tento základ nejprve potlačen, tj. ego se od něj separuje a přizpůsobuje se požadavkům první poloviny života. Avšak poté, co si pevně utvoří svou identitu, tj. pracuje na svých primárních vztazích a ukotví se ve světě, má toto ego sklon směřovat k možnému znovuotevření se neegoickému základu psýché. A právě v tomto spočívá transformace středního věku, kdy dochází k určitému typu regrese, která je ale ve službách rozšíření a přesažení osobnosti („regrese ve službách transcendence“). Zdařilá transformace je z tohoto hlediska taková, která umožňuje integrovat ego s dynamickým základem tak, že se v interakci s tímto základem obnoví, oživí a stabilizuje na nové úrovni (Washburn, 1995).

e) Sociální konstruktivismus:

Tento přístup chápe psychické jevy jako sociálně konstruované, a to především prostřednictvím jazyka, či obecněji diskursu. Střední věk, včetně jeho krize, je tedy sociálně diskursivní konstrukcí (Gergen, 1990). Jde o specifický případ kulturního konceptu autobiografie (McAdams, 2001), tj. o osvojení a užívání určitých kulturních norem a konvencí týkajících se typických událostí a fází života. Způsob, jakým chápeme a

prožíváme střední věk, tedy mj. také jak ho zvládáme či nezvládáme, je určitým způsobem předznamenán těmito kulturně sdílenými scénáři.

Kritické proudy sociálního konstruktivismu (např. feministická kritika) poukazují na to, že dominující scénáře středního věku nemusí být v souladu se zájmy těch, které tyto scénáře žijí. Dominantní konstrukce v západní kultuře např. „naturalizuje“ střední věk u žen, kdy nadměrně akcentuje témata jako je menopauza či „prázdné hnízdo“ (Stewart & Ostrove, 1998). Samotný koncept krize středního věku je sociální stereotyp, který může, ale také nemusí hrát negativní roli. Kulturně sdílené scénáře krize středního věku mohou v různé míře přispívat ke zdařilé transformaci tím, že člověka připraví na nastávající problémy a pomohou mu jimi projít.

f) Pozitivní psychologie:

Jádrem tohoto přístupu je posun akcentu od deficitů a patologie k pozitivnímu prožívání a pozitivním vlastnostem (Seligman, 2014). Pro porozumění transformaci středního věku poskytuje pozitivní psychologie model toho, jak se ze životních událostí – v interakci s vlastnostmi osobnosti – stávají smysluplné výzvy vedoucí k optimálnímu prospívání. Výzkum (Niehaus, 2019; Driessen, 2018) se zaměřuje na zdroje a faktory optimálního prožívání ve středním věku, a to jak ve vztahu k minulosti (spokojenost), přítomnosti (zaujetí činností) a budoucnosti (naděje). Jsou zkoumány silné stránky osobnosti (resilience, integrita, tvořivost, otevřenost, vděčnost, nadhled, ad.), a také to, jak tyto dispozice interagují s životními situacemi. Jedním z klíčových pojmů pro porozumění zdařilé transformace ve středním věku je „autotelická osobnost“ (Czikszenmihalyi, 2015), tj. taková, která rozpoznává výzvy, noří se do současných aktivit a dokáže prožívat radost navzdory potenciálním

hrozbám. Ke zdařilé transformaci může docházet tehdy, jestliže jsou události a zkušenosti středního věku (včetně nepříznivých) za pomoci silných stránek osobnosti rozpoznány, zvládnuty a optimálně prožívány jako smysluplné výzvy.

g) Narativní psychologie:

Narativní přístup ke střednímu věku, včetně jeho krize, v mnohém koresponduje s uvedenými přístupy – přidává však k nim jeden princip, a to je chápání lidské zkušenosti jako narativně konstruované (Sarbin, 1986). Analýza z hlediska tohoto přístupu je obsahem části tohoto příspěvku, zde tedy jen krátce: Člověk myslí, prožívá a jedná „z hlediska příběhů“, tj. narativně ztvárňuje svoji zkušenost. A zvláště tam, kde se setkává s určitou novou situací, potíží či nepřízní, vykonává v odpověď na tuto situaci (zčásti vědomě, zčásti nevědomě) určitou „biografickou práci“, tj. narativní ztvárnění.

Střední věk s sebou nese z hlediska možností narativního ztvárnění specifickou situaci. Tato situace spočívá v tom, že jak říká již název tohoto období, život je zde poprvé ztvárňován „ze svého středu“. Zde je klíčovým pojmem narativní identita, chápána jako internalizovaná narativní integrace minulosti, přítomnosti a anticipované budoucnosti, poskytující člověku pocit jednoty, účelnosti a smysluplnosti (McAdams, 2001). Zdařilá transformace z tohoto hlediska spočívá v tom, že životní příběh je ztvárněn v takové podobě, která umožní zmíněnou integraci a která konstruktivním způsobem začlení nové situace, včetně nepřízní a potíží (McAdams, 2014).

2. ILUSTRACE Z VÝZKUMU: PŘÍKLAD ZDAŘILE PROBÍHAJÍCÍ TRANSFORMACE V ČASNÉ FÁZI STŘEDNÍHO

V této části budeme ilustrovat zkušenost transformace ve středním věku pomocí analýzy hloubkového rozhovoru se

čtyřicetiletou ženou, kterou zde budeme nazývat paní Hana. Tento rozhovor je součástí postupně vznikajícího souboru 100 hloubkových polo-strukturovaných rozhovorů (s osobami 40 až 60letými), ve kterých vedle volného prostoru k vyprávění o středním věku jsou nastolována témata vymezení tohoto období, negativních a pozitivních zkušeností, bilancování, kulturních očekávání, perspektiv do budoucna ad. Paralelně s rozhovory absolvují zkoumané osoby také baterii kvantitativních a projektivních výzkumných metod.

Při analýze rozhovoru je uplatněn hermeneuticko-narativní přístup (Čermák, 1999; Chrz, 2007). Tento přístup s sebou nese jiné než statistické (kvantitativní) kritérium reprezentativnosti, tj. takové které zakladatel narativní psychologie J. S. Bruner (1986) převzal od W. Jamese (1930). Podle tohoto kritéria jsou data natolik reprezentativní, nakolik zastupují zkoumaný jev co do jeho významu.

Konkrétně to znamená, že ptáme-li se na zdařilou transformaci ve středním věku, pak ke zkoumání vybereme takové osoby, u kterých transformace probíhá výrazně zdařilým způsobem, a všímáme si těch momentů rozhovoru, kde se toto v různých podobách významně manifestuje. Jak již bylo naznačeno výše, za zdařilou transformaci lze z hlediska narativního přístupu považovat takový případ, kdy je životní příběh ztvárněn způsobem umožňujícím integrovat minulost a očekávanou budoucnost, a to včetně propadů, nepřízní a obav.

Jednou ze zvláštností narativního přístupu je, že data, na nichž se tento přístup zakládá, jsou rozhovory samotné, tj. tato data nejsou chápána jako pouhé subjektivní doplnění objektivních dat. Ve shodě s tímto přístupem nebudeme v této ukázce rozhovor doplňovat dalšími daty či údaji, krom toho, že paní Haně je 40 let, tj. je představitelkou časného středního věku.

V úvodu rozhovoru paní Hana otevírá problematiku středního věku skrze určité zdravotní problémy (chronická borelióza), se kterými bojuje, což vidí jako novou situaci, se kterou je třeba se naučit žít. Již v úvodu se zde objevuje určitý základní, opakující se, napříč různými kontexty jdoucí vzorec, kdy různé (často negativní) události a zkušenosti vidí jako výzvu, jako příležitost, jako lekci.

V další části rozhovoru na různých místech pojmenovává určitý časový předěl a obrat ve svém životě. Mluví o svém nejšťastnějším období na vysoké škole a později, kdy byla přítomna „*totální energie*“ a „*totální smysl v životě*“. A jak do toho postupně vstoupila řada problémů: rozpad prvního manželství, vyhoření v práci, neplodnost ve druhém manželství. Jako nástup středního věku uvádí 38 rok, kdy se věci zkomplikovaly a kdy „*přišla o ideály*“. Kdy došla k tomu že „*nemá pod kontrolou vlastně nic*“, což vedlo nejdříve k apatii a letargii, později se však „*znovu nadechla*“.

Toto v rozhovoru dále upřesňuje vyprávění o rozpadu prvního manželství, kdy postupně zjistila, že manžel je nespolehlivý „*šibr a kriminálník*“. Příběh o rozpadu prvního manželství sice časově spadá ještě před uváděný nástup středního věku, v kontextu analýzy je však důležitý. Paní Hana o této věci mluví jako o své nejtěžší zkušenosti, a právě zde se výrazně ukazuje podstatný vzorec jejího jednání a prožívání. Vypráví o tom, jak manžel s ní a s druhými manipuloval, jak ohrožoval rodinu svými kriminálními aktivitami a jak bylo těžké toto řešit s ohledem na jejich syna. Říká: „*Špatně jsem si vybrala, grázla, možná právě proto jsem tu lekci potřebovala, byla jsem taková příliš naivní.*“

Zde nacházíme výraznou podobu způsobu, jakým paní Hana opakovaně ztvárňuje svoji životní zkušenost. Jde o to, že negativní událost je ztvárněna jako cosi,

co přináší pozitivní výsledky či vyústění. V tomto případě je pozitivním výsledkem určitá změna postoje, tj. událost jako „*lekce*“ vedla k tomu, že se respondentka chápá jako méně naivní.

Vyprávění o rozpadu prvního manželství pak pokračuje popisem způsobu, jakým paní Hana zvládla situaci. Jednak zde říká: „*pustila jsem to*“, a dále: „*votočila jsem příběh*“. Zde se jedná o zcela zásadní momenty v její životní strategii. Výraz „*pustit*“ zde používá pro zbavení se neadekvátní odpovědnosti za něco, co její odpovědností není. Tedy za chování svého manžela, či za to, že její syn je toho svědkem. Právě tímto, jak sama říká, „*mění příběh*“, ve kterém distribuuje odpovědnost za to, co se děje, adekvátnějším a konstruktivnějším způsobem.

Zde se ukazují dvě podstatné věci, charakteristické pro postoj a strategii paní Hany. Je to jednak uvážlivé rozlišování mezi tím, co je v její moci a ve sféře její odpovědnosti, a co v její moci a ve sféře její odpovědnosti není. Dochází tak k tomu, že některé věci je dobré „*pustit*“ (to se v rozhovoru opakuje), což je však v kontextu její zkušenosti druhá stránka aktivního přístupu k životu, kdy se události a zkušenosti stávají výzvou a lekcí. To je vidět např. na tom, že vedle zmíněného „*pustila jsem to*“, respondentka zároveň jedním dechem říká: „*dělám co můžu*“.

Druhá věc, která se zde ukazuje, je reflexivita týkající se ztvárnění životní zkušenosti. Tj. paní Hana si uvědomuje, že to, co žije, a jak to žije, je příběh, a že tento příběh je do jisté míry v její moci. Může ho „*otočit*“, a změnit tak způsob, za co a jak je odpovědná. To se projevuje i na jiných místech, např. tam, kde paní Hana přitakává tomu, jakým způsobem v přítomnosti žije, a kde říká: „*Je to hezkej film*“. Takové vyjádření by v jiném kontextu mohlo být znakem určitého stupně derealizace. Zde je to však něco jiného,

paní Hana je schopna podívat se skrze realitu své zkušenosti do způsobu, jakým je tato zkušenost utvářena.

Kromě tématu rozpadu prvního manželství paní Hana vypráví především o dvou problematických tématech kryjících se časově s jejím středním věkem: je to jednak vyhoření v práci, a jednak řešení neplodnosti ve druhém manželství. V obou těchto životních tématech se uplatňuje zmíněný vzorec přístupu k životu, kdy potíže a náročné události se stávají výzvami, příležitostmi, lekcí. Zde se omezíme pouze na několik momentů. Téma vyhoření v práci vyřešila tím, že „*si dala pauzu od sociálních služeb*“. Vedle toho mluví o náročném procesu řešení neplodnosti, který vyústil v úspěšnou adopci, v happyend, kdy „*je to s manželem spojilo*“. Říká o tom mj.: „*umím dát cit i dítěti, které není biologicky moje*“. Opět to tedy bere ve svém stylu jako výzvu a lekci. A také jako něco, co jí „*nastartovalo*“ do nové etapy života.

Nepřehlédnutelnou figurou v rozhovoru je také opakující se přitakání, přijetí, souhlas. Tato figura je tu opět v určité mezihře s aktivnější figurou, ve které se věci efektivně mění. To je vidět např. v části rozhovoru, kde je řeč o zdravotních problémech, chřadnoucím těle, šedinách, vráskách a kilech navíc. Na jednu stranu se tomu paní Hana směje a říká „*holt je mi čtyřicet a ne dvacet*“, na druhou stranu mluví o tom, jak s kily navíc, s následky chronické boreliózy ad. aktivně bojovala, kdy si „*naordinovala běhání, meditaci ... cvičit, běhat, dobře jíst a spát*“. O takových věcech mluví tak, že je „*nevnímá vyloženě negativně*“ a že „*je třeba naučit se s nimi žít*“.

Klíčové jsou zde charakteristiky vývojového posunu středního věku, které se postupně objevují na různých místech rozhovoru. Paní Hana říká, že přišel trochu brzy a že to letí, později začátek upřesňuje na zmíněný věk 38 let. Mluví o přechodu

z časů „*totální energie*“ a „*totálního smyslu*“, kdy přišla o ideály a zároveň zjistila, že nemá věci pod kontrolou. S tím se však, jak již bylo ukázáno, pojí rozlišování toho, co je ve sféře vlastní odpovědnosti a moci. Dále se její reflexe změn týká již zmíněných témat zdravotních problémů, stárnutí těla či nadváhy, což je vše určitým způsobem aktivně akceptováno. Vedle toho mluví o tom, že „*je to i krize nějakého smyslu*“, což upřesňuje tím, že měla šanci svět poznat a ztratit spoustu ideálů. V jiné části rozhovoru říká: *Střední věk mě dovedl k poznání, že život je fakt těžkej, dříve jsem si myslela, že je to jízda, legrace (...) je to prostě jedna velká výzva.*

Co se zde ukazuje jako výsledek dosud proběhlé transformace: Paní Hana se zbavuje iluzí o neproblematičnosti světa a svého fungování v něm, představy „*totální energie*“ a „*totálního smyslu*“. Svět se stává problematickým a svým způsobem těžkým, tato problematičnost a tíže je však přijímána jako výzva, jako příležitost. Uvědomuje si také váhu svých rozhodnutí, život je pro ni „*jedno velký rozhodnutí*“, mezi tato rozhodnutí počítá mj. odchod od prvního manžela, volbu nového partnera, koupi bytu, hypotéku, adopci miminka ad. O obavách a výzvách mluví téměř jedním dechem jako o dvou stránkách téže skutečnosti. Takto se vyjadřuje např. o hypotéce jako o něčem, co „*holt patří ke střednímu věku*“, „*kdy si na sebe brát rizika, než teď*“. O problémech se svým dospívajícím synem hovoří jako o něčem, co ji na jednu stranu „*drásá*“, na druhou stranu jde o „*jednu z největších výzev*“, ze které se „*leccos naučila*“.

Tento akceptující a současně aktivní vztah se projevuje také náhledem na život v celku, a tedy také určitou životní strategií a postojem ke stárnutí a stáří. Již bylo zmíněno aktivní přijetí stárnutí těla a problémů s tím spojených. S tím souvisí ve

středním věku se probouzející vědomí konečnosti a smrtelnosti lidského života.

Paní Hana mluví o „doteku konečnosti“, který se objevil v souvislosti se zdravotními problémy.

Že mě to vlastně jako poprvé zastavilo ... že se mě dotknula taková ta konečnost jakoby ... že ten lidskej život opravdu jako strašně rychle uteče ... já jsem nikdy neměla obavu ze smrti a nemám ji ani dneska ... ale moje obava je, že budu jednou ležet v hospicu ... a budu litovat toho, jakej jsem prožila život.

Zde se téma života jako výzvy posouvá do budoucnosti. Uvědomuje si, že život je úkol i ve svém směřování ke stáří, a chápe tento úkol tak, aby jednou nemusela litovat toho, jak žila, či jak nežila.

Já si myslím, že to je celoživotní úkol prostě, aby se člověk nestal takovej ten zapšklej senior, co prostě měl pocit, že jako celej život jako dřel, a byl ukřivděnej ... takový ty lidi, z nich to úplně číší, ta energie negativní. A to si myslím, že je věc, o kterou já jako prostě nepřestanu usilovat, abych takovádle bába nebyla (směje se). A doufám, že se mi to nestane.

Na této pasáži je tedy možné vidět, že životní strategie paní Hany, přijímající život jako výzvu, se uplatňuje i ve vztahu ke stáří a jeho úkolům. Tato strategie se objevuje v souvislosti s transformací středního věku, a na rozdíl od strategie první půlky života již počítá s konečností a smrtelností, od nichž se odvíjí nový druh širší a hlubší odpovědnosti.

3. ZNAKY ZDAŘILÉ TRANSFORMACE Z HLEDISKA NARATIVNÍ PSYCHOLOGIE

Uvedená ilustrace z výzkumu ukazuje příklad transformace v časně fázi středního věku, kterou lze považovat za zdařilou. Pokud přijmu zmíněný metodologický princip W. Jamese (1930), tj. brát vážně (jako reprezentativní co do významu zkoumaného jevu) osoby, které jsou výraznými (i když nikoliv statisticky

frekventovanými) případy zkoumaného jevu, a to ve svých významných momentech, potom je možné se z tohoto případu pokusit o určité zobecnění.

Jak vypadá odpověď na výše položenou otázku (jakým způsobem dochází ve středním věku ke zdařilé transformaci) z hlediska narativní psychologie? A co se v tomto směru ukazuje v uvedeném rozhovoru? Pokusíme se zde zformulovat několik klíčových charakteristik, které ve vzájemné provázanosti utvářejí jedinečný způsob, jakým paní Hana ztvárňuje svoji zkušenost.

a) Rozlišování na rovině aktérství (co je a co není v mé moci a ve sféře mé odpovědnosti):

Jak již bylo zmíněno, v uvedeném rozhovoru lze identifikovat určité opakující se vzorce ztvárnění zkušenosti. Paní Hana je ve svých životních postojích a strategiích mimořádně aktivní a konstruktivní. Nejde však pouze o tuto aktivitu samotnou. Tato aktivita je zde v určité pružně utvářené mezihře s postojem akceptace, tj. přitakání, přijetí, souhlasu, a vedle toho s ještě výraznějším receptivním přístupem, kterým je „pouštění“, nechání být. Jak lze takovému opakujícímu se komplexnímu vzorci rozumět v perspektivě narativní psychologie? Jedná se o narativní ztvárnění, ve kterém, tak jako v každém jiném narativním ztvárnění, umísťujeme sebe i druhé určitým způsobem jako aktéry a příjemce akcí či jiných vlivů. Takto konstruujeme určitý způsob a určitou míru aktérství (agency), což je zcela klíčová kategorie narativní analýzy. Naše životní postoje a strategie se vždy vyznačují určitou mírou a podobou toho, co je v naší moci a co v naší moci není.

Takto lze popsat a uchopit životní strategii respondentky, kterou „život naučil“ jemně rozlišovat mezi tím, co je ve sféře její kontroly a jejího vlivu, za co má odpovědnost a za co nikoliv. Řečeno jejími slovy: určité věci přijmout, jiné „pustit“, a

právě proto se jinde angažovat („dělám, co můžu“) a být schopen věci měnit. Zmíněný způsob aktérství je obsažen v analyzované narativní konstrukci, tj. ve způsobu, jakým zde respondentka „vypráví život“, ale také „žije vyprávění“. O tom, co je prvotní (tj. zda život, či vyprávění), se vedou spory (Čermák, 2002), nicméně tak či onak: životní strategie lze zkoumat prostřednictvím způsobu konstruování vyprávění o životě.

Tento způsob aktérství je jedním z aspektů zdařilé transformace ve středním věku. Respondentka zde konstruktivním způsobem distribuuje a jemně vybalancovává to, co je a co není ve sféře její moci a odpovědnosti. Schopnost takového rozlišování byla od dávných dob až do současnosti (např. ve stoické filosofii či v existencialistické filosofii a psychologii) považována za důležitý znak životní moudrosti. Podle stoika Epiktéta (1972) je k dobrému životu třeba umět rozlišovat to, co je v naší moci (a v tom se angažovat) a co v naší moci není (a to ponechat osudu). Fascinujícím svědectvím o tomto druhu moudrosti je kniha Viktora Frankla „Člověk hledá smysl“, zvláště část, ve které autor líčí, jak „psycholog přežil koncentrační tábor“. V nejvypjatějších momentech Franklova vyprávění se se manifestuje subtilní souhra heroické angažovanosti a stoické odevzdanosti osudu (Frankl, 1994).

b) Konstruktivní ztvárnění negativních událostí a zkušeností:

V rozhovoru byl identifikován opakující se vzorec chápání a prožívání něčeho negativního jako „lekce“. Toto je zvláštní případ obecnější životní strategie, ve které jsou negativní události a zkušenosti ztvárněny jako něco, co ve svém výsledku přináší pozitivní vyústění. McAdams (2014) označuje takový způsob slovem „redemption“ (doslova „vykoupení“) vypůjčeným z teologického s spirituálního slovníku. Jde o to, že určité negativní události jsou zpětně pochopeny tak, že

přinášejí pozitivní výsledek, tj. jejich negativita je takříkajíc „vykupována“ jejich pozitivním vyústěním. Jedná se o výsledek výše zmíněné biografické práce, tj. narativního ztvárnění žité zkušenosti.

Zde je možné navázat na náš nedávný výzkum integrity u seniorů (Chrz et al., 2020; Chrz et al., 2018). V tomto výzkumu bylo pomocí kvalitativní analýzy rozhovorů identifikováno a teoreticky ukotveno pět stylů, pomocí kterých vysoce integrovaní jedinci narativně ztvárňují životní propady a krize.

Tyto styly byly nazvány takto: „dopadlo to dobře“, „zvládl jsem to“, „zhodnocení s ohledem na další vývoj“, „získání nového postoje“ a „zdůvodnění těžkého rozhodnutí“. Prožívání negativní zkušenosti jako „lekce“ je příkladem změny postoje, kdy se ziskem stává určitá transformace v „krajíně vědomí“, spíše než v „krajíně událostí“ (Bruner, 1986). Typickým je zde např. výše uvedený případ, kdy se paní Hana potýkala se svým dospívajícím synem a nikterak si to neidealizovala, tj. hovoří o tom jako o „zátěžovém období“, ze kterého se však zároveň „leccos naučila“. Jiným příkladem je, když paní Hana mluví o negativní zkušenosti svého prvního manželství jako o lekci, kterou potřebovala, protože do té doby byla příliš naivní.

c) Narativní reflexe a autorský postoj:

Na řadě míst uvedeného rozhovoru se jako znaky úspěšné transformace ve středním věku projevují dva spolu související jevy: narativní transformace a autorský postoj k utváření vlastního života. Paní Hana v rozhovoru vypráví, jak přijala radu své kolegyně, aby se nesnažila přebírat odpovědnost za vše. Postupně tak pochopila, že za určité věci je odpovědný její tehdejší manžel a že některé věci je třeba svému synovi „nechat zažít“. Říká zde doslova: „Ona mi to votočila – ten příběh“. Uvědomuje si tedy, že přerámování situace je změna příběhu, a že taková změna

příběhu (i když na radu druhé osoby) je podstatným způsobem v její rukou. Takovéto vědomí, že život je ztvárněn jako příběh, a že je tu stran žitého příběhu jistá volba, se nazývá narativní reflexe (Randall & McKim, 2008).

Pojem narativní reflexe znamená, že člověk je schopen pružně z hlediska přítomnosti reinterpretovat minulost a projíkovat budoucnost, a to prostřednictvím utváření příběhů. A je zároveň schopen toto alespoň do jisté míry reflektovat. Skrze narativní reflexi jsme si více vědomi životů, které žijeme, a jejich možností. Člověk se určitým způsobem uvědomuje fakt, že vypráví život, a tedy i svůj aktivní podíl na tomto ztvárňování. Aktivně tak participuje na utváření svého života (Randall & McKim, 2008). V narativní terapii je toto konceptualizováno jako nalézání a znovunalézání autorství (Epston et al., 1992) či autorského postoje k životu (Chrz, 2011; Dubovská & Chrz, 2020).

Z hlediska narativní psychologie je také možné porozumět tomu, že narativní reflexe, tj. vědomí toho, že život je příběh, který je možné aktivně vytvářet či spoluvytvářet, se plně objeví až ve středním věku, tj. z perspektivy „středu“ života. Řada autorů, včetně výše zmíněných, poukazuje na skutečnost, že teprve střední dospělost postupně otevírá perspektivu „druhé půle“ (Jung, 1994; McAdams, 2001). Život se postupně stává něčím, co má nejen „začátek“ a „prostředek“, ale také „konec“ (což jsou základní strukturní elementy příběhu). Teprve z této perspektivy můžeme zahlédnout životní příběh v jeho celku. To je důvod, proč se narativní reflexe může naplno rozvinout až ve středním věku (Chrz, 2007).

d) Vědomí života jako úkolu s ohledem na jeho konečnost:

Již bylo řečeno, že člověk může v různé míře a různým způsobem nejen

reinterpretovat minulost, ale také projíkovat budoucnost. V psychologii je dobře popsáno, a to především v návaznosti na Eriksona (2002), že úkolem zdařilého stárnutí je akceptovat tvář v tvář blížící se smrti život jako cosi, čemu je možné přitakat (Poláčková et al., 2019). To je něco, co můžeme nazvat retrospektivní stránkou zdařilého stárnutí. Existuje však také prospektivní stránka zdařilého stárnutí. To znamená žít tak a s ohledem na to, aby člověk tomu, jak žil (či také jak nežil) mohl jednou ve stáří přitakat, tj. aby to mohl akceptovat. Z hlediska narativní psychologie je také toto biografickou prací.

O biografické práci se většinou mluví právě v souvislosti s retrospektivním ztvárněním činěným ve stáří (Dubovská et al., 2017). Jak je vidět na výše citovaných úryvcích z rozhovoru, ve středním věku se život stává biografickou prací také s ohledem na budoucnost, tj. na postupné stárnutí a na konec, který jednou nevyhnutelně musí přijít. Již bylo řečeno, že v případech zdařilé transformace ve středním věku je život chápán a prožíván takříkajíc ze „středu“ životního příběhu. A to tak, že je z hlediska tohoto prožívaného „středu“ narativně ztvárňován jak retrospektivně, tak také prospektivně. Když jsou minulé životní události a zkušenosti chápány a prožívány jako „lekce“ různého druhu, jedná se o retrospektivní ztvárnění. A život je narativně ztvárňován také prospektivně jako úkol do budoucna: Jak říká autorka v uvedeném rozhovoru, žít tak, aby se z člověka jednou nestal „zapšklej senior“.

Tato prospektivní narativní práce, i přes svou opačnou časovou orientaci, je v něčem podobná výše pojednanému konstruktivnímu ztvárnění minulých negativních událostí a zkušeností. A to v tom, že také zde se jedná o strategii, kdy jsou životní zkušenosti chápány a prožívány jako něco, co by ve svém výsledku mohlo či mělo přinášet pozitivní

vyústění. Také zde jsou prožívané události lekcí, příležitostí či výzvou. V tomto případě příležitostí k tomu, jak být jednou „dobře starý“. V obou případech je chápáno dřívější z hlediska pozdějšího. V případě stáří jako úkolu se jedná o pozdější, které ještě nenastalo. Poněkud paradoxně lze tedy říci, že i zmíněné prospektivní biografické ztvárnění stáří jako úkolu je vlastně svého druhu retrospektivní, tj. žijeme střední věk z hlediska, tj. v perspektivě hypotetického stáří.

4. ZÁVĚR: STŘEDNÍ VĚK A STÁRNUTÍ

Stárnutí nerovná se stáří. Stárneme po velkou část svého života. Jak bylo řečeno, stárnutí je možné chápat jako úkol, na němž v různých fázích života pracujeme v různé míře a podobě. A právě střední věk je z hlediska tohoto úkolu velmi podstatný. Narativní přístup umožňuje pochopit, proč je transformace života jako něčeho, co je chápáno a prožíváno ze svého „středu“, tak důležitá. Ve středním věku se mění příběh,

který žijeme, tj. narativní konfigurace, a řada výše uvedených dílčích zjištění (včetně poznatků z hlediska jiných přístupů) může být chápána jako proměna této transformující se životní konfigurace (Chrzą, Dubovská, & Poláčková Šolcová, 2020).

Právě proto, že bereme v úvahu sklonek a konec života, může dojít k jemnějšímu rozlišování na rovině aktérství (v čem se angažovat a co nechat být), a tím také k vědomějšímu autorství v utváření celku vlastního života. Jak ukazuje uvedený rozhovor, střední věk je výzvou k tomu, začít brát vážně své stárnutí a stáří. Žít tak, abych ve stáří nemusel litovat a abych jednou odcházel ze života, řečeno biblickým jazykem „sytý svých dní“. Jinak řečeno: „vypít svůj pohár až do dna“. Takto se život může stávat „závažným“, a to způsobem, který první polovina života nezná.

Tím, že člověk pracuje na úkolech transformace středního věku, pracuje také na svém zdařilém stárnutí a stáří.

LITERATURA

- Brooks-Gunn J., & Kirsh, B. (1984). Life-events and boundaries of midlife for women. In G. Baruch & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Women in the Midlife* (pp. 11-30). Plenum Press.
https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7823-5_2
- Bruner, J. S. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, Harvard University Press.
- Czikszentmihalyi, M. (2015). *Flow: O štěstí a smyslu života*. Portál.
- Čermák, I. (1999). Hermeneuticko-narativní přístup k validitě interpretace nálezů v kvalitativně pojatém psychologickém výzkumu. In D. Heller, M. Sedláková, & L. Vodičková (Eds.), *Kvantitativní a kvalitativní výzkum v psychologii* (s. 42-51). PsÚ AV ČR.
- Čermák, I. (2002). Myslet narativně: Kvalitativní výzkum „on the road“. In I. Čermák & M. Mioviský (Eds.), *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Sborník z konference. PsÚ AV ČR Brno* (s. 15-21). SCAN Tišnov.
- Driessen, E. O. (2018). *You Only Live Twice: Midlife as a Creative Transition Into Our 'Second Act'*. University of Pennsylvania.
- Dubovská, E., Chrzą, V., Tavel, P., Poláčková Šolcová, I., & Růžička, J. (2017). Narrative construction of resilience: Stories of older Czech adults. *Ageing and Society*. 37(9), 1849-1873. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000581>
- Dubovská, E., Chrzą, V. (2020). Příběhy změny ve skupinové psychoterapii: narativní charakteristiky úspěšné změny. *E-Psychologie* 14(2), 52-64. <https://doi.org/10.29364/epsy.372>
- Epiktétos (1972). *Rukojeť: Rozpravy*. Svoboda.

- Epston D., White M., & Murray K. (1992). A Proposal for re-authoring therapy. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction* (pp. 96-115). Sage publications, Inc.
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Argo.
- Frankl, V. (1994). *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.
- Gergen, M. M. (1990). Finished At 40: Women's Development within the Patriarchy. *Psychology of Women Quarterly*, 14(4), 471–493. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1990.tb00225.x>
- Heidegger, M. (1996). *Bytí a čas*. OIKOYMENH.
- Chrz, V. (2007). *Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu*. PsÚ AV ČR.
- Chrz, V. (2011). Hledání autorství skrze dialog s vnitřním partnerem. *Psychoterapie: praxe – inspirace – konfrontace*, 5(2), 80-91.
- Chrz, V., Dubovská, E., Poláčková Šolcová, I., & Hrabec, O. (2018). Zdařilé stárnutí potřebuje „dobrý silný příběh“: Perspektiva narativní gerontologie. In H. Georgi & R. Šlamberová (Eds.), *Stárnutí 2018. Sborník příspěvků 4. Gerontologické mezioborové konference* (s. 107-114). 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova.
- Chrz, V., Dubovská, E., & Poláčková Šolcová I. (2020). Transformace životní zkušenosti: návrh konceptuálního rámce a postupu analýzy. In E. Maierová, L. Viktorová, M. Dolejš, & T. Dominik (Eds.), *PhD existence 2020 „Člověk a čas“* (s. 251-257). Universita Palackého.
- Chrz, V., Dubovská, E., & Poláčková Šolcová, I. (2020). Nadir experiences and ego-integrity: types of narrative enactment. *Ageing and Society*, 1-20. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000197>
- Jaques, E. (1965). Death and the mid-life crisis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 46(4), 502–514.
- James, W. (1930). *Druhy náboženské zkušenosti*, Melantrich.
- Jung, C. G. (1994). *Duše moderního člověka*. Atlantis.
- Jung, C. G. (1998). *Vztahy mezi já a nevědomím. Výbor z díla III. – Osobnost a přenos*. Nakladatelství Tomáše Janečka.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. Guilford Press.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>
- McAdams, D. P. (2014). The life narrative at midlife. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2014(145), 57–69. <https://doi.org/10.1002/cad.20067>
- Montero, G. J., De Montero, A. M. C., & De Vogelfanger, L. S. (2013). *Updating midlife: Psychoanalytic perspectives*. Karnac.
- Neugarten, B.L. (1968). The awareness of middle age. In B.L. Neugarten (Ed.), *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology* (pp. 93-98). University of Chicago Press.
- Niehaus, L. (2019). *From crisis to awakening: an exploration of midlife experiences from a positive psychology perspective*. University of South Africa, Pretoria.
- Poláčková Šolcová, I., Chrz, V., Dubovská, E., & Šolcová, I. (2019). Integrita a zoufalství ega v Eriksonově koncepci stáří. *Československá psychologie*, 63(4), 369-385.
- Randall, W. L., & McKim, E. (2008). *Reading Our Lives: The Poetics of Growing Old*. Oxford University Press.
- Sarbin, T. R. (1986). The narrative as root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3-21). Praeger.

- Seligman, M. (2014). *Vzkvétání: nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Jan Melvil.
- Sharp, D. (1988). *The Survival Papers: Anatomy of a Midlife Crisis*. Inner City Books.
- Stein, M. (2014). *In Midlife: A Jungian Perspective*. Asheville. Chiron Publications.
- Stewart, A. J., & Ostrove, J. M. (1998). Women's personality in middle age: Gender, history, and midcourse corrections. *American Psychologist*, 53(11), 1185–1194.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.11.1185>
- Strenger, C., & Ruttenberg, A. (2008). The existential necessity of midlife change. *Harvard Business Review*, 86(2), 82-137.
- Washburn, M. (1995). *The ego and the dynamic ground: A transpersonal theory of human development*. State University of New York Press.
- Washburn, M. (2003). A transpersonal dialogue: New direction. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 35(1), 1-19
- Wrosch, C., & Heckhausen, J. (1999). Control processes before and after passing a developmental deadline: Activation and deactivation of intimate relationship goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(2), 415–427. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.2.415>
- Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Portál.

ROMSKÝ SENIOR VE VZTAHU K RODINĚ A SPOLEČNOSTI

ROMANI SENIOR CITIZENS IN RELATION TO FAMILY AND SOCIETY

Alena Kajanová ¹, Stanislav Ondrášek ²

¹ Pražská vysoká škola psychosociálních studií

² Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

E-mail: ali.kajanova@email.cz

Abstrakt: Cílem příspěvku je analyzovat specifika romských seniorů ve vztahu k rodině a společnosti.

Metody: Poznatky vychází z patnácti leté zkušenosti autorů se sociální a výzkumnou prací s romskou minoritou na různých pozicích a v různých regionech. Poznatky byly analyzovány a zpracovány do tří kazuistických příkladů. Výsledky prezentujeme v podobě kazuistik dvou romských žen a jednoho muže, nicméně obecné poznatky jsme rozdělili do čtyř bloků: 1) Postavení seniora v romské rodině a obecné vnímání seniora/postoje k seniorům u romské minority; 2) Romský senior z hlediska sociodemografických údajů (jako je průměrná délka života, příčiny úmrtí, atp.), 3) Životní styl romského seniora, a 4) Romský senior jako klient sociálních služeb.

Výsledky: v hierarchii romské rodiny má senior nejvyšší postavení a v romské společnosti de facto neexistuje ageismus. Senioři mají hlavní slovo v rozhodování v rozhodovacích procesech rodiny a dalších institucí. Za seniora jsou považovány osoby již od věku ca 50 let, z důvodu výrazně kratší průměrné délky života (zhruba o 10 let méně než v české populaci), je zde významný podíl invalidity a ZTP. Životní styl není odlišný od Romů v období dospělosti. O romského seniora se téměř výhradně stará rodina, institucionální péče je odmítaná.

Klíčová slova: romská minorita; romská rodina; senior

Abstract: The objective of the entry is to analyze specifics of Romani senior citizens in relation to family and society.

Methods: the findings are based on fifteen years of experience of the authors with research and social work with the Romani minority in various positions and regions. These experiences were analyzed and categorized into three casuistic cases. The results are presented as case studies of two Romani women and one Romani man. However, we divided the findings into four sections: 1) Position of the Romani senior citizen within their family and the general perception of senior citizens within the Romani minority; 2) Romani senior citizens based on demographic data (such as average life expectancy, causes of death, etc.); 3) lifestyles of Romani senior citizens; and 4) Romani senior citizens as clients of social services.

Results: senior citizens have the highest standing within Romani society; there exists basically no ageism. Senior citizens have the final word in decision making, they make the decisions in family matters, and others. People are considered senior citizens starting at approximately age 50 due to their significantly shorter life expectancy (about ten years less than the average Czech population). There is a significant share of persons with disability. The lifestyle of Romani senior citizens is not much different than from adult Romani persons. Only the family cares for Romani senior citizens; institutional help is frowned upon.

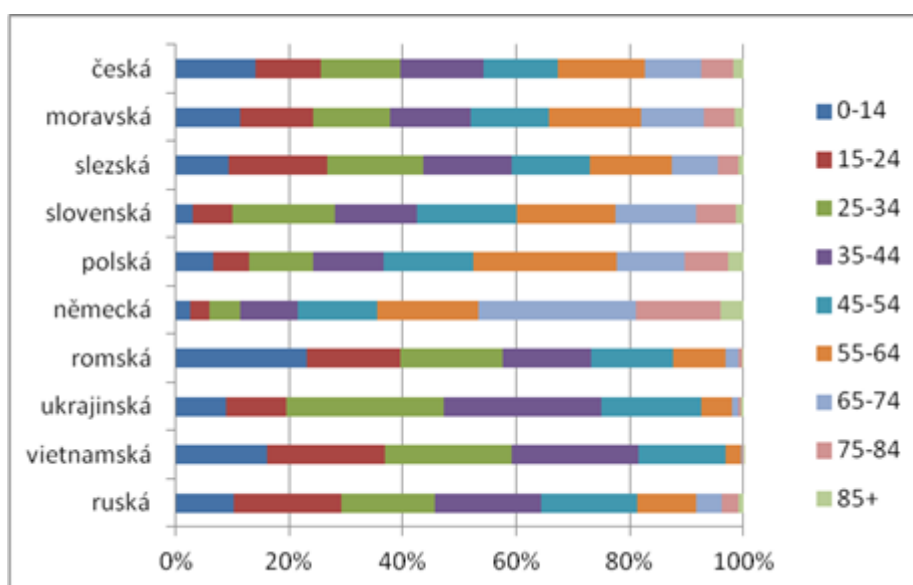
Keywords: Romani minority; Roma family; senior

Romové jsou v České republice nejpočetnější etnickou minoritou. Odhady se pohybují mezi 250 – 300 tisíci osobami (Hlaváček, 2014). Termín národnostní menšina je v České republice stanoven až zákonem č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů (novelizován Zákonem č. 320/2002 Sb.), nicméně poprvé od konce druhé světové války bylo v ČR možno uvést národnost romskou při sčítání lidu v roce 1991 (Buryánek, 2002; ČSÚ, 1993). Ačkoliv první zmínky o Romech na našem území jsou již ve 13. století (Davidová et al., 2010), z hlediska vzájemného soužití se jedná o nejméně tolerovanou menšinu (Kajanová, 2017), která je nejrizikovější a nejvíce zasaženou skupinou z hlediska sociálních problémů. Cílem našeho příspěvku je analyzovat specifika romských seniorů ve vztahu k rodině a společnosti. Námětem pro přípravu tohoto tématu je skutečnost, že zatímco populace v České republice obecně stárne, u romské populace

jsou demografické křivky rozdílné. Dále pak se romským seniorům vyhýbají některé problémy, jako je ageismus, umísťování do služeb sociální péče atp. Právě na tyto rozdíly bychom chtěli poukázat a vysvětlit jejich širší souvislosti.

Teoretická východiska

Romská populace má velmi odlišnou populační křivku oproti populaci české. Ve věkové skupině 0-14 let se nachází 23,2 % romské populace, ve věku 15-64 let 73,6 % a v seniorském věku, tj. 65+ let pak pouhých 3,2 %. Index stáří 65+ je u romské populace 13,9 %. Porovnání věkových struktur obyvatelstva za poslední dostupné Sčítání lidí, domů a bytů v roce 2011 (ČSÚ, 2014) ukazuje graf 1 níže. V tomto sčítání se k romské národnosti přihlásilo 13 150 osob. Z grafu je patrné, že i ve srovnání s jinými národnostními skupinami, má romská menšina věkovou křivku posunutou výrazně doleva.



Graf 1. Věková struktura jednotlivých národností k 26. 3. 2011 (v %) (zdroj ČSÚ, 2014)

Na druhou stranu je třeba podotknout, že v porovnání s předchozími lety se situace i u Romů mění. Jak uvádí Davidová a kol. (2010), kteří porovnávali výstupy jednotli-

vých SLDB šetření, snižuje se porodnost a prodlužuje se věk dožití a střední délka života.

Na téma romského seniora v českém i zahraničním prostředí de facto absentují odborné výzkumy a publikace, až na výjimku několika studentských kvalifikačních prací. Generace v romské rodině tradičně žijí pohromadě a tvoří vícegenerační domácnosti. Důvody jsou jak tradiční, tak ekonomické (Kajanová, 2015). Přetrvávající charakter romské rodiny je patriarchální a seniorátní (srov. Kaleja, 2012).

Senior (romsky Phuro/phuri) má v romské rodině a komunitě specifické postavení, které je založené na úctě mladších generací. Mladší generace se chodí za seniory radit v problémových a vážných životních situacích, neboť je považují za moudřejší a zkušenější a mají přirozenou autoritu (Davidová a kol., 2010). Senioři, především pak muži, představovali hlavu romské rodiny. Staré ženy měly nezastupitelnou roli v uchovávaní a dodržování starých zvyků, které se generačně předávaly. Dodnes jsou v některých konzervativnějších rodinách staré ženy považovány za „bosorky“, které rozumí magii a mají speciální schopnosti (Vašečka, 2002). Role seniorů byla též ve výchově vnoučat. Starší lidé byli v romských rodinách tradičně opatrováni a bylo nemyslitelné umístit je do ústavní péče. Jednotlivec nikdy nezůstával sám, doma, venku, v nemocnici ani na smrtelné posteli (Liégeois, 1995). Mnozí autoři (např. Kajanová, 2015; Davidová, 2010) upozorňují na to, že v posledních dvaceti letech dochází k tomu, že romská rodina kopíruje více a více majoritní trendy a tím se status romských seniorů začíná zhoršovat.

Metodika

Poznatky využitě v tomto příspěvku vychází z patnáctileté zkušenosti autorů se sociální a výzkumnou prací s romskou minoritou na různých pozicích a v různých regionech. Jednalo se o následující projekty: 2007-2009 GAČR č. 403/07/0336 - Quality

of Life, Medium and Healthy Length of Life on the Aspect of Health Determinants for Romani Inhabitants in the Czech and Slovak Republics, 2013-2015 GAJU 098/2013/S - Současné postavení romské ženy v rodině a ve společnosti, 2013-2015 RVO SDZ2012_002 – Skupina sociální determinanty zdraví sociálně exkludovaných, 2012 VEGA 1/0170/11 Sociálne vyčlenenie verzus kultúra – determinanty sociálneho správania obyvateľov osád, 2014-2016 COST LD14114 Obezita a nadváha u romské minority v Jihočeském kraji, 2016 - 2019 RVO SDZ2016 - Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje. Z hlediska sociální práce autoři působili jako komunitní pracovníci v projektu Komunitní práce Novohradská, zároveň jako terénní sociální pracovníci v terénní sociální službě v Jihočeském kraji a jako sociální pracovníci v nízkoprahovém klubu pro romské děti a mládež. Data byla získána smíšenými metodami a technikami sběru dat, kde dominovaly nestrukturované a polostrukturované rozhovory a pozorování a které byly součástí výše uvedených projektů a zakázek sociální práce.

Poznatky byly analyzovány a zpracovány do tří kazuistických příkladů. Podrobnější údaje o souboru předkládáme v části Výsledky. Výsledky prezentujeme v podobě kazuistik dvou romských žen a jednoho muže, nicméně obecné poznatky jsme rozdělili do tří bloků: 1) Postavení seniora v romské rodině a obecné vnímání seniora/postoje k seniorům u romské minority; 2) Romský senior z hlediska sociodemografických údajů (jako je průměrná délka života, příčiny úmrtí atp.), 3) Životní styl romského seniora a 4) Romský senior jako klient sociálních služeb. Data byla analyzována obsahovou analýzou získaných podkladů.

VÝSLEDKY

Popis kazuistických případů

Pro potřeby tohoto příspěvku jsme metodou účelového vzorkování vybrali tři různorodé reprezentanty romského stáří z řad subetnické skupiny slovenských Romů. Snažili jsme se o co největší variabilitu s ohledem na sociodemografické charakteristiky. Data jsou ale do jisté míry ovlivněna tím, že se ve všech případech jednalo o klienty sociální práce. V první případě se jedná o muže ve věku 65 let (dále I1), který z hlediska sociálního statusu představuje střední třídu, který v nedávné době odešel do starobního důchodu. Žije v krajském městě na sídlišti ve vlastním bytě. Z hlediska rodinného stavu se jedná o ženatého muže, společnou domácnost obývá ještě jedna dcera s manželem a dítětem. Druhý případ reprezentuje žena (59 let, dále I2), žijící v sociálně exkludované lokalitě v krajském městě s manželem, dvěma dcerami a jejich partnery a dětmi a synem. Informantka pracuje jako uklízečka v nemocnici. Poslední případ představuje žena (82 let, dále I3), vdova, žijící ve vesnické lokalitě ve vlastním domě. Rodina sociálně vyloučená, ale vykazuje známky chudoby. V domácnosti žije dcera, syn a jejich rodiny, celkem 12 osob.

Postavení seniora v romské rodině a obecné vnímání seniora/postoje k seniorům u romské minority

Specifikem, které jsme identifikovali ve všech třech případech, byly výrazné rozhodovací kompetence seniorů. Mladší generace se chodily se seniory radit v každodenních situacích, respektive rodiny řešily své problémy se všemi členy domácnosti, ale nejstarší měli „poslední slovo“. Senioři ale mají rozhodovací pravomoci i ve významných životních událostech členů rodiny. Setkali jsme se například s rozhodnutím ohledně uzavření sňatku, kdy v jednom z analyzovaných případů došlo k situaci, kdy I1 neschválil sňatek těhotné vnučky s jejím partnerem a v důsledku to-

ho byla dívka rodinou vyhozena na ulici. „Opačný“ případ smlouvaného dětského sňatku se udál v rodině I3. Babička po narození vnuka se zdravotním postižením svolala rodinou radu a předložila návrh budoucího sňatku s jeho stejně starou sestřenicí, která měla podobné postižení.

Další rolí romských seniorů je rozhodování ohledně rodinných financí. Setkali jsme se s tím, že je to právě senior, kdo drží rodinou kasu a má největší přehled o příjmech a výdajích rodiny. Starší žena má také největší přehled v oblasti sociálních dávek a jejich vyřizování. V rodině I2 všichni členové domácnosti odevzdávají finance babičce, která s nimi pak hospodáří – platí nájem, nákupy a další výdaje.

V rodině I3 má seniorka čestné místo u stolu, členy rodiny je usazená a nikdo nesmí začít jíst dříve než ona.

V romské společnosti de facto neexistuje ageismus, respektive během naší mnoholeté zkušenosti jsme nikdy nesetkali s tím, že by někdo zmínil seniorovu neúčinnost, zbytečnost, či snížené schopnosti. Toto se ovšem týká pouze romských seniorů, když mluví romská mládež o neromských seniorech, tak používají pejorativní označení.

Romský senior z hlediska sociodemografických údajů

Opakovaně jsme se setkávali s tím, že v 50 letech byl člověk Romy považován za starého, což je spojené ale i s tím, že v tomto věku jsou Romové již obvykle prarodiči. Jak již je zmíněno v teoretické části tohoto příspěvku, Romové ve srovnání s českou populací umírají dříve. Jednou z častých příčin úmrtí jsou onkologická onemocnění, která představují významný zdroj strachu u starších Romů. Rakovina je i hrubou nadávkou v romských komunitách. V případě vážné nemoci se rodina o seniora stará v domácím prostředí tak dlouho, jak je to možné. Při hospitalizaci jej často navštěvují i s širší rodinou.

Životní styl romského seniora

Životní styl romských seniorů není nikterak odlišný od období dospělosti. Nemění se režim dne, ani aktivity, senioři se neomezují, navštěvují kulturní akce a podílí se beze změny na aktivitách komunity. Přetrvávají návyky a závislosti z předchozího života a nedochází ke korekci s ohledem na věk. V případě I2 jsme se setkali s experimentováním s pervitinem, kdy drogu přinesli do domácnosti děti a seniorka byla experimentům nakloněna. Nezdravý životní styl spojený s nevhodnou stravou, nedostatkem pohybu a zneužíváním návykových látek (Urban & Kajanová, 2011) a u žen vysoký počet těhotenství mají podíl na tom, že minorita stárne vizuálně rychleji. Pro romské komunity je obecně typická nízká návštěvnost lékařů za účelem preventivních prohlídek (Kajanová, 2016), přičemž ani ve stáří zájem o vlastní zdraví a zdravý životní styl nestoupá. Výjimkou nejsou ani naši informanti. I1 uvedl, že ho nic nebolí a cítí se zdravý, a proto nemá důvod za lékařem chodit, ačkoli trpěl obezitou a s ní spojenými komplikacemi s pohybovým aparátem.

Romský senior jako klient sociálních služeb

Institucionální péče o seniory je odmítaná a Romové se v tomto ohledu staví odmítavě i k neromům, kteří své blízké do DPS umisťují. Domácí péče o seniora je vnímána jako povinnost, neboť senior se v průběhu svého aktivního života také o svou rodinu staral. Romský senior bývá ale klientem terénních sociálních služeb, kde v případě práce s rodinou rozhoduje o prioritách v individuálním plánu rodiny, kdy

v případě zakázky, která se týkala možného vystěhování z bytu, upřednostnila jinou zakázku, konkrétně dluhu na komunálním odpadu. Romští senioři představují relativně početnou skupinu pěstounů v rámci svojí vlastní rodiny, kdy např. I2 byla pěstounkou svého nejmladšího vnuka, protože matka ho měla ve velmi nízkém věku a nedokázala se o něj adekvátně postarat.

ZÁVĚR

Na téma stárnutí v romských komunitách prakticky absentují jakékoli výzkumné studie, ačkoli je zřejmé, že romští senioři oproti neromským budou vykazovat určitá specifika. Na některé z nich jsme se snažili upozornit v našem příspěvku. Považujeme ale za nutné v tomto ohledu rozšířit data o plošnou kvantitativní studii, neboť naše výstupy nelze s ohledem na velikost souboru generalizovat. Limitem je rovněž fakt, že jsme se zaměřili pouze na slovenskou subetnickou skupinu, která, byť představuje mezi Romy v České republice skupinu nejpočetnější, není jediná.

Náš text v tomto směru vnímáme jako pilotní úvod do tématu, jehož smyslem je podnítit zájem o popisovanou problematiku. Hlubší rozpracování tématu a získání dalších poznatků má potenciál přispět ke zlepšení reflexe romského etnika majoritou, neboť jejich příspěvek k péči o seniory je jednou ze silných oblastí.

Na závěr si neodpustíme úvahu, zda většina specifík romských seniorů není ovlivněna jejich nižším věkem a tím souvisejícím lepším zdravotním stavem?

LITERATURA

Buryánek, J. (Ed.). (2002). Romové a sčítání lidu. In *Interkulturní vzdělávání – příručka nejen pro středoškolské pedagogy* (s. 172–180). Člověk v tísni.

<https://www.clovekv tisni.cz/media/publications/1045/file/003-interkulturn-vzd-l-v-n-i-.pdf>

- ČSÚ. (1993). Národnostní složení obyvatelstva. *Pramenná publikace Sčítání lidu, domů a bytů* (s. 56-64). https://www.czso.cz/documents/11308/25225901/2501_I_4.pdf/e5025c19-8b43-4e5a-a7c1-b6b9a8072c96?version=1.0
- ČSÚ. (2014). *Národnostní struktura obyvatel – 2011*. Český statistický úřad. <https://www.czso.cz/csu/czso/scitani-lidu-domu-a-bytu-2011>
- Davidová, E., et al. (Ed.) (2010). *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Triton.
- Hlaváček, K. (2014). *Romové v České republice*. Poslanecká sněmovna ČR.
- Kajanová, A. (Ed.) (2015). *(Ne)rovnosti v romských rodinách*. Nakladatelství Lidové noviny.
- Kajanová, A. (Ed.) (2016). *Sociální determinanty zdraví u obyvatel sociálně vyloučených lokalit žijících v Jihočeském kraji*. Nakladatelství Lidové noviny.
- Kajanová, A. (2017). *Sociální práce s romskou minoritou*. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.
- Kaleja, M. (ed.). (2012). *Romové—Otázky a odpovědi v českém a slovenském kontextu*. Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta.
- Liégeois, J., P. (1995). *Rómovia, Cigáni, kočovníci*. Academia Istropolitana.
- Urban, D., & Kajanová, A. (2011). Kouření a konzumace alkoholu u romských komunit v České a Slovenské republice. *Kontakt*, 13(3), 328-335.
- Vašečka, M. (2020). *Čačipen pal o Roma: súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. Inštitút pre verejné otázky.
- Zákon č. 273/2001 Sb. *Zákon o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů*. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-273#cast1>
- Zákon č. 320/2002 Sb. *Zákon o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů*. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-320>

VNÍMANÁ SOCIÁLNÍ OPORA JAKO DŮLEŽITÝ FAKTOR KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ

PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AS AN IMPORTANT FACTOR OF THE QUALITY OF SENIORS' LIFE

Marta Kolaříková, Edita Ondřejová, Lenka Dadu

Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě

E-mail: marta.kolarikova@fvp.slu.cz

Abstrakt: Sociální opora je pro kvalitní život člověka nezbytnou podmínkou, souvisí s naplňováním deficientních potřeb dle pyramidy Maslowa, jejichž naléhavost se dá sytit pouze jejich uspokojením a naplněním. Příspěvek se dotýká vnímané kvality života a dostupnosti sociální opory u seniorů v domácím prostředí a pobytových zařízeních. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, v jakých oblastech kvality života se u těchto dvou skupin seniorů vyskytují rozdíly a zda se potvrzuje skutečnost, že umístěním do pobytových zařízení se zhoršuje kvalita života seniora, jak je většinou prezentováno.

Metoda: Autorky výzkumu zvolily standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD, který má vypracované standardizované normy k jeho užití. Dotazník zahrnuje 24 položek, na které respondenti odpovídají na pětistupňové škále dle instrukcí. Vyhodnocení dotazníku vycházelo z doporučeného postupu E. Dragomirecké (2009), bylo užito pro potvrzení stanovených kvalifikačních předpokladů statistických metod. Identifikováno bylo celkem šest oblastí, v nichž byly jednotlivé výsledky posuzovány, konkrétně oblast fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, smrt a umírání, blízké vztahy. Výsledky jsou analyzovány mj. také ve vazbě na vnímanou sociální oporu u skupiny respondentů v domácím prostředí a pobytovém zařízení.

Výsledky: Výzkumné šetření proběhlo u 120 respondentů z domácího a pobytového prostředí. Výzkumné šetření ukázalo, že rozdíly ve vnímané sociální opoře u respondentů v pobytovém zařízení a respondentů v domácím prostředí nejsou v řadě oblastí statisticky významné. Výzkumné šetření přináší zajímavá fakta, např., že respondenti v pobytových zařízeních uvádějí větší spokojenost s vlastním sociálním zapojením než respondenti v domácím prostředí. Řada zjištěných údajů poukazuje na značnou proměnu v řadě oblastí života seniorů a tyto změny je potřeba také reflektovat při práci s touto cílovou skupinou.

Klíčová slova: sociální opora; kvalita života; senior

Abstract: Social support is a necessary condition for a person's quality of life. According to the Maslow pyramid, it is related to the fulfilment of deficient needs, the urgency of which can only be satisfied by their satisfaction fulfilment. The paper deals with the perceived quality of life and social support for seniors in the home environment and residential facilities. The research aimed to determine in which areas of quality of life there are differences in these two groups of seniors and whether it confirms that placement in residential facilities worsens seniors' quality of life, as is usually presented.

Method: The authors of the research chose the World Health Organization's standardised questionnaire for measuring the quality of life in old age WHOQOLOLD, which has developed standardised standards for its use. The questionnaire includes 24 items, to which the respondents answer on a five-point scale according to the instructions. The evaluation of the questionnaire based on the recommended procedure of E. Dragomirecká (2009) was used to confirm the established qualification assumptions of statistical methods. A total of six areas were identified, in

which the individual results were assessed, namely the area of functioning of the senses, independence, fulfilment, social involvement, death and dying close relationships. The results are analysed, among other things, concerning the perceived social support of a group of respondents in the home environment and residential facilities.

Results The research survey was conducted on 120 respondents. The research survey showed that the differences in respondents' perceived social support in residential facilities and respondents in the home environment are not statistically significant in many areas. The research brings exciting facts: respondents in residential facilities show greater satisfaction with their social involvement than respondents in the home environment. Several findings point to a significant change in many areas of seniors' lives, and these changes also need to be reflected in working with the target group.

Key words: social support; quality of life; senior

Kvalita života je velmi individuální, hluboce osobní, protože každý člověk si sám uspořádává hierarchii hodnot, kterou váže k vnímané kvalitě života, a je ovlivněn individuální životní zkušeností. Takto pojatá kvalita života, jako něco vysoce individuálního, se nejen liší od jedince k jedinci, ale také se může proměňovat v průběhu různých životních etap člověka. Kvalitu života si člověk začne uvědomovat, když se v jeho životě něco změní: uzdraví se nebo onemocní, někoho najde nebo ztratí, splní se mu nebo zhrouť životní sen. Člověk si při změnách uvědomí svoje možnosti a ztráty (Tokárová, 2002 in Virgulová & Schedová, 2013), což výrazně souvisí s hierarchií jeho hodnot.

Kvalita života je ovlivněna řadou objektivních i subjektivních faktorů, přičemž nemůžeme obecně odhadovat, kdo jakou kvalitu života prožívá. Podle Skopalové a Janíše (2016) i senior v terminálním stádiu může prožívat vysokou kvalitu života, protože to objektivní (mít kde bydlet, co jíst, mít finance) může být zastíněno vysokou hodnotou toho subjektivního (prožil spokojený život naplněný kladnými sociálními vazbami).

Toto potvrzuje také výsledek výzkumu prezentovaného García a Ramírez Navarero (2018). Kromě obecně přijímaného faktu, že kvalita života je multidimenzionální koncept, poukazují autoři na důležitost kulturního kontextu. Z tohoto úhlu

pohledu je důležité nejen to, jakou životní zkušenost člověk má a jak ji prožívá, ale také to, jak svůj život hodnotí ve vazbě k dalším osobám. Pro pochopení spokojenosti a štěstí u seniorů je důležité sledovat proměnné, kterými jsou fyzické a psychické zdraví, aktivita člověka a vnímaná sociální opora. Kombinace těchto faktorů může poskytnout seniorovi pocit užitečnosti, klidu, pozitivní pocit z prožívaného nadhledu či vnímané rovnováhy nad svým životem.

Zmiňovanou sociální oporu před dvaceti lety v ČR definoval Křivohlavý (2001, 94) jako „*pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci.... jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.*“ Podle autora je sociální opora realizována sociální sítí jedince, má pozitivní vliv na jeho psychiku a zdraví. Podle výzkumných šetření sociální opora úzce souvisí se snižováním úzkosti a zvyšováním životní spokojenosti, patří prokazatelně mezi protektivní faktory zdraví. To, že sociální kontakty jsou prokázány jako stejně hodnotné složky dobré kvality života jako zdravotní stav, potvrzují výsledky výzkumného šetření např. týmu Morag Farquhara (1995). Pokud dojde ke zhoršení zdraví, je nutno posílit sociální oporu, podpořit člověka více sociálními kontakty, větší účastí, aby se nezhoršila vnímaná kvalita života ve smyslu snížení

sebevědomí, sounáležitosti a potažmo i zhoršení zdravotního stavu depresivním laděním (srov. Ježorská et al., 2013; Lu, 1995; Garcia & Ramiréz Navarro, 2018).

Virgulová a Schedová (2013) svým výzkumem potvrzují velký subjektivně vnímaný význam sociální opory, která je umístěna vysoko na žebříčku hodnot seniorů společně s činnostmi ve volném čase, zdraví, rodinou, bydlením či náboženstvím. Většina autorů váže sociální oporu k příbuzným a nejbližšímu okolí (srov. Mandincová, 2011), nicméně Liu (2019) připouští, že funkční sociální oporu mohou poskytnout i lidé, kteří k seniorovi nemají vřelý osobní vztah a nemusí s ním prožívat lásku. Může být poskytována lidmi, kteří o seniora mají zájem, chtějí mu pomoci a někdy poskytnou tuto oporu mnohem lépe, než pokrevní příbuzní. Virgulová, Schedová (2013, s. 38) uvádějí, že *„život v komunitě vede seniora k větší aktivitě, motivuje ho k zájmu o sebe samého. Je to základ pro eliminaci negativních pocitů, které senior v domácím prostředí může vnímat intenzivněji, pokud je ve většině případů odkázán sám na sebe.“*

Podle Křivohlavého (2001) lze rozlišit instrumentální, informační, emocionální a hodnotící oporu. Z našeho pohledu je zajímavou hodnotící opora, která je okolím jedinci sdělována a která souvisí s projevovaným respektem, s cílem posílit sebevědomí jedince a zvýšit jeho autonomii. Hodnotící opora je vlastně jedním z hlavních cílů sociálních služeb, protože dle § 2 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, patří mezi hlavní zásady zachovávat lidskou důstojnost. Sociální služby musí na člověka působit aktivně, podporovat jejich samostatnost, motivovat k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace (zákon 180/2006, Sb., v platném znění). Vyjdeme-li z kontextu uvedeného zákona, lze plně souhlasit s tvrzením, že *„Zásadním úkolem*

sociální práce se seniory je rozvíjet intervence zaměřené na zajištění a udržení dostupnosti sociální opory“ (Kowaliková & Chytil, 2019, s. 62)

Pobytové zařízení je pro seniora velkou změnou a bývá mnohými vnímána jako závažná situace. Již výzkumy před deseti lety ukazovaly, že jsou statisticky významné rozdíly mezi jedinci, kteří do pobytového zařízení přišli dobrovolně, a těmi, kteří byli mnohdy umístěni proti svojí vůli (Estrada et al., 2011). Zvláště viditelné rozdíly jsou v adaptační fázi na nové prostředí, která u druhé skupiny seniorů trvá významně delší dobu, může být spojována s agresivitou nebo hostilitou. Zde je sociální opora velmi důležitá, měla by reagovat na smutek, nespokojenost, zoufalství s pochopením, protože se jedná o obrannou reakci. Postupně by mělo dojít k uvolnění a vytvoření si pozitivní sociální vazby, ať již ke společnickému, odbornému nebo pomocnému personálu (Gabrielová, 2017).

Pobytové zařízení může zvláště zpočátku vyvolávat pocit neužitečnosti a zbytečnosti. Proto i sem by měla sociální opora směřovat, nechat seniorům co nejvíce „povinností“ v péči o svoji osobu, zapojovat je do pomoci druhým, podpořit je v zapojování se do terapií a skupinových akcí. Pokud se senior do společných akcí nezapojuje, je doporučováno pracovat s dobrovolníky, kteří za nimi budou přicházet (Svoboda, 2004; Gabrielová, 2017; Klevetová, 2017). Výzkum pomocí dotazníku WHOQOL-OLD provedli Estrada et al. (2011) u 276 seniorů ve 39 pobytových zařízeních. Výsledky ukazují, že zhoršení kvality života bývá spojováno právě s tím, že senioři ztratí možnost vykonávat obvyklé činnosti nezbytné pro každodenní život. Zhoršujícím faktorem vnímané kvality života je vnímané špatné zacházení ze strany jejich rodin.

Senior, který žije **v domácím prostředí**, má velkou výhodu v tom, že pokud mu to zdravotní stav dovolí, může si potvrzovat svoji soběstačnost při každodenních činnostech, má pocit bezpečí z vlastního bydlení, má přístup k místní dopravě, službám, může se věnovat svým koníčkům, volnočasovým aktivitám. Důležité je udržování společenských aktivit a role ve společnosti. Pokud seniorům přejí zdraví a mají dostatek finančních prostředků, udržují si radost ze života, která vychází z radosti ze své nezávislosti a kontroly nad životem. Zhoršení zdraví, nemožnost vykonávat volnočasové aktivity obvyklým způsobem (divadlo, návštěva kaváren, cukráren, fotbalových zápasů) prokazatelně u výsledků našeho sběru dat na jaře sehrála velkou roli.

Předpokládá se, že sociální oporu nacházejí senioři v domácím prostředí od své rodiny. Podle Šelnera (2004) se však mnohdy stává, že čím větší zdravotní potíže senior má, tím více se rodina zaměřuje na péči zdravotní, pečovatelskou, nicméně nenabízí sociální oporu, kterou senior v situaci, kdy je zjevné zhoršení jeho soběstačnosti, potřebuje.

CÍL A METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit rozdíly v hodnocení různých dimenzí kvality života u seniorů v domácím prostředí a pobytového zařízení.

Spokojenost lidí v jejich životních podmínkách zahrnuje sebeuspokojení se současným životem a minulými zkušenostmi. Samozřejmě spokojenost seniorů se vztahuje k velké proměně jejich života ve stáří, setkávají se s mnoha zátěžovými situacemi, změnami rolí, možnou a dostupnou sociální oporou. Podle Gurkové (2011) by měly být sledovány jevy jako autonomie, soběstačnost, schopnost samostatného rozhodování, absence bolesti a utrpení, zachování smyslových schopností, udržení podpůrného sociálního systému, finanční standard, pocit užitečnosti pro druhé, pocit štěstí apod. Pro naše šetření jsme se rozhodli využít mezinárodní do-

tazník WHOQOL-OLD („dotazník Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku“) standardizovaný na české podmínky a postupovaly dle metodiky uvedené v příručce z roku 2009. Právě délka dotazníku byla pro cílovou skupinu seniorů dle našeho názoru naprosto vyhovující, zvláště z důvodu zhoršené zrakové percepce. Ve 24 položkách je sledováno šest domén: oblast fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, blízké vztahy a postoj ke smrti, přičemž každé se týkaly vždy čtyři položky. K jednotlivým položkám se senioři vyjadřovali pomocí 5 stupňové Lickertovy škály vyjadřující množství, kapacitu, frekvenci nebo hodnocení. (Dragomirecká & Prajsová, 2009). Pro účely užití statistické metody zjišťování rozdílů mezi skupinou respondentů z domácího prostředí a pobytového zařízení jsme výsledky seskupily do 4polní tabulky, přičemž středové hodnoty Lickertovy škály jsme přiřadily k „negativnímu hodnocení“. Výsledky šetření považujeme za uvozující studii možných v budoucnu vědecky podrobněji sledovatelných položek a vztahů.

Sběr dat probíhal pomocí on-line dotazníku vytvořeného dle testu originálu pomocí Google Forms a tištěného dotazníku v období prosinec 2020 – leden 2021. Data byla srovnána s údaji získanými v březnu 2020, které byly získány osobním předáním dotazníků.

Realizace vlastního výzkumu byla zkomplikovaná covidovou situací, proto nebylo možné pokračovat opakovaným šetřením u stejné skupiny respondentů. Soubor tvořilo celkem 120 seniorů, z toho 55 mužů a 65 žen. Skupiny byly vyrovnány podle prostředí, ve kterém aktuálně žijí, a to počtem 60. Celkově byla nejpočetnější skupina ve věku 75-79 let, zdravotní stav byl seniory v domácím prostředí hodnocen u většiny jako „spíše dobrý“, senioři, senioři v pobyto- vých zařízeních hodnotili zdravotní stav jako „spíše dobrý“ (27 respondentů) a jako „spíše špatný“ (29 respondentů).

Tabulka 1. Popis výzkumného souboru Senioři v domácím prostředí

Senioři v domácím prostředí	Sběr dat	březen 2020		prosinec 2020/ leden 2021		CELKEM
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	
Pohlaví	Žena	15	50,0	15	50,0	30
	Muž	15	50,0	15	50,0	30
Věk	65-69 let	4	13,3	8	26,7	12
	70-74 let	11	36,8	10	33,3	21
	75-79 let	7	23,3	5	16,7	12
	80-84 let	7	23,3	4	13,3	11
	85-89 let	1	3,3	3	10,0	4
	90-94 let	0	0,0	0	0,0	-
Zdravotní stav	Velmi dobrý	2	6,7	1	3,3	3
	Spíše dobrý	18	60,0	19	63,3	37
	Spíše špatný	10	33,3	7	23,3	17
	Velmi špatný	0	0,0	3	10,0	3

Tabulka 2. Popis výzkumného souboru Senioři v pobytovém zařízení

Senioři v pobytovém zařízení	Sběr dat	březen 2020		prosinec 2020/ leden 2021		CELKEM
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	
Pohlaví	Žena	20	66,7	15	50,0	35
	Muž	10	33,3	15	50,0	25
Věk	65-69 let	0	0,0	3	10,0	3
	70-74 let	0	0,0	7	23,3	7
	75-79 let	11	36,7	9	30,0	20
	80-84 let	8	26,7	7	23,3	15
	85-89 let	10	33,3	3	10,0	13
	90-94 let	1	3,3	1	3,3	2
Zdravotní stav	Velmi dobrý	0	0,0	0	0,0	-
	Spíše dobrý	20	66,7	7	23,3	27
	Spíše špatný	9	30,0	22	73,3	31
	Velmi špatný	1	3,3	1	3,3	2

INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUZE

Otázky dotazníku (v souladu s metodikou vždy po čtyřech) směřují do šesti oblastí (domén), pro naše výzkumné šetření jsme porovnávaly v rámci pozitivního a negativního hodnocení skupinu respondentů z domácího prostředí a pobytového zařízení.

Níže jsou popsány jednotlivé domény sledované v rámci dotazníkového šetření.

Fungování smyslů

Kvalifikovaný předpoklad č. 1: Fungování smyslů hodnotí senioři žijící v domácím prostředí lépe než senioři žijící v domovech pro seniory.

Tabulka 3. Výsledky domény Fungování smyslů

FUNGOVÁNÍ SMYSLŮ						
pozitivně hodnoceno				negativně hodnoceno		
	jaro 2020	zima 2021	celkem	jaro 2020	zima 2021	celkem
domácí prostředí	57	77	134	63	43	106
pobytové zařízení	60	23	83	60	97	157
Celkem	117	100	217	123	140	263
testové kritérium $G = 29,23692308$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu H_1 .				testové kritérium $G = 11.449$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu H_1 .		

Tento kvalifikovaný předpoklad se potvrdil. Z výsledků vyplývá, že pozitivněji hodnotí fungování smyslů senioři v domácím prostředí než senioři v pobytových zařízeních. Mezi oběma zdrojovými soubory respondentů v pobytových zařízeních se projevila rozdílná odrážející zvěšující se nespokojenost s dopadem zhoršeného smyslového vnímání na každodenní život v rámci šetření na jaře 2020 a následně v zimě 2020.

Při souhrnném porovnání lze konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou seniorů v domácím a

pobytovém zařízení. Senioři v domácím prostředí se s horším fungováním smyslů dokáží lépe vyrovnat než v pobytovém zařízení, přičemž k tomuto zhoršení došlo prokazatelně během roku 2020.

Nezávislost

Kvalifikovaný předpoklad č. 2: Senioři žijící v domácím prostředí hodnotí svoji nezávislost jako vyšší než senioři žijící v domovech pro seniory.

Tabulka 4. Výsledky domény Nezávislost

NEZÁVISLOST						
pozitivně hodnoceno				negativně hodnoceno		
	jaro 2020	zima 2021	celkem	jaro 2020	zima 2021	celkem
domácí prostředí	70	68	138	50	52	102
pobytové zařízení	64	25	89	56	95	151
Celkem	134	93	227	106	147	253
testové kritérium $G = 20,15037715$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme.				testové kritérium $G = 30,02162752$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme.		

Při sběru dat v březnu 2020 se nepotvrdil statisticky významný rozdíl mezi skupinami respondentů v domácím prostředí a v pobytovém zařízení. Při sběru dat v prosinci/lednu 2021 bylo zjištěno, že skupina seniorů v domácím prostředí vykazuje statisticky větší spokojenost s vlastní nezávislostí a možností rozhodovat o vlastních záležitostech, uváděli větší respekt vůči svobodě rozhodování.

Při souhrnném porovnání lze konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou seniorů v domácím a pobytovém zařízení. Můžeme sledovat výrazné zhoršení výsledků u seniorů v pobytovém zařízení na konci roku 2020,

kde se zřejmě odrazily důsledky omezení plynoucí z uzavření těchto zařízení kvůli platným nařízením v důsledku pandemie, čímž byly ovlivněny pocity nezávislosti, pocity svobodně rozhodovat o svých záležitostech a došlo také k výraznému omezení činností klientů. Lze předpokládat, že tyto skutečnosti se podílely na snížení kvality života v doméně nezávislost.

Naplnění

Kvalifikovaný předpoklad č. 3: Seniori žijící v domovech pro seniory hodnotí naplnění svého života jako vyšší než seniori žijící v domácím prostředí.

Tabulka 5. Výsledky domény Naplnění

NAPLNĚNÍ						
pozitivně hodnoceno				negativně hodnoceno		
	jaro 2020	zima 2021	celkem	jaro 2020	zima 2021	celkem
domácí prostředí	76	71	147	44	49	93
pobytové zařízení	70	41	111	50	79	129
Celkem	146	112	258	94	128	222
testové kritérium $G = 8,282289628$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme.				testové kritérium $G = 7,414228723$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme.		

Při sběru dat v březnu 2020 se nepotvrdil statisticky významný rozdíl mezi skupinami respondentů v domácím prostředí a v pobytovém zařízení. Při sběru dat v prosinci/lednu 2021 bylo zjištěno, že skupina seniorů v domácím prostředí vykazuje statisticky větší spokojenost s tím, jakého se jim dostává uznání, s tím, co v životě ještě mohou dosáhnout.

Při souhrnném porovnání musíme konstatovat, že mezi oběma skupinami existuje statisticky významný rozdíl. Opět

si můžeme všimnout výrazného zhoršení subjektivního hodnocení této dimenze kvality života u respondentů v pobytovém zařízení.

Sociální zapojení

Kvalifikovaný předpoklad č. 4: Seniori žijící v domovech pro seniory hodnotí míru svého sociálního zapojení jako vyšší než seniori žijící v domácím prostředí.

Tabulka 6. Výsledky domény Sociální zapojení

SOCIÁLNÍ ZAPOJENÍ						
pozitivně hodnoceno				negativně hodnoceno		
	jaro 2020	zima 2021	celkem	jaro 2020	zima 2021	celkem
domácí prostředí	54	53	107	66	67	133
pobytové zařízení	74	54	128	46	66	112
Celkem	128	107	235	112	133	245
testové kritérium $G = 3,134345794$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme .				testové kritérium $G = 3,134345794$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme .		

Při sběru dat v březnu 2020 se potvrdil statisticky významný rozdíl mezi skupinami respondentů v domácím prostředí a v pobytovém zařízení, a to překvapivě ve prospěch respondentů pobytového zařízení. Tato subjektivní spokojenost se vztahovala na trávení volného času, dostatek činností a zapojení se do společenského (místního) dění.

Při sběru dat v prosinci/lednu 2021 se již toto nepotvrdilo, nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinami, tedy evidentně došlo k subjektivnímu zhoršení kvality života v této oblasti u seniorů v pobytových zařízeních. Z výsledků vyplynulo, že obě skupiny se necítí být aktivní

součástí společenského dění, což může být právě v důsledku dopadu koronavirové situace. Senioři obecně jsou dopady koronavirové situace v oblasti sociálního zapojení výrazně zasaženi, řada dříve existujících možností sociálního zapojení, vzájemného setkávání je omezena. Souvisejícím výrazným faktorem ovlivňujícím kvalitu života je také doba trvání celé situace.

Blízké vztahy

Kvalifikovaný předpoklad č. 5: Senioři žijící v domácím prostředí jsou více spokojeni se svými sociálními vztahy než senioři žijící v domovech pro seniory.

Tabulka 7. Výsledky domény Blízké vztahy

BLÍZKÉ VZTAHY						
pozitivně hodnoceno				negativně hodnoceno		
	jaro 2020	zima 2021	celkem	jaro 2020	zima 2021	celkem
domácí prostředí	92	66	158	28	54	82
pobytové zařízení	78	31	109	42	89	131
Celkem	170	97	267	70	143	213
testové kritérium $G = 13,78180716$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme .				testové kritérium $G = 11,36643357$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme .		

Při sběru dat v březnu 2020 i v prosinci/lednu 2021 se potvrdil statisticky významný rozdíl mezi skupinami respondentů v domácím prostředí a v pobytovém zařízení ve prospěch skupiny v domácím prostředí. Senioři v domácím prostředí jsou více spokojeni se svými vztahy, kladněji hodnotili příležitost milovat a být milován, s množstvím lásky ve svém životě a též přisuzovali vyšší význam přátelství v jejich životě. Nicméně pokud se zaměříme na vývoj u obou skupin respondentů, došlo k evidentnímu zhoršení u obou skupin.

Tento statisticky významný rozdíl se potvrdil i v souhrnném porovnání výsledků z obou sběrů dat mezi těmito skupinami v neprospěch skupiny respondentů v pobytovém zařízení.

Zhodnotíme-li domény „sociální zapojení“ a „blízké vztahy“, lze konstatovat, že sociální izolace obou do výzkumu zapojených skupin seniorů ukazuje, že její dopady lze výzkumně vysledovat, jelikož, jak již

bylo uvedeno v teoretické části, mají sociální kontakty výrazně pozitivní dopad na kvalitu života seniorů jak v domácím prostředí, tak v pobytových zařízeních. (Důležitost oblasti blízkých vztahů se ukázala i ve výzkumu Kajanová & Dvořáčková, 2012).

Dlouhodobé nenaplnění přímých sociálních kontaktů, v řadě případů výrazná izolace jedinců nastavená podle platných epidemiologických opatření, která je dle možností nahrazována možnostmi telefonní či internetové komunikace, se může z dlouhodobého hlediska ukazovat jako významný faktor snižující subjektivně vnímanou kvalitu života jedince.

Postoj ke smrti

Kvalifikovaný předpoklad č. 6: Senioři žijící v přirozeném prostředí vyjadřují nižší míru obav ze smrti oproti seniorům žijících v domově pro seniory.

Tabulka 8. Výsledky domény Postoj ke smrti

POSTOJ KE SMRTI						
pozitivně hodnoceno				negativně hodnoceno		
	jaro 2020	zima 2021	celkem	jaro 2020	zima 2021	celkem
domácí prostředí	47	61	108	73	59	132
pobytové zařízení	40	30	70	80	90	170
Celkem	87	91	178	153	149	302
testové kritérium $G = 3.159$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.				testové kritérium $G = 2.023$ $\chi(1-\alpha)$; $df = 3.841$ Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.		

Při obou sběrech dat se nepotvrdily statisticky významné rozdíly mezi oběma skupinami. Viditelný rozdíl lze vysledovat ve vývoji počtu nepříznivých odpovědí u respondentů pobytových zařízení. Možnou souvislost lze vidět v aktuální pandemické situaci a se zvýšeným počtem úmrtí jedinců ve věkové skupině 65+.

ZÁVĚR

Z prezentovaných výsledků srovnávací studie z jara 2020 a zimy 2020/2021 je patrné celkové zhoršení vnímání kvality života, které zjevně souvisí se současnou pandemickou situací (zákazy návštěv v domovech pro seniory, případně také snížené počty kontaktů i mezi členy rodiny).

ny, obavy z rizika nákazy jak v těchto zařízeních, tak mezi rodinnými příslušníky, otázka umírání a smrti v celkově zvýšeném počtu). Probandi vnímají celou situaci na základě vlastní zkušenosti z rodiny, sousedství, z onemocnění osob v pobytovém zařízení, informací z médií.

Prokazatelně se zhoršilo hodnocení možnosti aktivit a společenského zapojení u jedinců v pobytovém zařízení, kteří překvapivě na jaře 2020 tuto oblast kvality života hodnotili kladněji než respondenti z domácího prostředí. Tlak aktuální situace se však prokazatelně podepsal i na respondentech v domácím prostředí, u nichž

se významně zvýšily obavy z umírání a smrti. Výsledky výzkumného šetření ukazují na podobná zjištění, ke kterým dospěla analýzou výzkumů Bužgová (2011). Potřeba usilovat o obnovu kompetencí člověka a schopnosti regulovat své chování (Špatenková, 2017) se ukazuje jako potřeba z hlediska kvality života velmi významnou a nezpochybnitelnou navzdory aktuální společenské situaci. Předpokládáme, že výsledky tohoto orientačního šetření mohou být východiskem pro rozsáhlejší výzkumné studie sledující dotčené oblasti.

LITERATURA

- Bužgová, R. (2011) Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt*, 13(3), 265-267. <https://doi.org/10.32725/kont.2011.032>
- Dragomirecká, E., & Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Psychiatrické centrum.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura Cardona, A. M., Chavarriaga, L. M., Ordoñez, J. O., & Osorio, J. J. (2011). Quality of life in institutionalized elderly people of Medellín. *Biomédica: revista del Instituto Nacional de Salud*, 31(4), 492-502. <https://doi.org/10.1590/S0120-41572011000400004>
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1439-1446. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00117-P](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00117-P)
- Gabrielová, J. (2017) *Sociální gerontologie a geriatrie* [online]. Vysoká škola polytechnická. <https://docplayer.cz/105552630-Socialni-gerontologie-a-geriatrie.html>
- García, L.M.R., & Ramírez Navarro, J. M. (2018). The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. *Journal of Aging Research*, 2018(May), 4086294. <https://doi.org/10.1155/2018/4086294>
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Grada.
- Ježorská, Š., Hrtůsová, T., Černá, M., & Chrástina, J. (2013). Sociální opora jako protektivní faktor duševního zdraví. *Profese online*, 6(1), 17-22. <https://doi.org/10.5507/pol.2013.004>
- Kajanová, A., & Dvořáčková, D. (2012) Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – Smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt*, 14(3), 331–339. <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2012/03/09.pdf>
- Klevetová, D. (2017). *Motivační prvky při práci se seniory*. Grada.
- Kowaliková, I., & Chytil, O. (2019). Souvislost mezi anticipovanou dostupností sociální opory a kvalitou života seniorů: Implikace pro sociální práci. *Sociální práce/Sociální práca*, 19(3), 62-81.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.

- Liu, S. (2019). *Social Support Networks, Coping and Positive Aging Among the CommunityDwelling Elderly in Hong Kong*. Wuhan: Huazhong University of Science and Technology Press. <https://www.springer.com/gp/book/9789811337826>
- Lu, L. (1995). The relationship between subjective well-being and psychosocial variables in Taiwan. *The Journal of Social Psychology*, 135(3), 351-7. <https://doi.org/10.1080/00224545.1995.9713964>
- Mandincová, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Grada.
- Svoboda, J. (2004). Potřeby seniora v rodině pohledem Pesso Boyden terapie. *Sociální práce/Sociálna práca*, 3(2), 23-24. <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/10/2004-2.pdf>
- Šelner, I. (2004). Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy. *Sociální práce/Sociálna práca*, 3(2), 12-20. <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/10/2004-2.pdf>
- Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada.
- Virgulová, J., & Schedová, D. (2013). Kvalita života seniorov z pohľadu miery nezávislosti. *Profese online*, 6(1), 35-39. <https://doi.org/10.5507/pol.2013.007>
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online], MPSV. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

FYZIOTERAPIE U POLIOMYELITICKÝCH PACIENTŮ

PHYSIOTHERAPY IN PATIENTS WITH POLIO

Kludia Michalčinová^{1,2}, Eva Kejhová², Yvona Angerová²

¹ Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol, Praha

² Klinika rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

E-mail: kludia.michalcinova@vfn.cz

Abstrakt: Pacienti po poliomyelitidě potřebují pravidelnou pohybovou aktivitu pro udržení mobility kloubů, svalové síly a celkové kondice. Na Klinice rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze byla koncem 80. let 20. století zřízena poliomyelitická poradna, ve které jsou dodnes pacienti dispenzarizováni. V rámci rehabilitace má tato skupina pacientů jistá specifika. Pacienti byli od dětství vedeni k pravidelnému cvičení a měli omezené možnosti pohybových aktivit, proto byli vedeni spíše ke studiu. Cílem našeho sledování bylo zjistit, zda pravidelná fyzická aktivita pod dohledem fyzioterapeuta může vést ke zlepšení některých funkčních parametrů i u chronických stárnoucích pacientů.

Metody: V rámci programu skupinového cvičení docházely od ledna do března 2020 na naši kliniku pravidelně dvě skupiny pacientů po poliomyelitidě. Věk pacientů se pohyboval od 64 do 77 let, průměrně to bylo $71,64 \pm 3,75$ roků. Celkový počet pacientů byl 14. Celkový počet terapií byl 5 s frekvencí jednou za 14 dní. Před první terapií byli pacienti vyšetřeni rehabilitačním lékařem a fyzioterapeutem a byly provedeny tyto subjektivní testy: Vizuální analogová škála (VAS) a The 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Dále byly vyšetřeny tyto objektivní funkční testy: Time Up and Go (TUG) a stabilometrické vyšetření na plošině PhysioSensing. Pro pacienty byla připravena sestava s 9 základními cviky, které se na terapiích pravidelně opakovaly. Pacienti měli za úkol cviky provádět také v rámci autoterapie s frekvencí 1krát denně a vyplňovat rehabilitační deník. Na poslední terapii bylo provedeno výstupní testování a následně zhodnocen efekt terapie.

Výsledky: Výsledky subjektivního hodnocení jsou pozitivní - došlo ke zlepšení VAS a SF-36 (konkrétně v doméně Změna zdraví). Z objektivního hlediska došlo ke statisticky významnému zrychlení chůze v TUG z 14,21s vstupně na 11,88s na výstupu (zrychlení o $2,33 \pm 2,92$ s, na hladině statistické významnosti 0,05) a rovněž došlo k optimálnějšímu rozložení hmotnosti a zatížení plosky ve stoji na stabilometrické plošině PhysioSensing. Limitací naší studie je malý vzorek pacientů a krátká doba sledování. V intervenci jsme však omezeni věkem pacientů a přidruženými komorbiditami. Vzhledem k výše uvedenému programu skupinového cvičení můžeme říct, že navzdory chronickému stádiu onemocnění a vyššímu věku pacientů je možné pravidelnou fyzioterapií dosáhnout pozitivních výsledků v rámci testování a zlepšení fyzické kondice pacientů po poliomyelitidě.

Klíčová slova: pohybová intervence; poliomyelitis anterior acuta; postpoliomyelitický syndrom

Abstract: Patients who have recovered from poliomyelitis need regular physical activity to maintain joint mobility, muscle strength and a good physical form. At the end of the 1980s, a consulting room for polio was established at Department of Rehabilitation Medicine, Charles University, First Faculty of Medicine and General University Hospital in Prague, in which patients from the entire Czech Republic are still being treated. As of 7 August 2020, the total number of polio pa-

tients registered at our workplace was 480. In terms of rehabilitation, this group of patients has certain specifics. Most importantly, they were led to exercise regularly since they were children, but as they had limited opportunities for physical activities, they were motivated to pursue education as well. The aim of their follow-up was to evaluate the effect of group exercise under the supervision of a physiotherapist on the basis of selected objective and subjective tests.

Methods: Within the group exercise program that ran from January to March 2020, two groups of patients recovered from poliomyelitis regularly visited our clinic. Their age ranged from 64 to 77, averaging at 71.64 ± 3.75 years. The total number of patients was 14. The total number of therapy sessions was 5, with a frequency of once every 14 days. The patients were examined before their first therapy session by a rehabilitation doctor and a physiotherapist. They underwent subjective tests such as Visual analog scale (VAS) and The 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) as well as objective functional tests as Time Up and Go (TUG) and stabilometric examination on the PhysioSensing platform. A set of 9 basic exercises was prepared for the patients, who performed them in their therapy sessions on a regular basis. Patients were also asked to perform the exercises once a day as part of self-treatment, and to keep a rehabilitation diary. Output testing was performed during the last therapy session and the effect of the therapy was evaluated subsequently.

Results: The results of the subjective evaluation are very positive - there was an improvement in VAS and SF-36 (specifically in the domain of Health Change). From an objective point of view, there was a statistically significant acceleration of walking in the TUG from 14.21s input to 11.89s at the exit (acceleration by 2.33 ± 2.92 s, at the level of statistical significance 0.05 is $p = 0.013$) and there was also better optimal weight distribution and load of the standing platform on the PhysioSensing stabilometric platform. The limitations of our study include small sample of patients and a short follow-up time. However, in the intervention we are limited by the age of the patients and the associated comorbidities. Given the above-mentioned group exercise program, we can say that despite the chronic stage of the disease and the relatively old age of the patients, regular physiotherapy can achieve positive results in testing and improving the physical condition of patients recovered from poliomyelitis.

Keywords: physical intervention; poliomyelitis anterior acuta; post-polio syndrome

Poliomyelitida – latinsky poliomyelitis acuta anterior (dětská obrna) je akutní virové onemocnění způsobené poliovirem ze skupiny enterovirů. Do organismu se virus dostává fekálně-orální cestou, na vrcholu nákazy též kapénkovou infekcí a napadá šedou hmotu míšní (mozek a míchu). V případě postižení míchy jsou napadeny a ničeny buňky v předních rozích míšních, tzv. alfa motoneurony. Tyto motoneurony přepojují informace z kůry mozkové ke svalovému vláknu a při jejich poškození vzniká periferní obrna svalu. Konečný stav postižení závisí na množství postižených alfa motoneuronů. Pokud dojde k nákaze v dětském věku, postižená končetina se nevyvíjí fyziologicky. Dochází tak k asyme-

trickému růstu končetin a k ochabování břišních či zádočných svalů. V důsledku těchto dysbalancí se kostěný aparát zatěžuje nerovnoměrně, a to vede ke vzniku sekundárních poruch jako jsou artrózy, deformity kloubů, hrudníku či skoliózy. Jedinec má celkově vadné držení těla a nesprávné pohybové stereotypy. Při nákaze poliovirem může onemocnění probíhat bez klinických projevů, nebo vznikají příznaky podobné běžné viróze (horečka, bolest hlavy, únava...). U malé části jedinců nastává svalová slabost až neschopnost pohybu (Dlouhá, n.d.).

Havlová (2002) uvádí, že celosvětově existuje asi 12 milionů lidí, kteří trpí na následky poliomyelitidy, z toho se u 60-75 %

lidí rozvinul postpoliomyelitický syndrom (PPS). Jedná se o soubor potíží, který vede k horšení minimálně 15 let trvajícího dosud stabilizovaného stavu. Pro stanovení diagnózy je nutno splnit přísná diagnostická kritéria s dominantními příznaky myoskeletárními nebo neuromuskulárními. U pacientů se vyskytuje zvýšená unavitelnost, velké bolesti svalů či kloubů, vznik nových atrofií a celkové horšení kondice pohybového aparátu.

V Československu bylo mezi léty 1939-1956 hlášeno 12 868 osob, které onemocněly dětskou obrnou s průměrnou smrtností 9 % (Vaništa, n.d.). Díky zavedení povinného pravidelného očkování se Československo stalo první zemí na světě, kde byla obrna vymýcena na národní úrovni již v roce 1961. Akutní onemocnění se v naší zemi vyskytuje nyní zcela výjimečně, nicméně v roce 2007 bylo v Česku stále ještě asi 10 000 lidí s následky onemocnění. Přesná prevalence PPS není v ČR dohledatelná. Od roku 1988 se Světová zdravotnická organizace usiluje o globální vymýcení nemoci, nicméně v roce 2016 byl Afghánistán, Nigérie a Pákistán ještě endemickou oblastí. Riziko importu poliomyelitidy do evropského regionu stále hrozí (Částková & Králová, 2018; Švestková, 2018).

Jaké jsou dosavadní poznatky o léčebných metodách v terapii poliomyelitidy? Léčba akutního stadia je symptomatická, stejná jako u jiných viróz. Po zvládnutí této fáze a nástupu svalové obrny je rehabilitace nejdůležitější metodou léčby. V ní sehrála stěžejní roli Elizabeth Kenny. Původně zdravotní sestra vypracovala svoji metodiku léčby v podobě horkých zábalů, které relaxovaly svalové spazmy, následovalo uvolňování měkkých tkání a facilitační technika svalové stimulace a svalové reedukace, která vyvolávala kontrakci svalů na úrovni míšních reflexů a tím docházelo ke stimulaci propiocepce. Sestra Kenny vyškolila mnohé pracovníky i v České re-

publice, konkrétně v Jánských Lázních a Velkých Losinách. V lázních byla metoda poskytována jako komplexní rehabilitační léčba součástí, které byla i vodoléčba, magnetoterapie, hydroterapie apod. Období po vzniku akutní poliomyelitidy se neslo ve znamení intenzivní rehabilitace. Metodika podle sestry Kenny na jednu stranu umožnila mnohým pacientům návrat do běžného života, na druhou stranu byli někteří pacienti aktivní až moc, nehledě na svoje postižení. S objevem a rozvojem PPS se názor na pracovní i sportovní zátěž začal měnit a objevovaly se studie, které prokázaly, že u těchto pacientů jsou některá cvičení nevhodná (například cvičení proti velkému odporu) (Dlouhá, n.d.).

U pacientů v chronickém stadiu je doporučována každoročně lázeňská léčba s cílem udržet fyzickou i psychickou kondici, uchovat pracovní schopnost i soběstačnost co nejdéle a zabránit progresi zhoršování zdravotního stavu (Pokorný, 1981).

Na Klinice rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze byla koncem 80. let 20. století zřízena poliomyelitická poradna, ve které jsou dodnes pacienti dispenzarizováni. Celkový počet u nás registrovaných pacientů je přibližně 480 z celé České republiky (počet ke dni 7.8.2020) z toho aktivních pacientů, kteří byli vyšetřeni na našem pracovišti v období 1.1.2019 – 6.8.2020 bylo 78.

Asociace polio byla založená v roce 1990 v Jánských Lázních a sdružuje osoby postižené následky po poliomyelitidě. V současnosti má přibližně 900 členů, z toho zhruba 670 je aktivních (ústní sdělení, PhDr. Marcela Stránská, srpen 2020).

Dosavadní poznatky efektu fyzioterapie jsou v odborné literatuře velmi minimální. Rešerše klinických studií za posledních 10 let zaměřená na popis intervence efektu fyzioterapie v oblasti dolních končetin u pacientů v chronické fázi poliomyelitidy nalezla pouze 2 studie, ve kterých však

nebyl prokázán významnější vliv specifického cvičení (aerobní cvičení, posilování, funkční trénink, stimulace pomocí vibrací) na vybrané parametry testů (dynamometr, 10metrový test chůze, kardiorespirační parametry) (Da Silva, 2018; Voorn et al., 2016). Rešerše bylo provedena v databázích PubMed a EBSCO. Pacienti po poliomyelitidě potřebují pravidelnou pohybovou aktivitu pro udržení mobility kloubů, svalové síly a celkové kondice. V rámci rehabilitace má tato skupina pacientů jistá specifika. Pacient byli od dětství vedeni k pravidelnému cvičení a měli omezené možnosti pohybových aktivit, proto byli vedeni spíše ke studiu.

V roce 2020 proběhl na našem pracovišti pilotní projekt, jehož cílem bylo zhodnocení efektu desetitýdenní pravidelné pohybové aktivity u pacientů po poliomyelitidě pod dohledem fyzioterapeuta. Předpokládali jsme, že po pravidelném cvičení dojde ke zlepšení ve vybraných testech zaměřených na funkce pohybového aparátu (chůze, rovnováha, kvalita života a bolest).

METODY

Soubor

V rámci programu skupinového cvičení docházely od ledna do března 2020 na naši kliniku pravidelně dvě skupiny pacientů po poliomyelitidě. Nábor pacientů byl proveden telefonicky. Náhodně jsme oslovily 36 pacientů registrovaných v poliomyelitické poradně, jejichž místo bydliště je Praha a okolí. Celkový počet pacientů, kteří se studie účastnili byl 14, z toho 10 bylo žen (71,4 %) a 4 byli muži (28,6 %). Věk pacientů se pohyboval od 64 do 77 let, průměrně to bylo $71,64 \pm 3,75$ roků. Pacienti byli postižení poliovirem průměrně ve věku 1,71 roků a doba od propuknutí nemoci byla průměrně 69 let. Průměrná váha byla $74,02 \pm 18,94$ kg, průměrné BMI bylo $27,33 \pm 6,37$ a průměrná výška byla $164,29 \pm 0,82$ m. Tři pacienti měli hodnotu

FAC (Functional Ambulation Category) 4 (21,4 %), FAC 5 mělo 11 (78,6 %) osob. Test FAC hodnotí míru potřebné pomoci během chůze, přičemž od kategorie FAC 3 jsou pacienti schopni samostatné chůze bez dopomoci druhé osoby (Rosanna Chau et al., 2013). Diagnostikovaný PPS mělo 12 pacientů (85,7 %), přičemž do statistické analýzy bylo zahrnuto všech 14 pacientů. Současně postiženou pravou i levou dolní končetinu mělo 7 osob (50,0 %).

Použité metody

Jak je již uvedeno výše, rešerše intervenčních studií efektu fyzioterapie v oblasti dolních končetin u pacientů v chronické fázi poliomyelitis provedena v databázích PubMed a EBSCO poskytla pouze 2 adekvátní články, ve kterých nebyl prokázán významnější vliv specifického cvičení (Da Silva, 2018; Voorn et al., 2016). Z literatury také není známo, zda pacienti s PPS a bez něj reagují na terapii v chronickém stadiu rozdílně. Proto jsme hodnotící nástroje a samotnou intervenci volily tak, aby jejich použití bylo v rehabilitační praxi běžné a v klinických studiích známé. Při výběru jsme byli také limitováni technickým vybavením pracoviště (výše zmiňované studie hodnotily kardiorespirační parametry nebo používaly dynamometr na hodnocení síly svalů dolních končetin). Námi vybrané testy jsou nenáročné na provedení jak pro pacienta, tak pro terapeuta. Jedná se o subjektivní test bolesti Vizuální analogová škála (VAS), který jsme použily pro hodnocení v oblasti kolenního a hlezenního kloubu. VAS hodnotí intenzitu bolesti na 10 cm dlouhé úsečce, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 nesnesitelnou bolest (Hyšperská & Kříž, 2009). Dále jsme pro celkové zhodnocení kvality života použily standardizovaný dotazník The 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), který se používá ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím. Dotazník obsahuje 36 otázek týkajících se osmi domén zdravotního stavu a jedné in-

individuální otázky (fyzická aktivita, omezení fyzické aktivity, omezení způsobené emočními problémy, vitalita, celkové psychické zdraví, společenská aktivita, tělesná bolest, celkové vnímání zdraví a změna zdraví). Výsledná hodnota se pohybuje od 0 do 100, přičemž 100 značí dobrý, 0 špatný zdravotní stav. Skóre pod 50 může být interpretováno pod normou obecné populace (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018; Vaňásková & Bednář, 2013).

Z objektivních testů byl zaznamenáván test chůze Time Up and Go (TUG), který hodnotí schopnost chůze a riziko pádu, mobilitu a rovnováhu u starších jedinců. Je vhodný pro lidi nad 65 let. Používá se zejména u neurologických diagnóz. V testu se počítá čas, který pacient potřebuje na postavení se ze židle, projetí třech metrů, otočení se, chůzi zpět a posazení se zpátky na židli (Podsiadlo & Richardson, 1991). Posledním objektivním testem bylo stabilometrické vyšetření na plošině PhysioSensing (Sensing Future Technologies, 2021). Jedná se o přenosnou balanční a tlakovou platformu s vizuální zpětnou vazbou. Plošina má zabudovaný software, který umožňuje testování, trénink i terapeutické hry. Používá se v neurologii, ortopedii i sportovní medicíně. Pro účely naší studie jsme vybraly test statické analýzy tlaku nohou (mapa otisku plosky nohy ve statickém stoji). Tento rychlý a jednoduchý test analyzuje rozložení plantárního tlaku v sagitální rovině a pomocí barevné škály ukazuje střed tlaku. Plošina se využívá zejména v zahraničí a zatím neexistují klinické studie, s kterými bychom mohly naše výsledky porovnat. Popsané rozložení

plantárního tlaku jsme zjišťovali na začátku a na konci studie. Zjišťovali jsme, zda se po cvičenílepší rozložení tlaku na plosce, což má vliv na optimalizaci zátěže celé končetiny a tím může zlepšit i stereotyp chůze.

Před první terapií byli pacienti vyšetřeni rehabilitačním lékařem a fyzioterapeutem, byly provedeny subjektivní i objektivní testy popsané výše. Na poslední terapii bylo provedeno výstupní testování a následně zhodnocen efekt terapie.

Intervence

Pro pacienty byla připravena sestava s 9 základními cviky, které se na terapiích pravidelně opakovaly a postupně se zvyšovala jejich obtížnost. Soubor cviků byl sestaven individuálně s respektem na komorbiditu a funkční omezení pacientů po poliomyelitidě, a to na základě praktických zkušeností autorek. Cviky byly zaměřeny na korekci držení těla v sedu i ve stoji, protažení svalů zad, trupu a končetin a na zlepšení sagitální stabilizace páteře a trupu. Byly využity neurofyzilogické fyzioterapeutické metody jako Dynamická neuromuskulární stabilizace (DNS) či McKenzie koncept (Kobesová et al., 2020; Nováková, 2020). Na obrázku 1 je ukázka cviků. Celkový počet terapií byl 5 s frekvencí jednou za 14 dní. Jedna terapeutická jednotka trvala 45 minut. Pacienti měli za úkol cviky provádět také v rámci autoterapie s frekvencí 1krát denně a vyplňovat rehabilitační deník, na základě, kterého jsme zjistili, že pacienti cvičili průměrně 5x/týden. Pacienti současně nenavštěvovali žádné další rehabilitační zařízení.



Obrázek 1.

ANALÝZY DAT

Pro statistické zpracování dat byl využitý statistický software SPSS 13.0. Ze statistických metod byl použitý test normality Shapiro-Wilk, kterým bylo zjištěno, že většina parametrů nemá normální rozdělení, a proto byl k testování použit neparametrický test Wilcoxonův pro 2 závislé výběry. Dále byl využit neparametrický Spearmanův koeficient korelace.

VÝSLEDKY

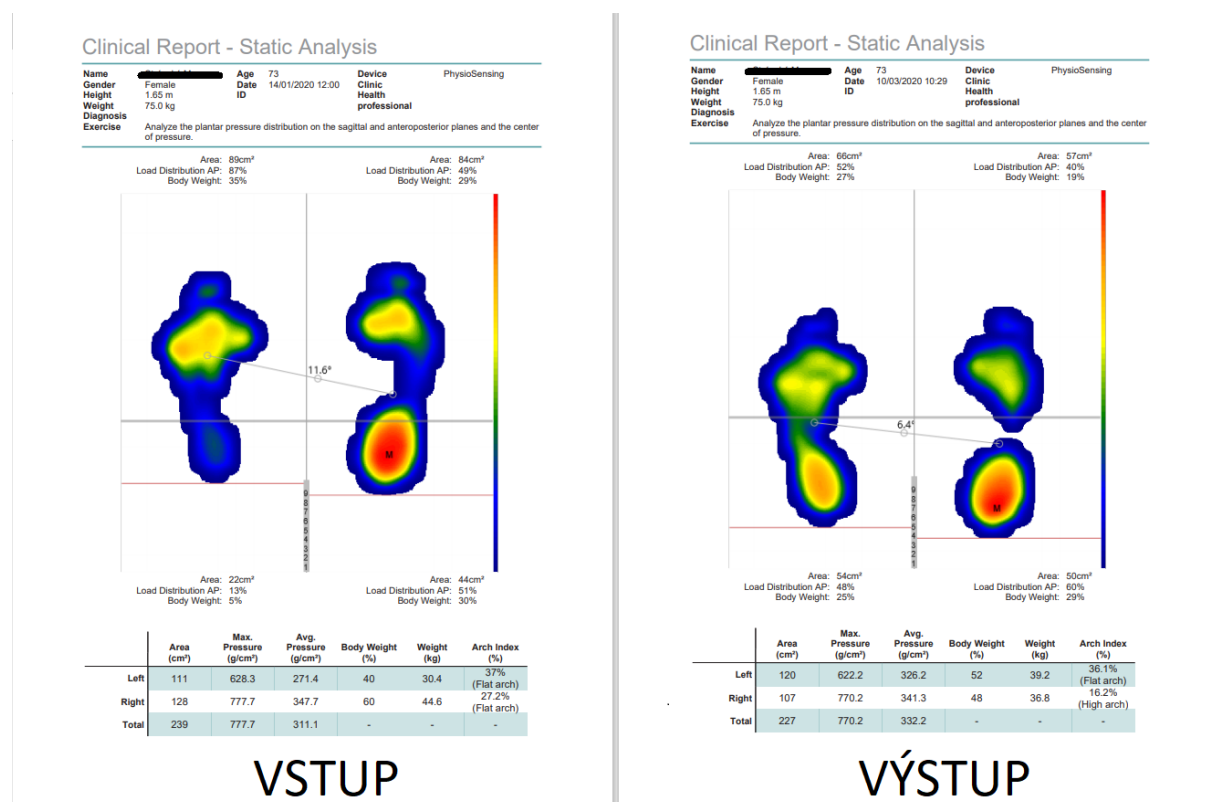
Po 10týdenní intervenci došlo k pozitivním změnám subjektivního i objektivního hodnocení, viz Tabulka 1. V testu kvality života SF-36 došlo ke zlepšení ve 3 doménách (omezení způsobené emočními problémy, celkové vnímání zdraví a změna zdraví). Ke statisticky významnému rozdílu na hladině významnosti 0,05 došlo v doméně „Změna zdraví“, kde bylo na výstupu patrné zlepšení o 8,93 bodů. Co se týče škály bolesti VAS (kolene a hlezna), pacienti udávali na vstupním vyšetření VAS 2, na výstupu 1,37. Tento rozdíl nebyl statisticky významný. Zmírnění bolesti pomocí škály VAS nekoreluje s výsledkem dotazníku SF-

36, kde bylo v doméně „Tělesná bolest“ na výstupu patrné zhoršení o 7,14 bodů (statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,1). Tento rozdíl si však vysvětlujeme tím, že škála VAS zjišťovala bolest pouze v oblasti kolene a hlezna, ale doména „Tělesná bolest“ měla za úkol zjistit celkově bolest v oblasti pohybového aparátu.

Z objektivního hlediska došlo ke statisticky významnému zrychlení chůze v testu TUG z 14,21s vstupně na 11,88s při výstupu (zrychlení o $2,33 \pm 2,92s$, statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,05). Mapa otisku plosky nohy testována ve stoji na stabilometrické plošině PhysioSensing prokázala optimálnější a symetričtější rozložení hmotnosti (v kilogramech i procentech) v sagitální rovině. Na obrázku 2 je znázorněná ukázka provedené statické analýzy, kde je jasně vidět rozdíl mezi rozložením opěrné plochy na začátku a na konci studie. Na obrázku vpravo je také možné vidět barevnou změnu (zelená barva značí symetričtější rozložení tlaku, červená barva značí místa s vyšším statickým tlakem). U této pacientky dominuje největší zátěž v oblasti pravé paty, na

výstupním obrázku je však možné pozorovat, že barva pravé paty není dominantně červená, ale přechází do oranžovo žluté. V dolní tabulkové části obrázku lze vyčíst, že rozložení váhy těla bylo při vstupním vyšetření o 20 % více vpravo (o 14,2 kg), při výstupním vyšetření se zátěž symetrizovala a rozdíl byl pouze 4 % (2,4 kg) což je norma u dospělé populace (Véle, 2006). Na výstupním vyšetření měla pacientka o 7,5 g/cm² menší maximální plantární tlak.

Výsledky však nebyly statisticky významné a také chybí normativní data nebo klinické studie, se kterými bychom mohly naše výsledky porovnat. Pomocí Spearmanova koeficientu korelace mezi rozdíly vstupních a výstupních hodnot jsme na zvolené hladině významnosti 0,05 zjistili, že změny v subjektivních i objektivních testech, které způsobilo cvičení nejsou závislé na věku a BMI.



Obrázek 2.

Tabulka 1. Statistická charakteristika pro rozdíl hodnot parametrů (vstup – výstup) a výsledek neparametrického Wilcoxonova testu mezi vstupem a výstupem

Parametr	Vstup	Výstup	Průměr rozdílu	Směrodatná odchylka	p
Vizuální analogová škála (VAS)					
VAS (pravé koleno)	2,64	1,71	0,93	3,43	0,313
VAS (levé koleno)	2,79	2,21	0,57	2,59	0,397
VAS (pravé hlezno)	1,21	0,71	0,50	1,51	0,196
VAS (levé hlezno)	1,36	0,86	0,50	1,65	0,288
Time Up and Go (TUG)					
TUG (s)	14,21	11,88	2,33	2,92	0,013
Dotazník SF-36					
Fyzická aktivita	49,29	43,57	5,71	12,99	0,143
Omezení fyzické aktivity	46,43	39,29	7,14	28,47	0,380
Omezení způsobené emočními problémy	61,93	78,64	-16,71	53,62	0,168
Vitalita	53,21	51,79	1,43	14,06	0,888
Celkové psychické zdraví	72,86	71,14	1,71	19,26	0,813
Společenská aktivita	69,86	66,21	3,64	24,26	0,446
Tělesná bolest	56,14	49,00	7,14	16,10	0,058
Celkové vnímání zdraví	49,29	50,36	-1,07	17,23	0,705
Změna zdraví	35,71	44,64	-8,93	12,43	0,026

DISKUSE

V hodnocení výsledků naší intervenční studie jsme se opíraly o standardizované subjektivní i objektivní testy běžně používané ve fyzioterapeutické praxi. Délka trvání intervence byla 10 týdnů. Vzhledem k tomu, že se podobnou problematikou zabývá minimum autorů, je porovnání velmi obtížné. Voorn a kolektiv (2016) sledoval 44 pacientů s PPS 16 týdnů. Pacienti byli rozděleni do experimentální (n=22) a kontrolní skupiny (n=22). Kontrolní skupina v naší pilotní studii chybí, protože je velmi složité získat pacienty pouze pro vyšetření subjektivních a objektivních parametrů v relativně krátkém časovém odstupu bez návrhu jakékoli další intervence.

Již samotný transport na kliniku je pro řadu z nich náročný a vyžaduje doprovod. Chybění kontrolní skupiny je obecně jednou z příčin, proč většina fyzioterapeutických intervencí nemá potřebné evidence-based. (Bartolo et al., 2015, Winters et al., 2018). Intervence pacientů v experimentu popisovaném Voornem byla skupinová cvičení 1x/týden (posilování a funkční trénink) a domácí cvičení na ergometru 3x/týden. Průměrný věk pacientů byl nižší než u nás (60,1±7,4 roků) a rozdělení podle pohlaví bylo vyvážené (v naší studii bylo 10 žen 4 byli muži). Pacienti byli postižení poliovirem průměrně ve věku 3 let (v naší studii to bylo ve věku 1,71 let). Pomocí dynamometru sledoval změny svalové síly

dolních končetin a podle zátěžového vyšetření na ergometru měřil kardiorespirační parametry. Své výsledky srovnával s kontrolní skupinou (průměrný věk 56,7±8,9, 13 žen, 9 mužů, BMI 25,6±4,3, postižení poliovirem ve věku 2 let), která byla vybavena ortézami, medikací a byla léčená běžnou fyzioterapií. Co je myšleno běžnou fyzioterapií však nebylo popsáno, což bývá velmi často nedostatkem většiny fyzioterapeutických studií (Bartolo et al., 2015). Po 4 měsících sledování nebyly v experimentální skupině patrné žádné významnější změny oproti kontrolní skupině. Lze tedy říct, že trénink pro zvýšení aerobní kapacity u PPS byl neefektivní a zlepšení aerobní kapacity prostřednictvím cvičení zaměřeného na dolní končetiny je obtížné. Proto jsme se v našem pilotním projektu rozhodly využít raději individuální přístup pomocí tréninkových programů šitých na míru aerobní (svalové) kapacity jednotlivce, z čeho by mohli pacienti s PPS více profitovat.

Da Silva (2018) testovala pomocí celotělové vibrace přístrojem Power Plate na jedincích po prodělání poliomyelitidy (s nebo bez PPS) nácvik zatěžování. Studie se účastnilo 15 jedinců, z toho 6 bylo mužů a 9 žen, kteří absolvovali 2 intervenční bloky. Každý blok trval 4 týdny a pacienti absolvovali 2x/týden 10 až 20minutovou terapii pomocí celotělové vibrace, přičemž se střídaly bloky s nižší a vyšší frekvencí vibrací. Průměrný věk byl 63,8±9,4 roků a PPS byl diagnostikován u 14 z nich. Pacienti byli postiženi poliovirem ve věku 3,7±4,8 roku. Ke změnám došlo pouze ve sledování bolesti (dotazník Brief Pain Inventory Severity, ve kterém znamená 1 mírnou a 10 závažnou bolest), která se snížila z 3,36 na 2,64 bodů. Ostatní sledované parametry (dotazník Brief Pain Interference a 10metrový test chůze 10 mWT) byly beze změny. Jako pozitivum však autorka hodnotí, že typické příznaky PPS (únava, poruchy spánku, svalové křeče...) se bě-

hem účasti významně nezhoršily. Lze tedy říct, že celotělová vibrace je pro tuto populaci bezpečná metoda cvičení s vlastní váhou.

Frekvence vedených skupinových terapií v naší studii byla delší (1x/14 dní) ale pacienti měli za úkol provádět cvičení v rámci autoterapie každý den. Jak již bylo uvedeno výše, v rámci fyzioterapie jsme přistupovali k volbě terapeutických cviků komplexně, přičemž jsme kombinovali různé fyzioterapeutické metody či koncepty. Zaměřili jsme se na zlepšení držení těla, napřímení páteře, zlepšení kloubní mobility a protažení svalů zad, trupu a končetin a na zlepšení sagitální stabilizace páteře. Tento více méně nestandardizovaný postup přinesl zlepšení jak subjektivní, tak objektivní. Jsme si vědomí limitací, kterou je absence kontrolní skupiny, avšak v této studii jsme byly limitováni vyšším věkem pacientů, s čím byla spojena také ochota pacientů pravidelně dojíždět na naše pracoviště. Pravidelné dojíždění spojené se zvýšenou aktivitou mohlo rovněž ovlivnit výsledky testu SF-36. Přestože se pacienti statisticky významně zlepšili ve výkonostním testu chůze TUG, v položkách SF-36 týkajících se fyzické aktivity a vitality došlo naopak ke zhoršení, které však nebylo statisticky významné. Je možné, že pacienti si díky pravidelnému cvičení, kde zapojovali i jiné části těla více uvědomili svoje fyzické postižení a limitace. Objektivní zlepšení často pacienti s chronickými pohybovými problémy nevnímají. Zapomenou, jak jim některé motorické aktivity šly na počátku. V případě výkonu u chůze bývá někdy nutné pacientům ukázat například na grafech, jak se zvyšovala jejich aktivita. Pouhé sdělení výsledku často nestačí. Výrazné zlepšení v oblasti omezení způsobeného emočními problémy, které pro velký rozptyl není statisticky významné mohlo být ovlivněno i tím, že si naopak uvědomili, že prožívání bolesti zhoršuje emoční problémy. Výsledné hodnoty do-

tazníku kvality života SF-36 mohly také ovlivnit další faktory (osobní či sociální), které navýšily výsledné skóre, takže nelze s jistotou říct, že ke zlepšení subjektivního stavu došlo pouze vlivem fyzioterapie. Je rovněž nutno vzít v úvahu, že pacienti si nepamatují a neuvědomují, jak skórovali na počátku, vliv může mít jejich aktuální psychické a fyzické nastavení. Doba sledování byla relativně krátká, takže rozdíly mohli být ovlivněné i tzv. efektem nácviku. Další limitací naší studie je malý vzorek pacientů a také fakt, že jsme hodnotily efekt terapie obecně u pacientů v chronickém stadiu poliomyelitidy a nerozlišovaly jsme, jestli se jedná o pacienty s nebo bez PPS.

V České republice se pacienti v akutním stadiu nevyskytují. Dá se tedy říct, že populace pacientů v chronickém stadiu je u nás unikátní a specifická, na druhou stranu je těchto lidí čím dál tím méně. Jejich rehabilitace se vyvíjela postupně dle individuálních potřeb. V dnešní době jsou již pacienti vybavení kompenzačními pomůckami včetně pomůcek na zlepšení lokomoce i personálních všedních denních aktivit. Vzhledem k tomuto faktu je pacientům doporučována každoročně lázeňská léčba, což je specifikum České republiky, žádná další specifická nebo cílená terapie v České republice pro tuto populaci není. Na základě výše uvedených informací si myslíme, že prevence, diagnostika i léčba poliomyelitidy je dostatečná a velmi dobře popsána v odborné literatuře.

LITERATURA

- Bartolo, M., Zucchella, C., Tortola, P., Spicciato, F., Sandrini, G., & Pierelli, F. (2015). Clinical scales for measuring stroke rehabilitation promote functional recovery by supporting teamwork. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(2), 195–202.
- Částková, J., & Králová, R. (2018, říjen 24). Aktuální epidemiologická situace. Odborná konference Postpoliomyelitický syndrom. Přenosná dětská obrna. Zkušenosti obrnářů, Praha. <https://www.youtube.com/watch?v=ICw-YmlcoYM>
- Da Silva, C. P. (2018). Whole Body Vibration Methods with Survivors of Polio. *JoVE - Journal of Visualized Experiments*, (140), e58449. <https://doi.org/10.3791/58449>
- Dlouhá, Z. (n.d.). Akutní poliomyelitis a PPS. Část 1 - Část 8. <https://postpolio.webnode.cz/odborne-texty/pro-lekare2/akutni-poliomyelitis-a-pps/>

Z hlediska intervence máme za to, že u této skupiny pacientů je s výhodou provádět skupinová cvičení s menším počtem pacientů ve skupině a vzhledem k vyššímu věku a dalším komorbiditám si myslíme, že z fyzioterapie zaměřené obecně na celý pohybový aparát budou mít pacienti větší profit. V případě opakování studie bychom zvolily větší vzorek pacientů a delší dobu sledování. S výhodou by bylo také vytvořit kontrolní skupinu, která by pokračovala ve svých běžných aktivitách bez zařazení pravidelné fyzioterapie, se kterou bychom mohly naše výsledky porovnávat. V případě větší skupiny by bylo zajímavé sledovat rozdíly mezi pacienty s PPS a bez něj.

Závěr

Výsledky uvedeného programu skupinového cvičení ukazují, že navzdory chronickému stádiu onemocnění a vyššímu věku pacientů je možné pravidelnou fyzioterapií s korekcí fyzioterapeuty dosáhnout objektivního zlepšení fyzické kondice pacientů po poliomyelitidě. Pozitivní výsledky jsou i v subjektivních testech bolesti a v hodnocení kvality života. V našich podmínkách se jedná o poměrně malou a velmi specifickou skupinu, ale naše závěry by mohly být prakticky využitelné v zemích, kde stále přibývá akutních onemocnění a chroničtí pacienti mohou být velkým problémem pro zdravotní systém.

- Havlová, M. (2002). Problematika „postpoliomyelitického syndromu“. *Neurologie pro praxi*, 3(4), 190-192.
- Hyšperská, V., & Kříž, J. (2009). Diagnostika a léčba bolesti u pacientů po poranění míchy – naše zkušenosti. *Neurologie pro praxi*, 10(3), 153-159.
- Kobesová, A., Davidek, P., Morris, C.E., Andel, R., Maxwell, M., Oplatková, L., Safarova, M., Kumagai, K., & Kolar, P. (2020). Functional postural-stabilization tests according to dynamic neuromuscular stabilization approach: Proposal of novel examination protocol. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 24(3), 84-95.
<https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.01.009>
- Nováková, E. (2020). Sbírka komentářů z McKenzie kurzů. *McKenzie Magazín*, (34), 9-14.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>
- Pokorný, F. (1981). Je poliomyelitida ještě problémem? Současný stav. *Praktický lékař*, 61(8), 287-289. Přepis: <https://postpolio.webnode.cz/odborne-texty/post-poliomyeliticky-syndrom/je-poliomyelitida-jeste-problemem-/>
- Rosanna Chau, M.W., Chan, S.P., Wong, Y.W., & Lau, M.Y.P. (2013). Reliability and validity of the modified functional ambulation classification in patients with hip fracture. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 31(1), 41-44. <https://doi.org/10.1016/j.hkpi.2013.01.041>
- Sensing Future Technologies (2021). PhysioSensing, Balance & Pressure Plate.
<https://www.physiosensing.net/>
- Švestková, O. (2018, říjen 24). Zkušenosti z Polio poradny a občany s polio v současnosti. Odborná konference Postpoliomyelitický syndrom. Přenosná dětská obrna. Zkušenosti obrnářů, Praha. <https://www.youtube.com/watch?v=PXS2esnldWo>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2018, 19. říjen). ÚZIS ČR v oblasti mezinárodních klinických klasifikací mezi dvaceti nejprestižnějšími institucemi na světě.
<https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8465>
- Vaništa, J. (n.d.). Poliomyelitida včera, dnes a zítra. <https://postpolio.webnode.cz/odborne-texty/post-poliomyeliticky-syndrom/poliomyelitida-vcera-dnes-a-zitra-/>
- Vaňásková, E., & Bednář, M. (2013). Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. *Neurologie pro praxi*, 14(3), 133-135.
- Véle, F. (2006). *Kineziologie*. Triton.
- Voorn, E.L., Koopman, F.S., Brehm, M.A., Beelen, A., Haan, A., Gerrits, K.H.L., & Nollet, F. (2016). Aerobic exercise training in post-polio syndrome: Process evaluation of a randomized controlled trial. *Plos One*, 13(1), e0192338.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192338>
- Winters, C., Kwakkel, G., van Wegen, E. E. H., Nijland, R. H. M., Veerbeek, J. M., & Meskers, C. G. M. (2018). Moving stroke rehabilitation forward: The need to change research. *NeuroRehabilitation*, 43(1), 19–30. <https://doi.org/10.3233/NRE-172393>

MŮJ-DRUHÝ-HLAS (I když nemluvím, tak se domluvím)

MY-SECOND-VOICE (Even though I cannot speak, I can communicate)

Petr Novák

Katedra kybernetiky, Fakulta elektrotechnická, ČVUT v Praze,

Email: novakpe@fel.cvut.cz

Abstrakt: Řeč je pro člověka velmi důležitou potřebou při každodenní komunikaci s okolím. Někteří lidé se však nemohou vyjadřovat / domlouvat tak, aby jím okolí vždy rozumělo, např. používají znakovou řeč, nezřetelně vyslovují atd. S tímto účelem vznikla aplikace nazvaná Můj-Druhý-Hlas (M2H), ovládaná dotykem na obrazovce tabletu / telefonu a obsahující několik možností komunikace s využitím převodu textu na mluvenou řeč.

Zahrnuje způsoby od jednoduchého, a tedy okamžité přečtení před-připravených vět / frází z vytvořeného seznamu, přes rychlou komunikaci pomocí kolekce mnoha obrázků / piktogramů až po sestavení i složitějších vět formou výběru jednotlivých slov z připravených seznamů (osoba, čas, místo, ...). Dále aplikace poskytuje rychlou tvorbu mnoha účelových vět pomocí tzv. gest, tvořených pouze pohybem prstu po zadaných obrázcích / značkách na displeji. Samozřejmě je možnost psaní zcela vlastního textu (s využitím slovníku) a jeho čtení podle potřeby pouhým dotykem, tedy po slovech, větách, odstavcích nebo vše. Poslední volba je cokoli namalovat (prstem) pomocí čtyř barev a tím v mnoha případech obejít zdlouhavé a náročné psaní / čtení (např. náskres cest, nebo myšlenky).

Náplň aplikace, tedy všechny texty (věty, fráze, slova), obrázky a gesta lze doplnit / upravit / vytvořit zcela podle vlastní potřeby, a to i přímo v aplikaci / tabletu. Rovněž je možno náplň do aplikace sdílet a stahovat z WWW.

Klíčová slova: nemluvicí; text na řeč; mobilní zařízení

Abstract: Speech is a very important need for a person in everyday communication with the environment. However, some people cannot express / agree in such a way that their surroundings always understand it, eg use sign language, pronounce indistinctly etc. For this purpose, an application called My-Second-Voice (M2H) was created, controlled by touching the tablet / phone screen and containing several communication options using text-to-speech.

It includes methods from simple and therefore immediate reading of pre-prepared sentences / phrases from the created list, through fast communication using a collection of many pictures / pictograms to compiling even more complex sentences by selecting individual words from prepared lists (person, time, place...). Furthermore, the application provides quick creation of many purposeful sentences using so-called gestures, formed only by moving your finger on the entered images / marks on the display. Of course, it is possible to write your own text (using a dictionary) and read it as needed by a simple touch, i.e. after words, sentences, paragraphs or everything. The last option is to paint anything (with your finger) using four colours and thus in many cases bypass lengthy and demanding writing / reading (e.g. drawing a path or ideas).

The content of the application, i.e. all texts (sentences, phrases, words), images and gestures can be added / edited / created completely according to your own needs, even directly in the application / tablet. It is also possible to share the content in the application and download it from the WWW.

Keywords: non-speaking; text to speech; mobile devices

Grantová podpora/Funding: Interní zdroje Katedry kybernetiky ČVUT v Praze

Řeč je pro člověka velmi důležitá schopnost pro snadnou a hlavně rychlou komunikaci s okolím (Werker & Tees, 1992). Jedná se o způsob komunikace pro jakékoli příležitosti, ať jde o volnočasovou kamarádkou debatu, přes častou potřebu při nakupování, až po složitou návštěvu nějakého úřadu. Řeč představuje schopnost jak celkem snadno a rychle sdělit i skutečně velké množství informací. Ti, co jsou o tuto schopnost částečně, protože jim není dobře rozumět, nebo dokonce zcela ochuzeni, tak mají samozřejmě velmi ztížený kontakt s okolním světem (Ryan et al., 1995; Vlková et al., 2016), což si mi ostatní nedokážeme ani uvědomit. Tito lidé sice dovedou vcelku dobře komunikovat mezi sebou, například pomocí znakové / posunkové řeči, ale naprostá většina obecného okolí jím bohužel (často vůbec) nerozumí (Lloyd & Karlan, 1984).

Avšak se stále větším rozvojem technického vybavení lze i lidem s různými omezeními velmi vhodně pomoci (Kutíková et al., 2016). V současné době již existuje několik zařízení / aplikací kde lze nejen vybrat obrázek (Speech Mate), ale dokonce napsat i celý text a ten je převeden na mluvenou řeč srozumitelnou právě pro obecné okolí. Tyto aplikace jsou však bohužel buď velmi omezené / účelově zaměřené (*Máme řešení i pro těžké formy handicapu*, 2017), tedy pouze obrázky, nebo pouze texty, případně velmi

drahé, nebo neposkytují možnost úpravy obsahu podle potřeb aktuálního uživatele. Případně nejsou vůbec dostupné v českém jazyce (*12 Apps That Help People with Speech and Communication*, 2019; *Tecla*, 2021; *VoiceMaker*, 2021).

MŮJ DRUHÝ HLAS

Zde popisovaná vytvořená aplikace s názvem Můj-Druhý-Hlas si klade dva hlavní cíle. První spočívá ve spojení několika způsobů komunikace do nějakého vhodného celku. Druhým cílem je umožnit uživateli nejen co možná největší přizpůsobení aplikace, ale zejména vytvoření její náplně zcela podle vlastních potřeb. Jsou tedy dostupné tyto hlavní režimy: Věty / fráze – Vyslovení předem připravených textů dotykem na ně.

Obrázky – Vyslovení libovolných textů (slova / věty) spojených s obrázky. Slova / stručné věty – Sestavení jednoduché věty ze seznamu připravených slov. Vlastní text – Zápis vlastního textu (po písmenech) a jeho čtení podle potřeby.

Gesta – Vyslovení slov / vět podle trasy pohybu prstu po displeji. Malování – možnost prstem rychle cokoli namalovat. Obsah aplikace, tedy nejen všechny zobrazené texty / obrázky, ale samozřejmě i čtené texty, lze vytvořit zcela podle vlastní potřeby. V mnoha případech lze rovněž velmi modifikovat zobrazení a chování aplikace.



Obrázek 1. – Úvodní obrazovka a běžící aplikace Můj-Druhý-Hlas (M2H).

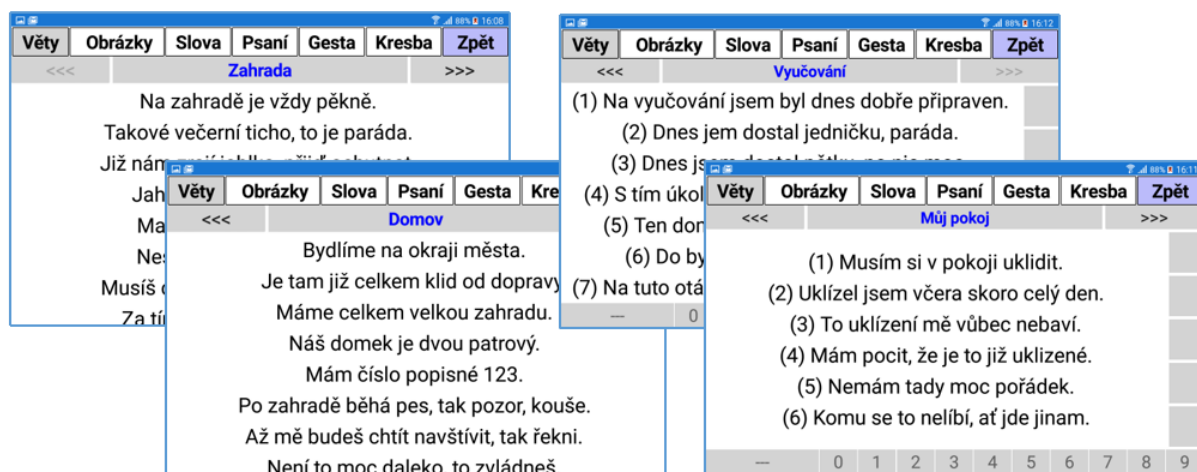
Jedná se o aplikaci určenou pro běžná zařízení s dotykovým displejem, jako jsou tablety a mobilní telefony. V současnosti je dostupná pro operační systém Google/Android (je však zamýšlena i verze pro Apple/iOS). Vždy je zobrazen seznam vět, frází, slov, obrázků, nebo tlačítka pomocí, kterých uživatel vybírá, jaký text se má vyslovit. Aplikace využívá převodu textu na mluvenou řeč, který je obsažen přímo v operačním systému cílového zařízení, není tedy potřeba nic dalšího dokupovat a pracně instalovat. Tento způsob převodu textu na řeč je využíván v mnoha aplikacích (Novák, 2018). Všechny vyslovované texty jsou zapsány jako běžný znakový text a lze je tedy kdykoli upravit podle potřeby. Dále budou probrány jednotlivé schopnosti aplikace podrobněji.

VĚTY A FRÁZE

Nejzákladnějším režimem jsou „Věty / Fráze“. Jde o soubor vět nebo frází, tedy několika slovních spojení. Ty jsou zobrazeny

jako seznam, kterým lze posouvat (nahoru/dolu) a podržením prstu na příslušném textu dojde k jeho vyslovení, tedy převodu tohoto textu na mluvenou řeč. Lze zadat jiný text pro zobrazení (kratší) a jiný pro vyslovení (další). Texty lze v seznamu seřadit podle vlastní priority a současně i obarvit, například pro vyjádření nálady (rychlé nalezení).

Všechny „Věty / Fráze“ jsou uspořádány do témat a dále do skupin, mezi nimiž lze velmi snadno přecházet. Lze si tedy definovat například téma „Škola“ a v ní skupiny „Matematika“ a „Zeměpis“. Takto lze tedy vhodně rozdělit „Věty / Fráze“ na použití podle aktuální situace, omezit tím délky zobrazovaných seznamů, a tak zvýšit rychlost nalezení požadovaného textu. Současně lze „Věty / Fráze“ očíslovat a využít rychlou navigaci (číselnou, nebo hrubou) vhodnou pro delší seznamy. Všechny zobrazované / vyslovované věty jsou zapsány v běžném textovém souboru.



Obrázek 2. Režim předpřipravené věty a fráze.

OBRAZKY

Druhým režimem jsou „Obrázky“. Jde v podstatě (většinou) o matici libovolných (menších) obrázků svázaných s texty vyslovenými při dotyku na příslušný obrázek. Ve většině případů může jít o velmi rozšířené tzv. „komunikační piktogramy“ (Jiný svět, b.r.; *Obrázkové piktogramy*, b.r.; Ko-

houtová, 2017) sloužící k vyjádření nejen nějaké potřeby, touhy, žádosti, ale i nálady. Obrázek nemusí zastupovat pouze jedno vyslovené slovo, ale klidně celou větu nebo i mnohem delší text. Tyto komunikační piktogramy však nejsou všechno. V mnoha situacích je potřeba si vytvořit vlastní obrázky například podle svého oko-

lí: můj pokoj – jdu do svého pokoje, foto kamaráda – jdu navštívit ..., atd. Lze použít i obrázky členů rodiny, například: obrázek babičky s otazníkem – kde je babička.

Obrázky jsou rovněž srovnány do témat a v nich dále do skupin. Lze samozřejmě určit obrázky pro přepínání mezi těmi-

to skupinami (ze skupiny do skupiny) a tak vytvořit celkem komplexní a propracovanou sadu obrázků / piktogramů pro dorozumění se v různých každodenních situacích. Přiřazení vyslovovaných vět k obrázkům je formou textových souborů.



Obrázek 3. Seznamy předpřipravených obrázků a jejich možnosti.

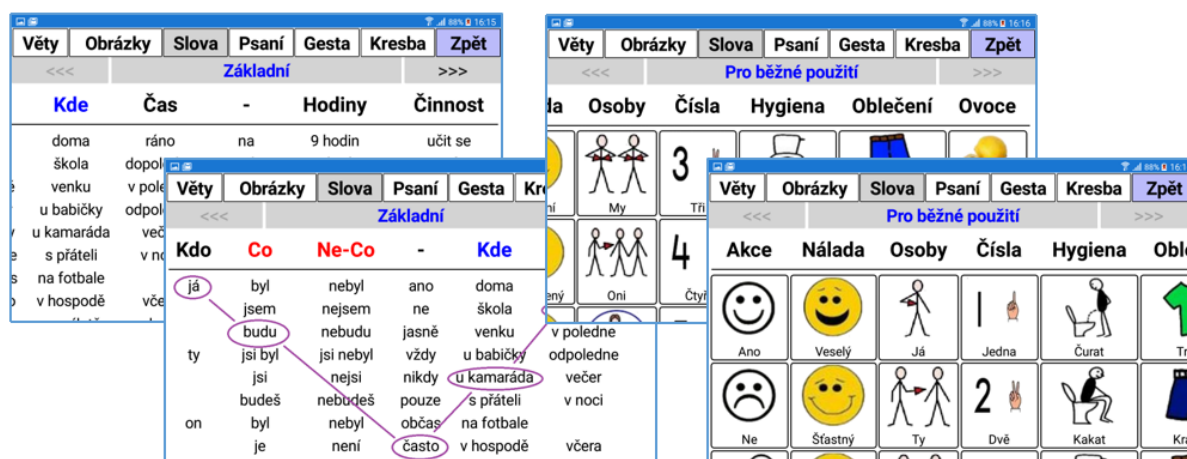
SLOVA

Třetím režimem jsou „Slova“. Jedná se o způsob jak pomocí předpřipravených seznamů slov sestavit rychle jednoduché a tedy stručné věty (Mašťalíř & Pastieriková, 2018). Slova jsou zobrazena ve sloupcích, kde první sloupec obsahuje například zájmena (já, ty, on, ...), druhý větný čas (byl, byla, byli, jsem, budu, ...), třetí denní čas (ráno, poledne, večer, ...), čtvrtý místo (doma, škola, ...) atd. Sloupců a počet slov v nich umístěných není omezen (avšak s ohledem na přehlednost). Lze tedy z každého sloupce postupně vybrat (jedno) slovo dotykem. Každé vybrané slovo je okamžitě přečteno (v současné verzi) a nečeká se tedy na výběr celé věty (je však připraveno).

Takto lze tedy velmi rychle sestavit stručnou větu typu „já – budu – večer – doma“ což je mnohem snazší než ji psát. Čeština je však velmi bohatý jazyk a tyto věty samozřejmě zní, jako když se cizinec učí česky. Na jednu stranu záleží pouze na počtu dostupných slov ve sloupci pro se-

stavní co nejpřijatelnější věty, ale na druhou stranu si je potřeba uvědomit, že jde o velmi stručné věty pro rychlou reakci / odpověď. Samozřejmě není nutno vybrat slovo z každého sloupce, třeba na otázky „Kde budeš večer?“, lze vybrat pouze slovo „Doma“. Seznamy slov tedy mohou sloužit i pouze pro rychlé odpovědi na otázky času, nebo místa.

V tomto režimu lze místo slov (z písmen) použít rovněž (malé) obrázky, umístěné taktéž ve sloupcích, například některé vhodné komunikační piktogramy a sestavovat větu jejich postupným výběrem. Toto může být velkou výhodou pro malé děti (ještě bez znalosti psaní / čtení), nebo lidí s omezenou schopností čtení / psaní. První sloupec může obsahovat tázací slova, druhý členy rodiny, třetí dny v týdnu, čtvrtý denní časy a pátý místa. Takto lze sestavit věty typu „kdy – máma – úterý – večer – doma“. Věta sice nezní ideálně, ale je vhodně účelová. Seznam slov / obrázků v sloupcích je dán obsahem textových souborů.



Obrázek 4. Seznam slov pro tvorbu jednoduchých vět.

PSANÍ

Čtvrtý režim je „Psaní“. Předpřipravené věty / fráze, obrázky a slova jsou samozřejmě velkým pomocníkem pro zvládnutí zejména rychlé / nárazové komunikace, avšak jimi poskytovaná vyjadřovací schopnost je poněkud omezená. Vždy tedy nastanou situace, kdy je potřeba použít / vyslovit nějaký text, jenž není předem připravený. K tomuto slouží právě režim běžného „psaní“, kde lze pomocí obrazové písmenné klávesnice napsat v podstatě libovolný text a ten následně nechat vyslovit. I když se jedná o obvyčejné psaní, tak poskytuje několik užitečných vymožeností.

Napsané texty je možno uložit do souborů a kdykoli později zobrazit a použít. Toto může být vhodné například pro větší domácí úkoly, kdy se doma vytvoří i slohové cvičení, uloží do souboru a ve škole jej aplikace přečte / vysloví podle požadavků. Naopak pro jednoduché texty jsou připraveny tzv. pracovní paměti. Pokud je například potřeba si připravit kratší odpovědi na několik otázek, lze je zapsat do pracovních pamětí a poté snadno přepínat (snazší než ukládání do souborů).

Pro samotné psaní je možno použít i další „vychytávky“. Lze si definovat vlastní zkratky, které se při psaní rozloží na delší text. Stačí tedy napsat „JSM“, stisknout tlačítko na klávesnici a místo zkratky se zobrazí text „Jak se máš?“. Další možností

jsou před-připravená slova a věty. Stačí tedy napsat několik písmen slova, vyvolat seznam před-připravených slov (zejména těch delších) a požadované vybrat. Stejný princip platí i pro věty, kdy na základě třeba prvních dvou slov je zobrazen seznam často používaných vět. Počet zkratk, slov i vět není nikterak omezen. Takto lze i obvyčejné psaní skutečně velmi zrychlit.

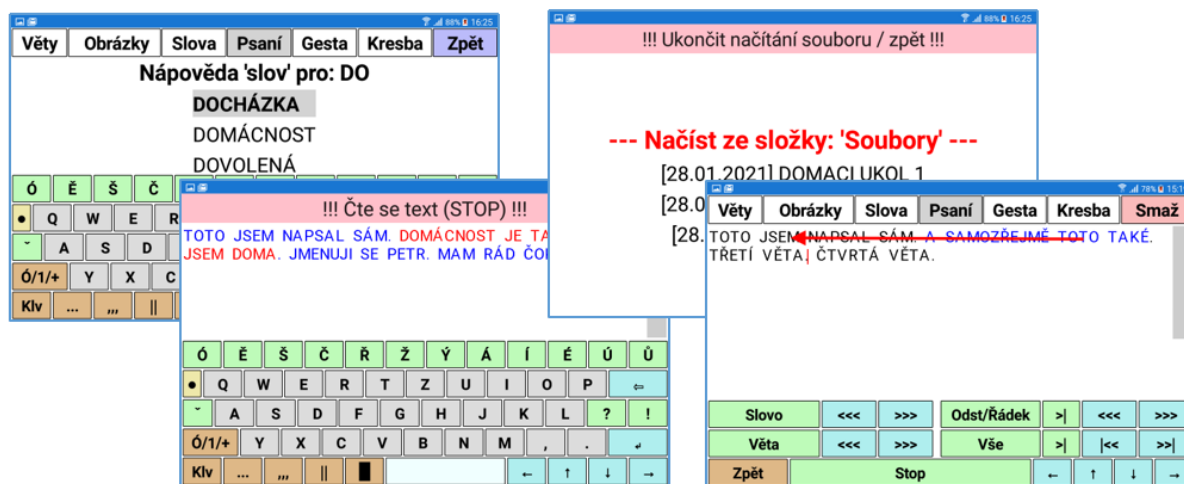
Zcela unikátní jsou možnosti čtení, tedy převodu napsaného textu na řeč. Existují dvě možnosti, jak aplikaci přečíst napsaný text, a to buď pomocí obrazové klávesnice, nebo označením textu tahem prstu. Pro čtení lze klávesnici přepnout do jiného vhodnějšího zobrazení, kde jsou dostupná větší tlačítka pro pohyb kurzorem v textu po slovech, větách nebo odstavcích a rovněž tlačítka pro přečtení aktuálního (podle umístění kurzoru) slova, věty, odstavce nebo celého textu. Při čtení se kurzor vždy automaticky posunuje za právě přečtený text a lze tedy kdykoli spustit další (část) čtení podle potřeby. Nebo se samozřejmě vracet a nechat cokoli přečíst znovu.

Druhou možností je označit požadovaný text pro čtení tahem prstu po displeji obrazovky. Vždy je potřeba prvotním dotykem prstu informovat aplikaci, jaká část textu se bude číst. Tedy dotknout se nejprve požadovaného cílového slova, nebo nějakého slova v cílové větě, případně ně-

jakého slova ve větě v cílovém odstavci. Poté prstem postupně táhnou vlevo nebo vpravo po řádku (podle toho kudy je na displeji volno). V průběhu tažení prstu se nejprve modře označí pouze „dotknuté“ slovo, po delším tažení i celá věta a poté při posunu na jiný řádek (nižší / vyšší) dojde k označení i celého odstavce. Pokud se prst zvedne již po označení pouhého slova, tak bude přečteno pouze toto slovo. Pokud se prst zvedne již po označení celé věty, tak bude přečtena pouze tato věta. A samozřejmě pokud se prst zvedne po

označení určitého celého odstavce, tak bude přečten tento celý odstavec.

Takto lze kdykoli přečíst (i opakovaně) libovolnou část napsaného textu. Pro přečtení celého napsaného textu stačí přetáhnout prstem po displeji zhruba z levého horního rohu do pravého dolního rohu, celý napsaný text bude označen a přečten. Při čtení několika souvislých vět (například odstavce) jsou jednotlivé věty čteny postupně (s případnou mezerou) a právě čtená věta je červeně označena. Lze tedy velmi dobře sledovat, jak čtení probíhá.

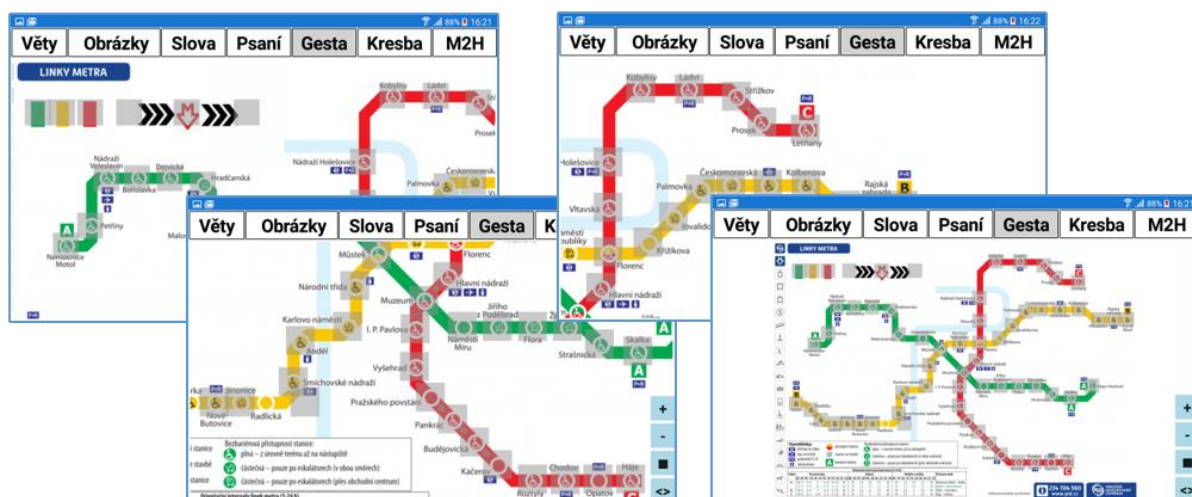


Obrázek 5. Možnost běžného psaní a čtení tohoto textu.

GESTA

Předposledním režimem jsou „Gesta“. Zde lze definovat v podstatě libovolné trasy pohybu prstu po displeji, a jaké z těchto tras je přiřazen jaký vyslovovaný text. Na pozadí je tedy obrázek, na kterém jsou vytvořeny značky (místa). Požadovaným posloupnostem značek jsou přiřazena slova, nebo věty, jež se mají vyslovovat. Pokud

tedy uživatel vytvoří tah prstem přes určité značky na obrázku, tak je vysloveno slovo/věta přiřazená k posloupnosti těchto značek. Takto lze tvořit vyvolat předpřipravené věty v mnoha variacích. Příkladem může být vysvětlení cesty metrem (názvy stanic, přestupy,...). Záznam pro gesta lze vytvořit zcela vlastní (obrázek, posloupnosti, slova/věty).

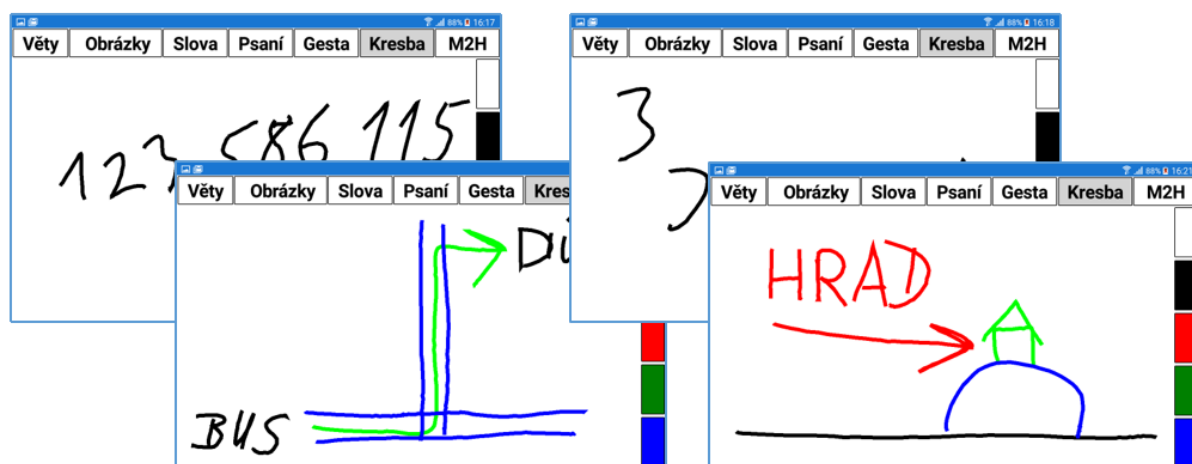


Obrázek 6. Příklad režimu pro tvorbu gest.

MALOVÁNÍ

Posledním režimem je „Malování“. Jde o zcela triviální plochu, kde lze s výběrem čtyř dostupných barev něco velmi stručně nakreslit. Například jednoduchý náčrt cesty od zastávky autobusu ke dveřím domu je mnohem rychlejší a pochopitelnější než psaní / tvorba textu a jeho následné čtení. Dalším příkladem využití může být i velmi stručné psaní, například chci

někomu dát telefonní číslo. Rychleji jej v podstatě prstem nakreslím přes obrazovku, než napíši na klávesnici jako malé číslice. I když se v tomto případě nejedná přímo o hlasovou komunikaci (jde pouze o kresbu), může být tento způsob vyjádření velmi efektivní / nápomocný, a proto byl do aplikace zahrnut.



Obrázek 7. – Využití malování jako náhradu psaného textu.

DALŠÍ MOŽNOSTI

Zřejmě největší výhodou této aplikace je možnost si v podstatě všechny texty/obrázky upravit nebo doplnit zcela podle vlastní potřeby. Aplikace v podstatě

pracuje jako „muštr / interpreter“ pro zobrazení / činnost podle nějaké zadané konfigurace. Její náplň je tedy vytvořena formou (jednoduchých) textových souborů obsahující informace co kde se zobrazuje,

případně i jak se zobrazuje a jaké texty, při jaké akci se převádí na mluvenou řeč. Základní soubory (věty/obrázky/slova) vytvoří i osoba s minimem znalostí výpočetní techniky (jde pouze o text). Samozřejmě některé soubory, například pro gesta, jsou poněkud složitější.

Vytváření náplně aplikace na míru pro každého uživatele samostatně není zcela ideální a současně mnoho uživatelů bude chtít / ochotno používat nějaké již připravené / ověřené texty a obrázky (například běžně užívané komunikační piktogramy). Z tohoto důvodu lze různé vytvořené náplně pro aplikaci (například podle typu uživatelů) umístit na WWW a uživatelé si je mohou podle potřeby / výběru stahovat. Ty mohou být na WWW pro přehlednost rozděleny podle jména tvůrce / autora a obsahovat i podmíněný přístup (heslem, například pro speciální použití). Z WWW si lze samozřejmě stáhnout třeba pouze jeden soubor pro komunikaci pomocí obrázků, a to od vybraného autora.

Tímto stylem lze na WWW umístit například obsah potřebný / připravený pro výuku a umožnit žákům stáhnout si komunikační obrázky využívané pouze v konkrétní škole. Jinou možností mohou být pacienti po operaci hlasivek, kde jsou obsahem speciálně připravené věty / obrázky jako odpovědi na pooperační dotazy lékaře.

Nejen obsah, ale i vzhled aplikace lze velmi přizpůsobit potřebám uživatele. Je možno nastavit základní parametry jako velikosti / barvy textů, mezera mezi větami při čtení nebo skryt režimy nevhodné / složité pro daného uživatele a tím aplikaci značně zpřehlednit. Samostatná sekce v nastavení je určena pro styl / způsob dotyku. Lze tedy zadat, jaký čas je potřeba položku (text, obrázek) podržet pro její přečtení a tím eliminovat nežádoucí třes ruky uživatele. Pro velký třes ruky je možno nastavit režim, kdy lze prstem po displeji pouze posouvat (bez jeho zvednutí) a

na zadaný čas se pouze zastavit na požadované položce. Nastavení aplikace je skutečně velmi komplexní (množství položek / schopností) a stále se rozšiřuje. Tedy nejen obsah, ale i přizpůsobení aplikace je velmi důležitou součástí pro její vhodné použití a rozšíření.

Velmi obtížná situace nastane například v nepříjemném venkovním prostředí, kdy je člověk oblečen v zimní bundě a na rukou má ještě teplé rukavice. Zde se velmi obtížně ovládá dotyková aplikace a o to hůře na malém displeji telefonu. Avšak skoro každý mobilní telefon dnes obsahuje tzv. NFC (Near Field Communication) čtečku / detektor. Rovněž lze velmi levně zakoupit tzv. NFC nálepky. Ty je možno vhodně všít / vlepit na oblečení, například na rukávy. Aplikace v mobilním telefonu automaticky detekuje jeho přiložení na NFC nálepku a je schopna vyslovit předem nastavenou frázi / větu. Takto si lze připravit věty jako „Pomůžete mi nastoupit (do BUSu)“ pro nemluvícího vozíčkáře. Případně „Chtěl bych koupit toto (ukazující druhou rukou na ...)“ v obchodě. NFC štítky mohou být nalepeny samozřejmě na čemkoliv jiném třeba na tašce, nebo dokonce přímo někde na invalidním vozíku (ne však na kovu). Použitých štítků může být libovolný počet podle možností uživatele. Lze tedy velmi snadno aplikací „vyslovit“ předem připravený text pro určitou situaci, kdy je nutno opravdu včasné reagovat.

Tento styl rychlé komunikace může být rovněž využit i v domácím prostředí. Představme si NFC štítky nalepená na ledničce, případně kdekoli po bytě s texty například „Je potřeba koupit mléko“, nebo „Opět dochází pomerančový džus“. Je sice potřeba mít stále u sebe mobilní telefon (pro jeho přiložení na štítek a vyslovení zadaného textu), což mohou tito lidé považovat za samozřejmost.

Není zapomenuto ani na osoby mající současně nějaké větší omezení pohybli-

vosti, tedy zejména osoby s poruchou jemné motoriky, pro které je přesný dotyk na displej nezvládnutelný. Aplikaci lze spustit na libovolném Mini-PC s Google/Android (například multimediální centrum) připojeném k běžnému monitoru nebo TV. Pro ovládání aplikace lze využít několik možností (s připojením přes USB/Bluetooth): sada až pěti tlačítek pod prsty, (malý) joystick jako na invalidním vozíku, nebo pohybový senzor umístěný například na zápěstí ruky. Takto jsou sice v aplikaci dostupné všechny režimy kromě malování, ale některé jsou samozřejmě poněkud omezeny. Pomocí externího ovládání se lze tedy pohybovat po větách, obrázcích, nebo napsat vlastní text a ten nechat vyslovit. Tímto stylem mohou aplikaci používat lidé nejen s řečovým, ale současně i s pohybovým omezením.

Na závěr některé poznámky k aplikaci a jak ji zpřístupnit i širšímu okruhu uživatelů.

Při čtení jakéhokoliv textu je v horní části aplikace vždy zobrazeno velké červené tlačítko s informací o právě probíhajícím čtení. To slouží nejen k možnosti aktuální čtení kdykoli zastavit / ukončit / pře-

rušit, ale hlavně je indikací pro slabě slyšící osoby, zda požadované čtení textu skutečně probíhá a jak dlouho trvá (před zahájením dalšího).

V mnoha případech nemusí být zvuk / hlas vycházející z tabletu / telefonu dostatečně silný, tak aby byl dobře slyšitelný pro okolí, zejména v městské dopravě. S tabletem / telefonem lze spárovat (přes Bluetooth) jakýkoli bezdrátový bateriový reproduktor zavěšený například na krku uživatele. Tímto se nejen znatelně zesílí produkováný hlas, ale současně zvuk / hlas bude vycházet blíže k obličeji uživatele a tím se vytvoří mnohem lepší dojem, kdo to vlastně mluví.

Pokud je potřeba psát například domácí úkol, tedy delší text, lze využít vhodnou bezdrátovou klávesnici spárovanou (přes Bluetooth) k tabletu / telefonu. Toto může být vhodné i pro jakoukoli školní výuku, zejména pro psaní domácích úkolů.

Aplikace je v současné době ve fázi testování a je tedy dostupná pouze na požádání. Po ověření její vhodné činnosti (zobrazení, ovládání, obsah, ...) bude dostupná i pro další uživatele za (snad) velmi přijatelnou cenu.

LITERATURA

- 12 Apps That Help People with Speech and Communication. (2019). Home Community Based Services. <https://hcbsprovider.com/12-apps-that-help-people-with-speech-and-communication>
- Jiný svět. (b.r.). <https://www.autismus-a-my.cz/>
- Kohoutová, L. (2017). *Využití piktogramů pro rozvoj komunikace u jedinců s mentálním postižením* [Bakalářská práce, Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky a logopedie]. <https://theses.cz/id/41is6q/21770582>
- Kutíková, A., Pražáková, K., Slavík, P., Macík, M., Balata, J., Míkovec, Z. (2016). Senioři a jejich komunikace se zařízeními v prostředí informačních technologií. In H. Štěpánková, & R. Šlamberová (Eds.), *Stárvnutí 2016: Sborník příspěvků z 3. Gerontologické mezioborové konference* (s. 104–112). http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2016_sbornik.pdf
- Lloyd, L. L., & Karlan, G. R. (1984). Non-speech communication symbols and systems: Where have we been and where are we going? *Journal of Mental Deficiency Research*, 28 (Pt 1), 3–20.
- Máme řešení i pro těžké formy handicapu. (2017). Spektra v.d.n. <https://spektra.eu>

- Maštalíř, J., & Pastieriková, L. (2018). *Alternativní a augmentativní komunikace*. Univerzita Palackého. <https://uss.upol.cz/wp-content/uploads/2019/01/AAK-Ma%C5%A1tal%C3%AD%C5%99-Pastierikov%C3%A1.pdf>
- Novák, P. (2018). Orientace v rozlehklých budovách. In H. Georgi & R. Šlamberová (Eds.), *Stárnutí 2018: Sborník příspěvků 4. Gerontologické mezioborové konference* (s. 144–150). Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2018_sbornik.pdf
- Obrázkové piktogramy. (b.r.). Tomsign. <https://www.navadec.cz/http/www-navadec-cz/navadec/eshop/4-1-obrazkove-piktogramy>
- Ryan, E. B., Hummert, M. L., & Boich, L. H. (1995). Communication Predicaments of Aging: Patronizing Behavior toward Older Adults. *Journal of Language and Social Psychology*, 14(1–2), 144–166. <https://doi.org/10.1177/0261927X95141008>
- Tecla. (2021). Komodo OpenLab. <https://gettecla.com>
- Vlková, M., Nádvorníková, L., Štěpánková, H., & Šlamberová, R. (2016). Komunikační překážky u jedinců s demencí. In H. Štěpánková, & R. Šlamberová (Eds.), *Stárnutí 2016: Sborník příspěvků 3. Gerontologické mezioborové konference* (s. 202–210). http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2016_sbornik.pdf
- VoiceMaker. (2021). <https://voicemaker.in/>

ZÁSADY POSUDKOVÉ ČINNOSTI U SENIORŮ SE ZAMĚŘENÍM NA PROBLEMATIKU DEMENCE

PRINCIPLES OF ALLOWANCES ELIGIBILITY ASSESSMENT:
FOCUS ON SENIORS WITH DEMENTIA

Petra Sládková

Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze

E-mail: petra.sladkova@vfn.cz

Abstrakt: S narůstajícím věkem postupně přibývá zdravotních obtíží, dochází ke zhoršování celkového funkčního stavu, snižuje se soběstačnost seniorů, omezují se sociální kontakty, vzniká pocit izolace. Senioři potřebují různé typy pomůcek po zachování mobility i soběstačnosti, často využívají sociálních služeb. Možnost získat dávku na pokrytí těchto výdajů nabízí systém sociálního zabezpečení. Posudkové lékařství se u seniorů zaměřuje na hodnocení funkčního stavu pro účely přiznání stupně závislosti u příspěvku na péči, průkazu osoby se zdravotním postižením, příspěvku na mobilitu a příspěvku na zvláštní pomůcku.

U seniorů jsou jedním z největších zdravotních problémů obtíže spojené s rozvojem syndromu demence. Mezi lety 2010 a 2020 došlo k 30 – 50 % nárůstu příspěvků na péči od II. stupně závislosti v souvislosti s demencemi různé etiologie. Oproti tomu počty příspěvků na péči u I. stupně závislosti u diagnóz demence stagnují.

Získané výsledky jednoznačně ukazují, že senioři s demencí jsou nejčastějšími uživateli vyšších stupňů sociálních dávek v systému sociálního zabezpečení.

Klíčová slova: funkční hodnocení; demence; soběstačnost

Abstract: With increasing age, health problems gradually increase, the overall functional condition deteriorates, the self-sufficiency of seniors decreases, social contacts are reduced, there is a feeling of isolation. Seniors need different types of aids after maintaining mobility and self-sufficiency, they often use social services. The possibility of obtaining a benefit to cover these expenses is offered by the social security system. Revision physicians focus on the evaluation of functional status to set the degree of dependence on the care allowance, disability card, mobility allowance and allowance for special aid.

One of the biggest health problems in the elderly is the difficulty associated with the development of dementia syndrome. Between 2010 and 2020, there are large increases in the numbers of approved care allowances for seniors with dementia in higher levels of functional dependence (30 – 50%). The numbers of approved care allowances for people with dementia with the lowest functional dependence have not changed.

The obtained results clearly show that seniors with dementia are among the most common recipients of higher social benefits in the social security system.

Keywords: functional evaluation; dementia; self-sufficiency

Posudkové lékařství představuje interprofesní lékařský obor, který plní specifické poslání zdravotnické, ekonomické i sociální s respektováním platných právních no-

rem. V rámci posudkového lékařství se hodnotí zdravotní stav na základě získaných biologických, psychologických, profesniografických a sociologických informací.

Posudkovou činnost zajišťuje posudkový lékař, který vykonává posudkovou službu. Lékařská posudková služba je součástí sociálního systému – státní správy pro oblast sociálního zabezpečení (Čeledová, 2010). Posudkový lékař vydává posudek o zdravotním stavu a jeho dopadu na funkční stav jedince. Pro objektivní posouzení zdravotního stavu a jeho dopadu na funkční schopnosti je potřeba doložit lékařské nálezy a zprávy co nejaktuálnějšího data. Samotná etiologická diagnóza neobsahuje informace o závažnosti postižení, proto je v systému sociálního zabezpečení kladen velký význam na hodnocení funkčních následků zdravotního postižení. Objektivní nálezy dokládají stupeň postižení psychosenzomotorického potenciálu jedince. Důležitý je i subjektivní pohled posuzované osoby, jednak z hlediska korelace diagnostických závěrů se subjektivními potížemi osob a na druhou stranu by popisované subjektivní stesky měly mít objektivní podklad (Valuch, 2006).

U osob vyššího věku jsou dominantním problémem funkční poruchy spojené s rozvojem poruch kognitivních funkcí (od mírné kognitivní poruchy až k syndromu demence), které jsou následkem neurodegenerativních onemocnění (Rektorová, 2009; Nikolai et al., 2012; ÚZIS, 2019). Významný funkční deficit v oblasti kognitivních funkcí má zásadní vliv na soběstačnost a kvalitu života seniorů (Švestková, Sládková & Kotková, 2016). Již ve 30. letech 19. století byl zřejmý vztah demence ke stáří a jak se zvyšuje průměrný věk dožití, roste i počet seniorů s demencí, hovoří se až o tiché epidemii (Beck et al., 1982; WHO, 2020). Nejdůležitější je demenci poznat a adekvátně dle možností léčit – zpomalit průběh a zmírnit projevy, které závažně zhoršují kvalitu života člověka s demencí anebo jeho okolí (Franková, 2017). Včasný záchyt demence je možný i s pomocí jednoduchých orientačních testů, např. MMSE (Mini Mental State Exami-

nation) (Štěpánková et al., 2015, Koukolík & Jiráček, 1999). Demence je syndrom (soubor klinických příznaků) různého původu-etologie, který má negativní dopad nejen na samotného pacienta, ale i na celou jeho rodinu, okolí pacienta a klade i zvýšené nároky na společnost (Dragomirecká et al., 2021).

Demence destruktivně postihuje kognitivní funkce, kam se řadí paměť, myšlení, pozornost, orientaci, řečové, praktické a gnostické funkce. Senioři si často stěžují na výpadky paměti, ale je nutné objektivně prokázat, zda se jedná ještě o benigní zapomnětlivost nebo dochází k rozvoji demence (Rektorová, 2009; Konrád, 2005). Důležitá je *včasná diagnostika*, která určí i stupeň postižení a typ demence. Pro zjištění míry postižení kognitivních funkcí a jejich dopadu na běžné fungování v životě se běžně používají testy soběstačnosti (Kalvach et al., 2008). Další možností je i využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, které zhodnotí funkční dopad na provádění běžných denních aktivit a nutnost poskytnutí pomoci ve formě druhé osoby nebo vybrané speciální pomůcky (WHO, 2011). S rozvojem a dostupností zobrazovacích metod lze využít k detekci neurodegenerativních změn mozku zobrazovací metody například magnetickou rezonanci (Seidl & Vaněčková, 2007), které přispívají k upřesnění etiologie klinických příznaků.

Syndrom demence má výrazně negativní dopad na praktický každodenní život osob s poruchou kognitivních funkcí i jejich blízkého okolí. Senioři s demencí se relativně často stávají závislými na péči okolí, což se stává výrazným socioekonomickým problémem celých rodin u osob s demencí (Dragomirecká et al., 2021).

V rámci posudkového lékařství je nezbytné doložit v odborných zprávách od neurologa, psychiatra nebo neuropsychologa hloubku demence, jak závažné je postižení

kognitivních funkcí od lehkého po pokročilé postižení (Vyhnálek et al., 2012). Posudkový lékař není schopen rozlišit na základě doložených zpráv, o jaký typ demence se jedná, často se ve zprávách uvádí pouze pojem smíšená demence. Posudkové lékařství se u seniorů se syndromem demence zaměřuje na hodnocení dopadu závažného postižení kognitivních funkcí na provádění běžných denních aktivit v rámci hodnocení stupně závislosti u příspěvku na péči, schopnosti mobility a orientace pro posouzení přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením a příspěvku na zvláštní pomůcku.

Jak tedy účinně pomoci seniorům s demencí?

Zdravotně-sociální systém péče nabízí několik účinných prostředků, které mohou účinně pomoci v boji se syndromem demence (Pfeiffer, 2014). Důležitý je *interprofesní přístup*, tým sestávající nejen z lékařů (geriatra, psychiatra, psychologa, rehabilitačního lékaře), ale i ergoterapeuta, fyzioterapeuta, speciálního pedagoga, sociálního pracovníka, nutričního terapeuta apod. (Kalvach, 2004). S demencí není spojeno pouze postižení kognitivních funkcí, ale často je přítomna i depresivita, poruchy chování a také ztráta soběstačnosti (Rohan et al., 2015). Nezastupitelné místo má v terapii rehabilitace, zejména trénink kognitivních funkcí, který v České republice zajišťují převážně ergoterapeuti. Ergoterapeuti používají různé speciální počítačové programy, které trénují paměť zábavnou formou (Gamon & Bragdon, 2010).

Systém sociálního zabezpečení nabízí výraznou pomoc ve formě přiznání příspěvku na péči, průkazu osoby se zdravotním postižením a příspěvku na zvláštní pomůcku.

Posuzování stupně závislosti probíhá dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (zákon o sociálních službách, 2006). Žádost se po-

dává místně příslušné krajské pobočce Úřadu práce. Účastník řízení může být zastoupen rodinným příslušníkem. Úřad práce zajistí provedení sociálního šetření a zašle na oddělení posudkové služby žádost o posouzení stupně závislosti. Spolupráce sociálních pracovníků provádějících šetření a posudkových lékařů je jedním z momentů, které mohou být obtížné kvůli nedostatečnému vzájemnému pochopení a uznání odlišných perspektiv-pohledu medicínského a sociálního (Musil et al., 2011). Musil et al. (2015) v reakci na zjištěné problémy vypracovali pro sociální pracovníky/Ministerstvo práce a sociálních věcí metodiku, která má tuto spolupráci zefektivnit. Některé části textu této metodiky mohou být zdrojem usměrnění i pro žadatele o příspěvky na péči. Praktickou radou je, aby u sociálního šetření byl přítomen i pečující či jiný blízký, který pacienta s demencí zná a zná jeho omezení v každodenním fungování. Nezřídka se stává, že se pacient s demencí, který reálně vyžaduje celodenní dohled a péči, prezentuje „návštěvě“ jako zcela samostatný a soběstačný, což může ohrozit přiznání příspěvků na péči (Nikolai et al., 2012, s. 39).

V rámci posuzování *příspěvku na péči* se hodnotí *10 základních životních potřeb* (ZŽP) pro stanovení stupně závislosti. Jedná se o tyto potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (Seifert & Čeledová, 2012). Pokud pečující váhá, zda jeho blízký s diagnózou demence může mít sníženou schopnost zajišťovat své životní potřeby do té míry, aby vznikl nárok na příspěvek na péči, je doporučeno, nejprve se seznámit s tím, jak se hodnotí. Blíže o hodnocení zvládání jednotlivých životních potřeb uvádí např. Nikolai, Vyhnálek, Štěpánková a Horáková v online dostupné publikaci Neuropsychologická diagnostika kognitiv-

ního deficitu u Alzheimerovy choroby (2012, s.40-44) nebo výše uvedená metodika (Musil et al., 2015). Řada materiálů má sice v názvu “Alzheimerovu chorobu/nemoc či demenci“, neboť Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou syndromu demence (WHO, 2019), ale až na specifické části týkající se právě patologie Alzheimerovy choroby a demence u Alzheimerovy choroby, jsou texty přínosné i v kontextu demencí u jiných chorob. Aktuální informace o příspěvcích na péči vč. způsobů podání žádosti o ně uvádí na svém webu Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV, 2021). Níže uvedené odstavce vycházejí z platných zákonů, na které jsou v textu odkazy.

Rozlišují se 4 stupně příspěvku na péči I.-IV. podle počtu nezvládaných životních potřeb. Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže není schopna zvládat tři nebo čtyři ŽŽP
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže není schopna zvládat pět nebo šest ŽŽP
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže není schopna zvládat sedm nebo osm ŽŽP
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže není schopna zvládat devět nebo deset ŽŽP

Výše příspěvku pro osoby starší 18let věku se za kalendářní měsíc pohybuje podle stupně závislosti ve výši:

- a) 880Kč, jde-li o stupeň I,
- b) 4 400Kč, jde-li o stupeň II
- c) jde-li o stupeň III, 8 800Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, 12 800Kč v ostatních případech
- d) jde-li o stupeň IV, 13 200Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, 19 200Kč v ostatních případech

Přiznaný příspěvek vyplácí krajská pobočka Úřadu práce, která je příslušná k rozhodnutí o příspěvku na péči (zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., 2006).

Posuzování dávek pro osoby se zdravotním postižením se řídí zákonem č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Žádost o přiznání dávek pro osoby se zdravotním postižením se rovněž, jako u příspěvku na péči, podává na místně příslušné krajské pobočce Úřadu práce.

Nárok na přiznání **průkazu osoby se zdravotním postižením (OZP)** má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Při hodnocení závažnosti funkčního postižení pohyblivosti a orientace pro účely nároku na průkaz OZP se vychází z poruchy funkčních schopností s nejvýznamnějším dopadem na schopnost pohyblivosti nebo orientace. Rozlišují se 3 typy průkazů – **TP** středně těžkým funkčním postižením, **ZTP** s těžkým funkčním postižením, **ZTP/P** se zvláště těžkým funkčním postižením s průvodcem.

Příspěvek na pořízení zvláštní pomůcky a příspěvek na zakoupení motorového vozidla

Nárok na **příspěvek na pořízení zvláštní pomůcky** má osoba se zdravotním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které je uvedené v seznamu zdravotních postižení odůvodňujících přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku. Příspěvek na zvláštní pomůcku je určen pro osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, s těžkým zrakovým postižením, s těžkým sluchovým postižením nebo se zdravotním postižením interní povahy způsobující těžké omezení pohyblivosti. V seznamu zdravotních postižení odůvodňujících přiznání tohoto příspěvku jsou uvedeny i

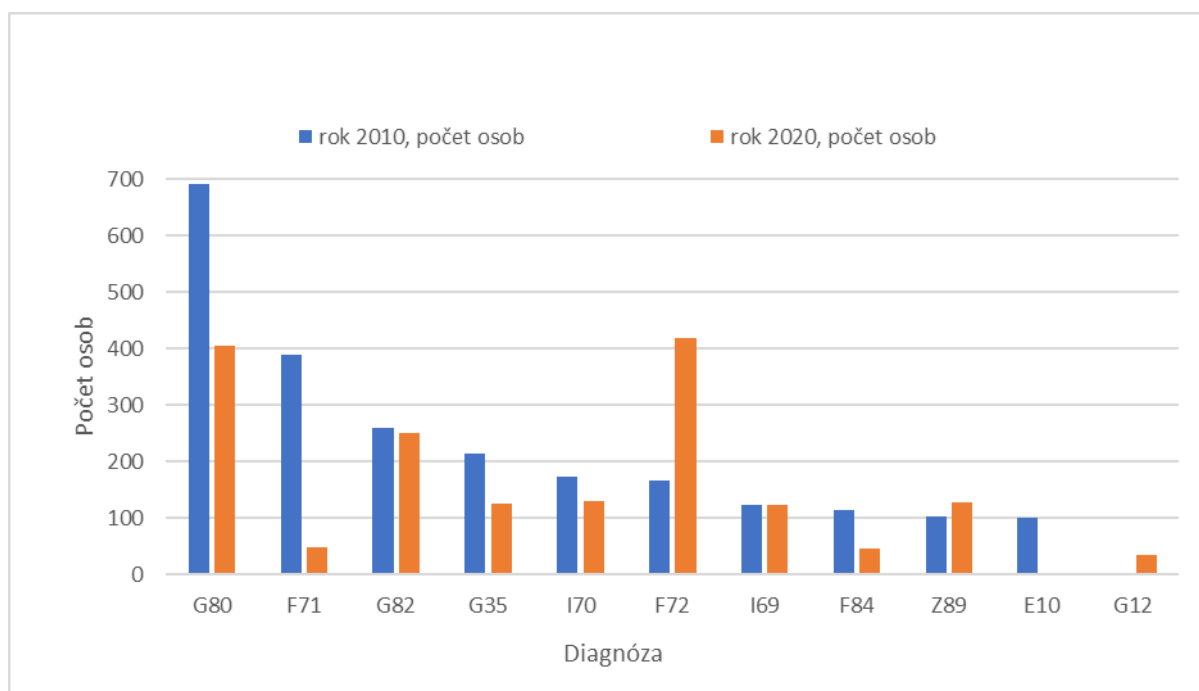
zdravotní stavy vylučující jeho přiznání. Příspěvek na zvláštní pomůcku nelze poskytnout, pokud je zvláštní pomůcka zdravotnickým prostředkem, který je částečně nebo plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč (zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, 2011). **Příspěvek na zakoupení motorového vozidla** je forma příspěvku, o kterou si klienti často žádají, jde o dávku, která se přiznává s platností na 7 let. Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku v podobě motorového vozidla (nového či ojetého) mají pouze osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí anebo osoby s těžkou nebo hlubokou mentální retardací. U tohoto příspěvku se žádající osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a je schopna řídit motorové vozidlo, případně je schopna být vozidlem převážena. Maximální výše příspěvku na pořízení auta je 200.000 Kč. V tabulce 1 vidíme srovnání počtu přiznaných příspěvků na zakoupení vozidla v letech 2010 a 2020. Graf 1 nabízí přehlednější pohled na trend. Žádný typ demence se neobjevuje v pořadí důvodů pro udělení tohoto příspěvku, a to

právě, protože že **diagnóza demence není vůbec uvedena mezi onemocnění odůvodňující nárok na přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku**, příspěvku na zakoupení motorového vozidla. U posuzování příspěvků na zvláštní pomůcku je jako odůvodňující onemocnění jednoznačně uvedena z psychiatrický diagnóz pouze **těžká nebo hluboká mentální retardace a stavy na rozhraní těžké mentální retardace**. *U posuzování příspěvku na zvláštní pomůcku se bohužel nedá využít, tak jako u posuzování průkazů osob se zdravotním postižením, výrok, že sice onemocnění není obsaženo v seznamu zdravotních stavů uvedených v právním předpise, které odůvodňují přiznání průkazu, ale funkčním postižením odpovídá nebo je funkčními důsledky srovnatelné s jiným onemocněním, které je v právním předpise uvedeno.*

Pokud tedy není ve zprávě psychiatra nebo klinického psychologa uvedeno, že demence je takového stupně, že „odpovídá těžké nebo hluboké mentální retardaci“, nedostane žadatel požadovaný příspěvek na pomůcku.

Tabulka 1. Přiznaný příspěvek na zakoupení motorového vozidla

Kód dg.	Diagnóza	2010 počet osob	Kód dg.	Diagnóza	2020 počet osob
G80	Dětská mozková obrna	692	F72	Těžká mentální retardace	420
F71	Střední mentální retardace	390	G80	Dětská mozková obrna	405
G82	Paraplegie a tetraplegie	260	G82	Paraplegie a tetraplegie	251
G35	Roztroušená skleróza	215	I70	Ateroskleróza	131
I70	Ateroskleróza	173	Z89	Získané chybění končetiny	129
F72	Těžká mentální retardace	166	G35	Roztroušená skleróza	125
I69	Následky cévních nemocí mozku	123	I69	Následky cévních nemocí mozku	123
F84	Pervazivní vývojové poruchy	114	F71	Střední mentální retardace	49
Z89	Získané chybění končetiny	104	F84	Pervazivní vývojové poruchy	45
E10	Diabetes mellitus 1. typu	100	G12	Míšní svalová atrofie a příbuzné syndromy	35



Graf 1. Přiznaný příspěvek na zakoupení motorového vozidla.

Příspěvky na péči a hodnocení stupně závislosti u příspěvku na péči ve stupních I.-IV.

U příspěvku na péči u všech stupňů I.-IV. byly jako referenční roky zvoleny 2010 a 2020. S platností od roku 2010 došlo k výrazné změně ve zjednodušení v posuzování. Do roku 2009 se posuzovalo celkově 20 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnost. Od roku 2010 došlo k novelizaci zákona o sociálních službách, čímž došlo k redukci počtu hodnocených základních životních potřeb na celkem deset. Zároveň byly tyto potřeby konkrétně definovány, bylo detailně popsáno, co znamená danou potřebu zvládat, co znamená ji nezvládat, i jaká onemocnění mohou vést k nezvládnutí těchto potřeb. Náhle se dopad demence na běžné fungování osob naplno projevil, hlavně u potřeb jako je orientace a komunikace, péče o domácnost, péče o zdraví, osobní aktivity. Osoby s poruchou kognitivních funkcí sice motoricky mnohé zvládnou, ale často nevědí, jak daný úkon správně a bezpečně provést (Pfeiffer et al., 2014). Toto zjednodušení mělo, jak dokládají tabulky 2a,

3a, 4a, za následek nárůst počtu úspěšných žadatelů o vyšší stupně příspěvků na péči (II.-IV. stupně) u diagnóz ze spektra demencí, a to o více než 30 %, jak ukazuje tabulka 4a, 4b a graf 4a, 4b, u příspěvku IV. stupně je to nárůst v roce 2020 až o 50 %.

U všech stupňů závislosti jsme svědky nárůstu počtu příspěvků na péči právě z důvodů neurodegenerativních onemocnění vyjádřených syndromem demence různé etiologie (tabulky 2 až 5). Čím vyšší závislost na péči druhé osoby, která je u osob s pokročilou demencí výrazná, tím je vyšší stupeň příspěvku na péči. O první stupeň příspěvku na péči žádali nejvíce lidé s jinými diagnózami než s demencí (tabulka 2b). To může odrážet stav (nejen) v České republice, kdy je demence poddiagnostikována (ADI, 2013). Důvody mohou být různé. Jedním z nich je, že lidé se této diagnóze vyhýbají, se svými obtížemi se raději nesvěřují ani lékařům buď z obav anebo z pocitu, že jde o normální projevy stárnutí a k lékařům jdou až ve chvíli, kdy je postižení více zřejmé a zatěžující (Bradford et al., 2009).

V tabulkách 2a, 3a, 4a, 5a vidíme srovnání počtu udělených příspěvků u jednotlivých stupňů na základě diagnóz z okruhu duševních poruch a poruch chování. Vidíme, že souhrn různých typů neurodegenerativních onemocnění ve stádiu demence byl mezi těmito poruchami nejčastějším důvodem pro udělení příspěvku. Grafy 2a, 3a, 4a, 5a poskytují přehledně informaci o vývoji u každé z diagnóz a její vývoj porovnaný za 10let. Tabulky 2b, 3b, 4b, 5b uvádějí pořadí prvních deseti nejčastějších důvodů pro udělení příspěvků napříč různými diagnózami. Pro názornost jsme doplnili i součet udělených příspěvků pro kteroukoliv z demencí (demence – souhrnně). Jednak je patrné, že s vyšším stupněm závislosti stoupá demence jako důvod udělení po žebříčku nahoru. A pak je také zřejmé, že mezi lety 2010 a 2020 narostl počet udělených příspěvků právě kvůli demenci. Tímto důvodem je již zmiňovaná novelizace zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

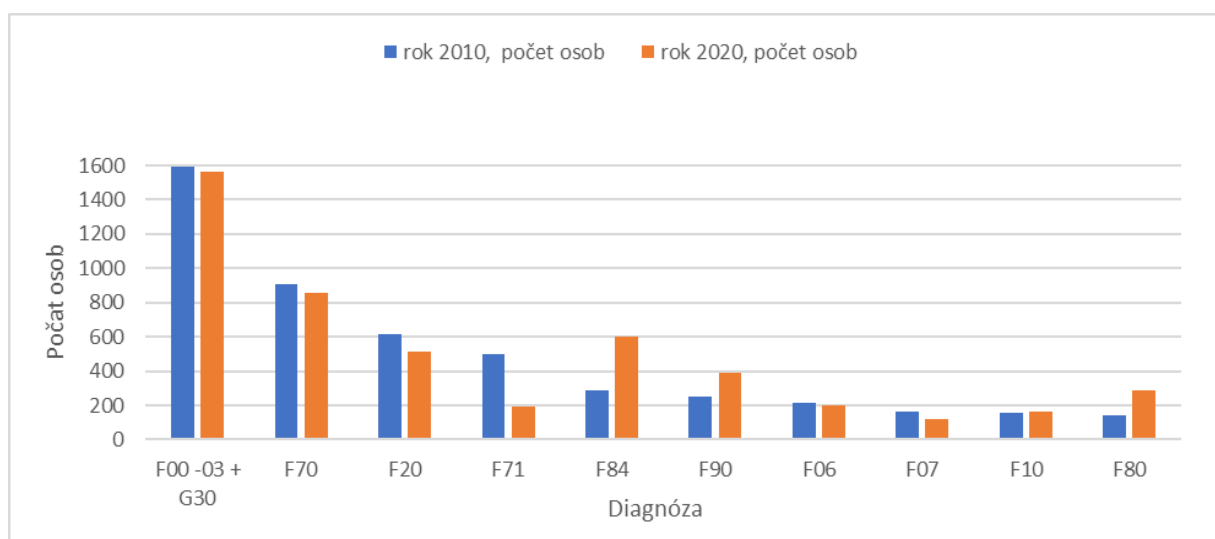
Z tabulky 2a lze vyčíst, že v roce 2020 došlo překvapivě zcela k vymizení diagnóz F00 (demence u Alzheimerovy nemoci) a F02 (demence u jiných nemocí zařazených jinde). Uvedená skutečnost souvisí s faktem, že jinak označují demenci neuro-

logové (G30) a jinak psychiatři (F00). Dochází tudíž k přesunům, k přeskupování mezi jednotlivými F diagnózami (poruchy duševní a poruchy chování). Posudkoví lékaři následně použijí v posudkovém závěru tu konkrétní diagnózu, která je uvedena ve zprávě lékaře specialisty (neurologa nebo psychiatra).

Čtenáře ne-lékaře by mohla zarazit existence diagnózy *R54 – Stáří senilita*. Což můžeme jistě považovat za nešťastné pojmenování, protože konotace slova senilita bývá právě zapomětlivost, zmatenost a jiné známky duševního úpadku, které jsou zároveň symptomy syndromu demence. Diagnóza R54 ale nenahrazuje diagnózu demence, klinický obraz člověka s touto diagnózou si můžeme představit spíše tak, že odpovídá syndromu geriatrické křehlosti. Jde tedy o člověka pokročilého věku, zesláblého, astenického, s laboratorními abnormitami, které nesplňují kritéria pro jinou konkrétní diagnózu. Představme si polymorbidního seniora s mnoha obtížemi přiměřenými věku (polyartróza, povšechná svalová hypotrofie, pokles svalové síly, zhoršení zraku, sluchu, celková dekonidice apod).

Tabulka 2a. *Příspěvek na péči, I. stupeň, duševní poruchy*

Kód dg.	Diagnóza	2010, počet osob	2020, počet osob
F00	Demence u Alzheimerovy nemoci	276	0
F01	Vaskulární demence	602	443
F02	Demence u jiných nemocí zařazených jinde	25	0
F03	Neurčená demence	301	501
G30	Alzheimerova nemoc	388	617
F00-03 + G30	Demence-souhrnně	1592	1561
F70	Lehká mentální retardace	905	859
F20	Schizofrenie	615	510
F71	Střední mentální retardace	502	195
F84	Pervazivní vývojové poruchy	290	602
F90	Hyperkinetické poruchy	249	392
F06	Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí	216	203
F07	Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku	166	117
F10	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	156	163
F80	Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka	142	287



Graf 2a. *Příspěvek na péči, I. stupeň, duševní poruchy a poruchy chování*

Tabulka 2b. Příspěvek na péči, I. stupeň nejčastější diagnózy

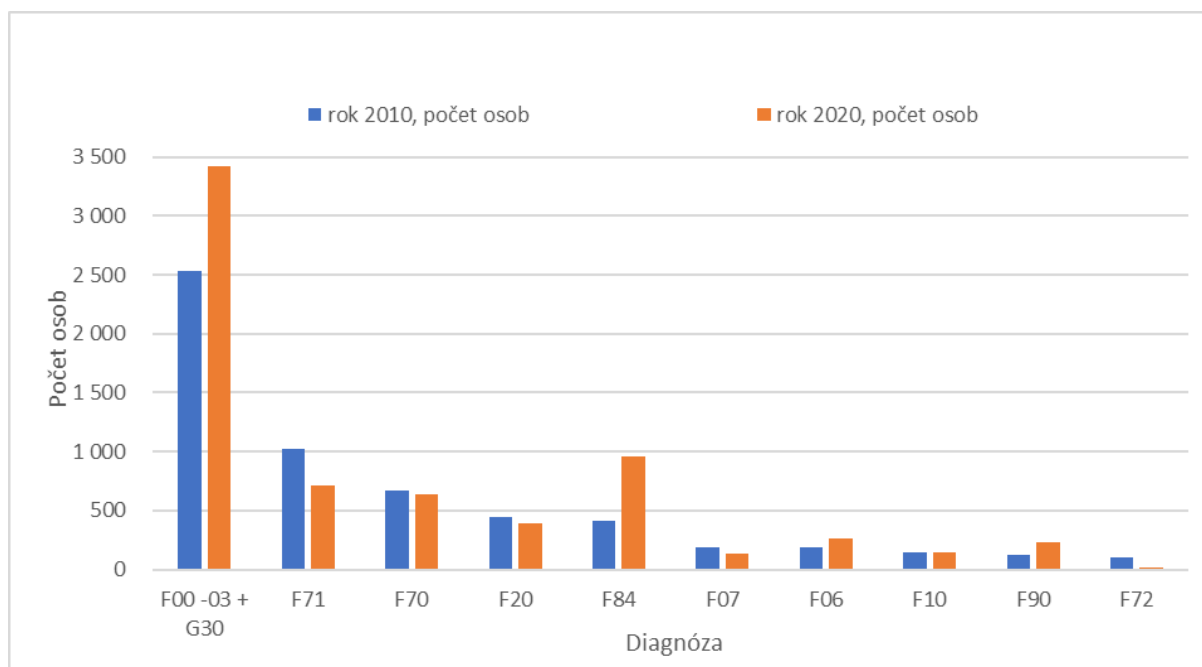
Kód dg.	Diagnóza	2010 počet	Kód dg.	Diagnóza	2020 počet
I70	Ateroskleróza	3 643	M15	Polyartróza	2 274
M15	Polyartróza	3 091	M54	Dorzalgie	1 908
I25	Chronická ischemická choroba srdeční	3 020	I70	Ateroskleróza	1 889
M16	Artróza kyčelního kloubu	1 900	F00-03, G30	Demence-souhrnně	1 561
M17	Artróza kolenního kloubu	1 873	I25	Chronická ischemická choroba srdeční	1 560
F00-03, G30	Demence-souhrnně	1 592	M17	Artróza kolenního kloubu	888
E10	Diabetes mellitus 1. typu	1 519	I69	Následky cévních nemocí mozku	875
M54	Dorzalgie	1 473	E10	Diabetes mellitus 1. typu	865
I67	Jiná cévní onemocnění mozku	1 425	F70	Lehká mentální retardace	859
I69	Následky cévních nemocí mozku	1 308	R54	Stáří-senilita	733



Graf 2b. Příspěvek na péči, I. stupeň nejčastější diagnózy

Tabulka 3a. Příspěvek na péči, II. stupeň, duševní poruchy a poruchy chování

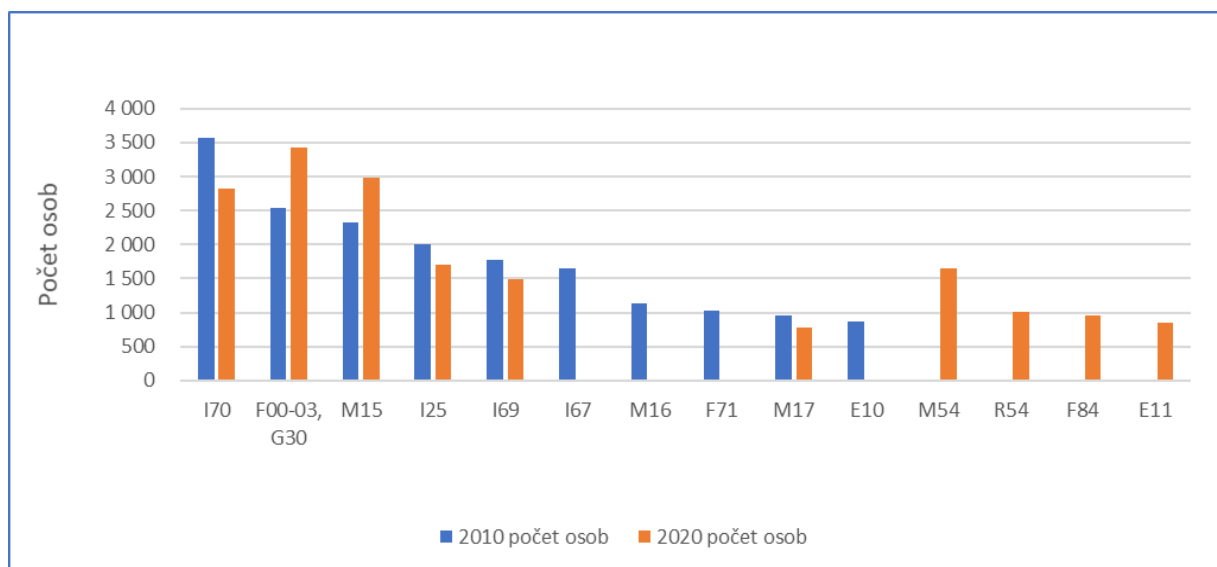
Kód dg.	Diagnóza	2010, počet osob	2020, počet osob
F00	Demence u Alzheimerovy nemoci	426	0
F01	Vaskulární demence	977	1 052
F02	Demence u jiných nemocí ZJ	45	0
F03	Neurčená demence	461	994
G30	Alzheimerova nemoc	622	1 378
F00-03 + G30	Demence-souhrnně	2 531	3 424
F71	Střední mentální retardace	1 021	710
F70	Lehká mentální retardace	672	641
F20	Schizofrenie	443	389
F84	Pervazivní vývojové poruchy	409	962
F07	Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku	188	134
F06	Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí	185	264
F10	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	145	141
F90	Hyperkinetické poruchy	128	231
F72	Těžká mentální retardace	105	16



Graf 3a. Příspěvek na péči, II. stupeň, duševní poruchy

Tabulka 3b. Příspěvek na péči, II. stupeň - nejčastější diagnózy

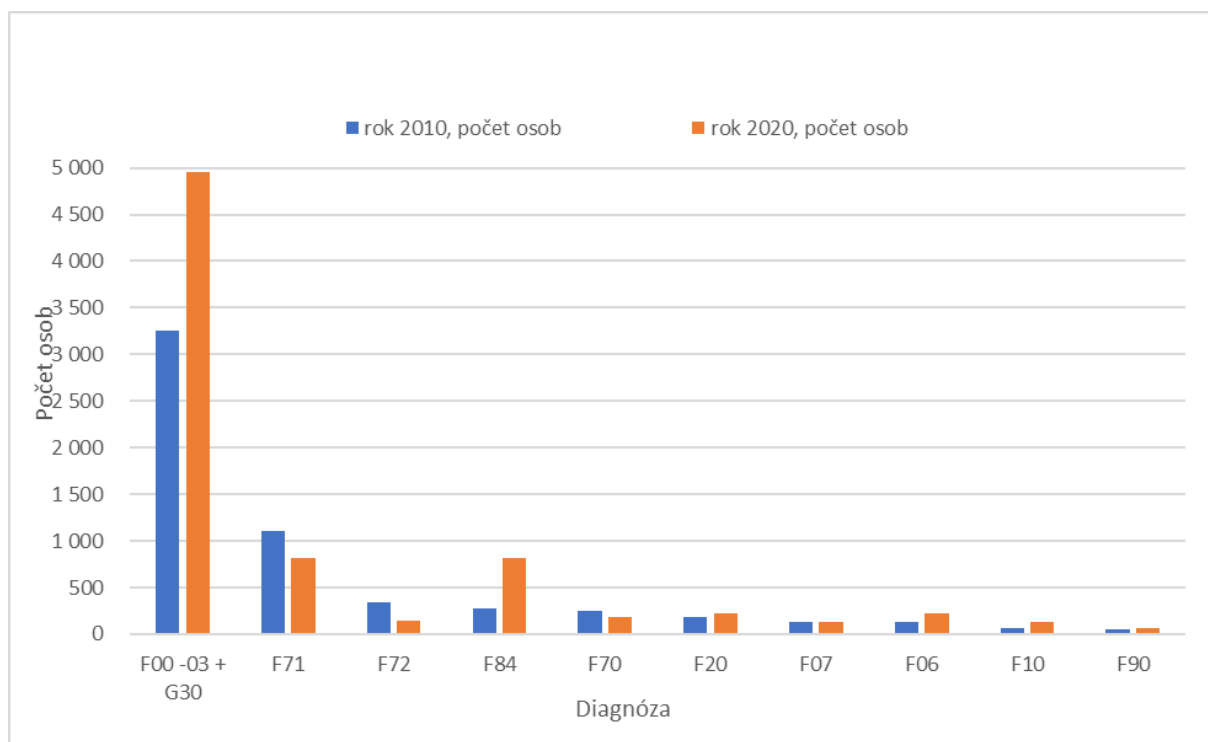
Kód dg.	Diagnóza	2010 počet	Kód dg.	Diagnóza	2020 počet
I70	Ateroskleróza	3 563	F00-03, G30	Demence-souhrnně	3424
F00-03, G30	Demence-souhrnně	2 531	M15	Polyartróza	2 988
M15	Polyartróza	2 333	I70	Ateroskleróza	2 828
I25	Chronická ischemická choroba srdeční	2 007	I25	Chronická ischemická choroba srdeční	1 695
I69	Následky cévních nemocí mozku	1 772	M54	Dorzalgie	1 656
I67	Jiná cévní onemocnění mozku	1 648	I69	Následky cévních nemocí mozku	1 483
M16	Artróza kyčelního kloubu	1 129	<i>R54</i>	<i>Stáří-senilita</i>	<i>1 007</i>
F71	Střední mentální retardace	1 021	F84	Pervazivní vývojové poruchy	962
M17	Artróza kolenního kloubu	962	E11	Diabetes mellitus 2. typu	841
E10	Diabetes mellitus 1. typu	868	M17	Artróza kolenního kloubu	770



Graf 3b. Příspěvek na péči, II. stupeň-nejčastější diagnózy

Tabulka 4a. Příspěvek na péči, III. stupeň, duševní poruchy a poruchy chování

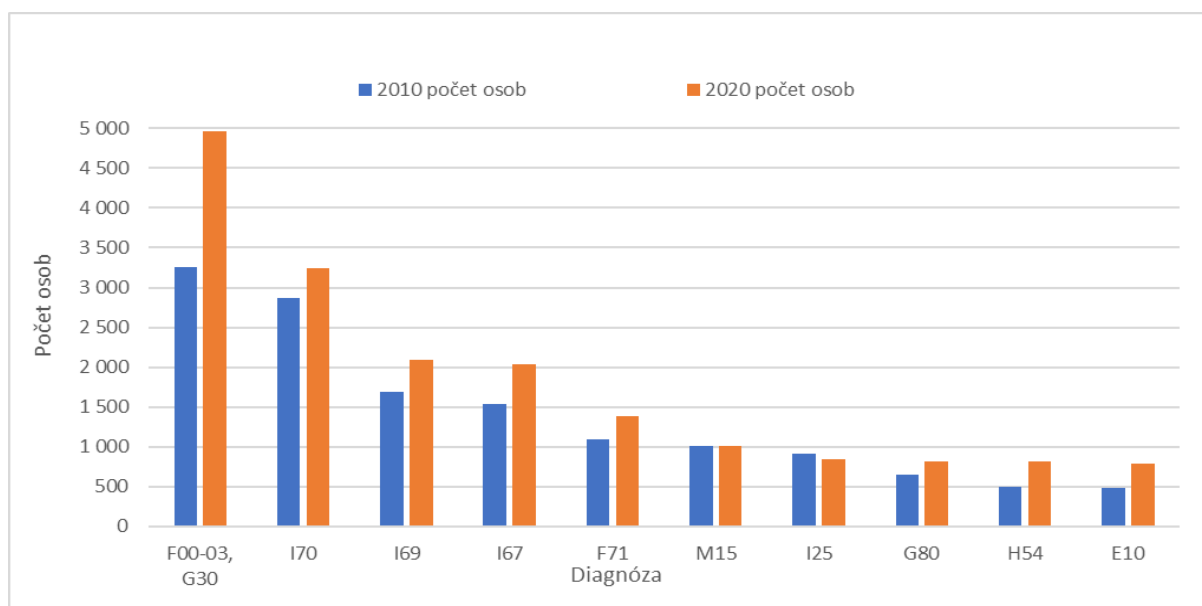
Kód dg.	Diagnóza	2010 počet osob	2020 počet osob
F00	Demence u Alzheimerovy nemoci	543	0
F01	Vaskulární demence	1 251	1 660
F02	Demence u jiných nemocí ZJ	56	0
F03	Neurčená demence	584	1 286
G30	Alzheimerova nemoc	820	2 012
F00-03, G30	Demence-souhrnně	3 254	4 958
F71	Střední mentální retardace	1 100	823
F72	Těžká mentální retardace	340	150
F84	Pervazivní vývojové poruchy	270	813
F70	Lehká mentální retardace	255	185
F20	Schizofrenie	190	228
F07	Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku	135	130
F06	Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí	127	228
F10	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	65	131
F90	Hyperkinetické poruchy	50	61



Graf 4a. Příspěvek na péči, III. stupeň, duševní poruchy

Tabulka 4b. Příspěvek na péči, III. stupeň - nejčastější diagnózy

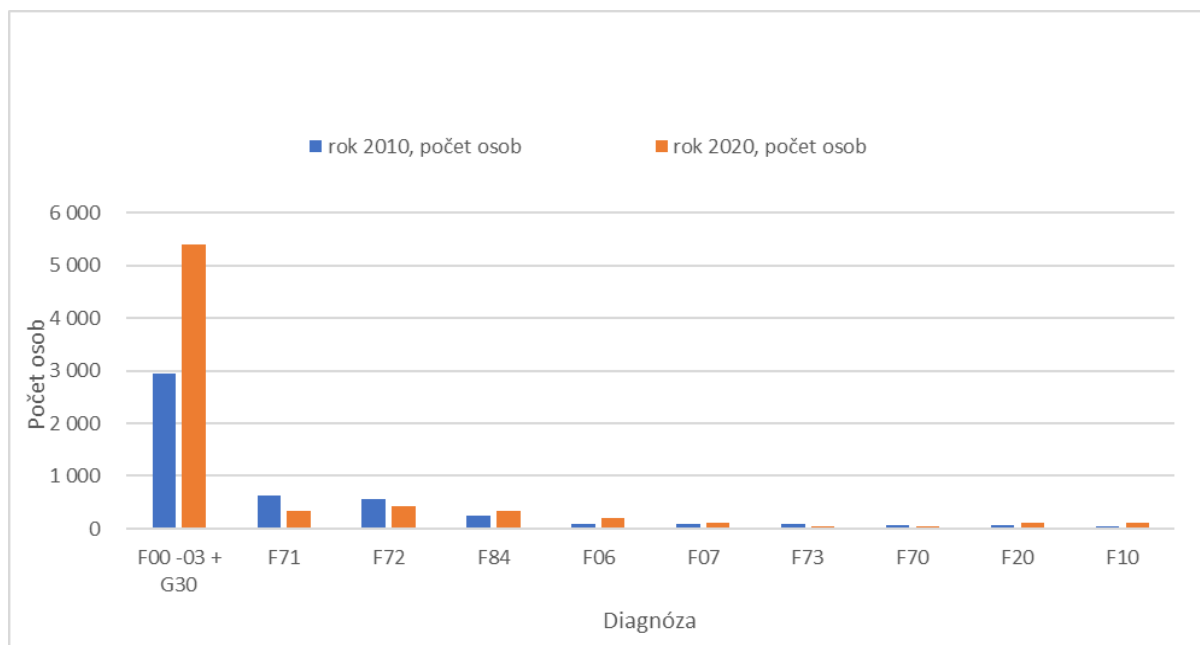
Kód dg.	Diagnóza	2010 počet.	Kód. Dg.	Diagnóza	2020 počet
F00-03, G30	Demence-souhrnně	3 254	F00-03, G30	Demence-souhrnně	4958
I70	Ateroskleróza	2 865	I70	Ateroskleróza	3 249
I69	Následky cévních nemocí mozku	1 684	I69	Následky cévních nemocí mozku	2 095
I67	Jiná cévní onemocnění mozku	1 540	M15	Polyartróza	2 043
F71	Střední mentální retardace	1 100	I25	Chronická ischemická choroba srdeční	1 383
M15	Polyartróza	1 008	R54	Stáří-senilita	1 007
I25	Chronická ischemická choroba srdeční	907	I67	Jiná cévní onemocnění mozku	838
G80	Dětská mozková obrna	646	F71	Střední mentální retardace	823
H54	Poškození zraku včetně slepoty	501	F84	Pervazivní vývojové poruchy	813
E10	Diabetes mellitus 1. typu	489	M54	Dorzalgie	782



Graf 4b. Příspěvek na péči, III. stupeň-nejčastější diagnózy

Tabulka 5a. Příspěvek na péči, IV. stupeň, duševní poruchy

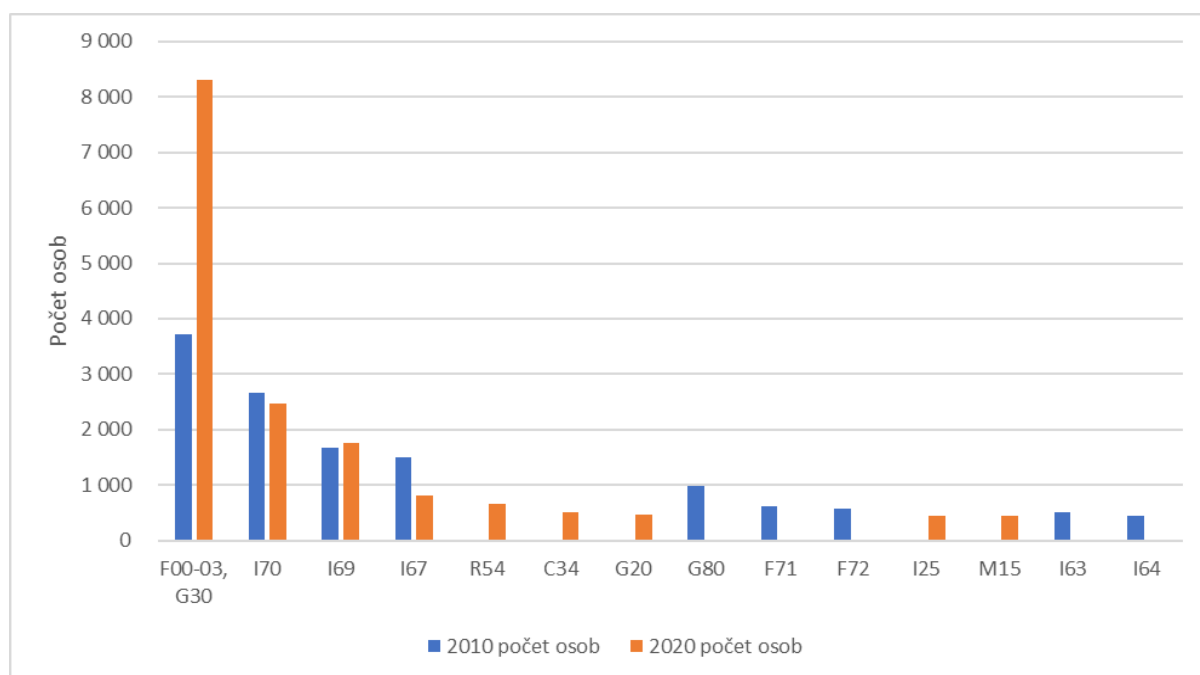
Kód dg.	Diagnóza	2010 počet osob	2020 počet osob
F00	Demence u Alzheimerovy nemoci	489	0
F01	Vaskulární demence	1712	3171
F02	Demence u jiných nemocí ZJ	70	0
F03	Neurčená demence	676	2230
G30	Alzheimerova nemoc	771	2917
F00-03 + G30	Demence-souhrnně	3718	8318
F71	Střední mentální retardace	619	346
F72	Těžká mentální retardace	572	418
F84	Pervazivní vývojové poruchy	257	336
F06	Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí	97	198
F07	Porucha osobnosti a chování způsobená onemocněním mozku	88	118
F73	Hluboká mentální retardace	79	36
F70	Lehká mentální retardace	65	43
F20	Schizofrenie	56	108
F10	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	34	103



Graf 5a. Příspěvek na péči, IV. stupeň, duševní poruchy

Tabulka 5b. Příspěvek na péči, IV. stupeň - nejčastější diagnózy

Kód dg.	Diagnóza	2010 počet	Kód dg.	Diagnóza	2020 počet
F00-03, G30	Demence-souhrnně	3 718	F00-03, G30	Demence-souhrnně	8 318
I70	Ateroskleróza	2 664	I70	Ateroskleróza	2 462
I69	Následky cévních nemocí mozku	1 664	I69	Následky cévních nemocí mozku	1 748
I67	Jiná cévní onemocnění mozku	1 502	I67	Jiná cévní onemocnění mozku	807
G80	Dětská mozková obrna	979	R54	<i>Stáří-senilita</i>	657
F71	Střední mentální retardace	619	C34	Zhoubné nádory průdušky-bronchu a plíce	517
F72	Těžká mentální retardace	572	G20	Parkinsonova nemoc	460
I63	Mozkový infarkt	514	I25	Chronická ischemická choroba srdeční	440
I64	Cévní příhoda mozková neurčená	434	M15	Polyartróza	439
I25	Chronická ischemická choroba srdeční	409	G80	Dětská mozková obrna	422



Graf 5b. Příspěvek na péči, IV. stupeň – nejčastější diagnózy

Průkaz osoby se zdravotním postižením

V rámci žádostí o průkaz osoby se zdravotním postižením se posuzuje schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Rozlišují

se 3 typy průkazů-TP (těžké postižení), ZTP (zvláště těžké postižení), ZTP/P (zvláště těžké postižení s průvodcem), čím je vyšší funkční postižení pohyblivosti nebo orientace, tím vyšší stupeň průkazu je schválen.

Jako referenční roky jsou uvedeny v tabulkách č. 6-8 roky 2012 a 2020, protože od roku 2011 došlo k *novelizaci zákona č. 329/2011 Sb.*, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením o změně souvisejících zákonů. Ve výčtu stavů, které mají nárok na přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením se *konečně objevila i psychická postižení s opakujícími se poruchami komunikace a orientace, včetně autismu.*

V tabulkách 6 až 8 jsou porovnání v počtu přidělených průkazů osob se zdravotním postižením v letech 2012 a 2020. Vidíme, že mezi nejčastějšími 10 diagnózami, které se v důvodech pro udělení průkazu objevují neurodegenerativní onemocnění (demenice) v roce 2020, a to u III. stupně (tabulka 8).

Demenice se u průkazů typu TP a ZTP „schovává“ pod písmenem j) psychické postižení s opakujícími se poruchami komunikace a orientace v exteriéru (TP) a pod písmenem m) psychické postižení s často se opakujícími závažnými poruchami komunikace s orientace (ZTP). U

průkazů typu ZTP/P se konečně objevuje pod písmenem l) střední, těžká nebo hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ nižší než 50.

Zdá se tedy, jak vidíme že lidé s žádostí o průkaz osoby se zdravotním postižením v případech demence váhají až do doby, kdy jsou již obtíže zásadně omezující a vyžadují celodenní péči a dozor. Tedy do doby, kdy je péče na hranici zvládnutí v domácím prostředí (Dragomirecká et al., 2021; Juríčková & Elisher, 2021). Zároveň to je i fáze, ve které je pro vnějšího pozorovatele spíše patrný nějaký zdravotní problém než u předchozích fází syndromu demence, kdy při zběžném kontaktu nemusí být kognitivní porucha zřejmá. Ve fázích syndromu demence, kdy je vyšší stupeň závislosti (těžká či úplná), je člověk již postupně méně mobilní až imobilní, a je pro něj vhodné pobývat ve stálém a bezpečném prostředí, tak se lze domnívat, že pečující průkazy osoby se zdravotním postižením reálně nepotřebují v takové míře jako potřebují příspěvky na péči.

Tabulka 6. Průkaz osoby se zdravotním postižením, I. stupeň

Kód dg.	Diagnóza	2012 počet osob	Kód dg.	Diagnóza	2020 počet osob
M15	Polyartróza	286	M54	Dorzalgie	2 558
M17	Artróza kolenního kloubu	219	M17	Artróza kolenního kloubu	1 206
M16	Artróza kyčelního kloubu	212	M15	Polyartróza	1 190
M54	Dorzalgie	187	M16	Artróza kyčelního kloubu	866
I69	Následky cévních nemocí mozku	158	I25	Chronická ischemická choroba srdeční	842
I25	Chronická ischemická choroba srdeční	153	M51	Onemocnění jiných meziobratlových plotének	808
M51	Onemocnění jiných meziobratlových plotének	149	I70	Ateroskleróza	587
I70	Ateroskleróza	125	I69	Následky cévních nemocí mozku	517
E10	Diabetes mellitus 1. typu	100	E11	Diabetes mellitus 2. typu	458
F70	Lehká mentální retardace	100	F70	Lehká mentální retardace	435

Tabulka 7. Průkaz osoby se zdravotním postižením, II. stupeň

Kód dg.	Diagnóza	2012 počet	Kód dg.	Diagnóza	2020 počet
H90	Převodní a percepční nedoslýchavost, ztr.sl.	234	M15	Polyartróza	2 503
I69	Následky cévních nemocí mozku	110	M54	Dorzalgie	1 531
M15	Polyartróza	106	I25	Chronická ischemická choroba srdeční	1 413
I70	Ateroskleróza	77	I70	Ateroskleróza	1 347
H91	Jiná nedoslýchavost, ztráta sluchu	71	I69	Následky cévních nemocí mozku	1 237
I25	Chronická ischemická choroba srdeční	65	M17	Artróza kolenního kloubu	1 236
M54	Dorzalgie	62	M16	Artróza kyčelního kloubu	1 112
M17	Artróza kolenního kloubu	60	E11	Diabetes mellitus 2. typu	793
M51	Onemocnění jiných meziobratlových plotének	53	F84	Pervazivní vývojové poruchy	738
M16	Artróza kyčelního kloubu	51	J44	Jiná chronická obstruktivní plicní nemoc	668

Tabulka 8. Průkaz osoby se zdravotním postižením, III. stupeň

Kód dg.	Diagnóza	2012 počet	Kód dg.	Diagnóza	2020 počet
F71	Střední mentální retardace	418	F71	Střední mentální retardace	1 189
G80	Dětská mozková obrna	278	F84	Pervazivní vývojové poruchy	694
H54	Poškození zraku včetně slepoty	244	F72	Těžká mentální retardace	509
I69	Následky cévních nemocí mozku	229	G80	Dětská mozková obrna	497
M15	Polyartróza	208	G30	Alzheimerova nemoc	456
I70	Ateroskleróza	177	I69	Následky cévních nemocí mozku	443
F72	Těžká mentální retardace	141	I70	Ateroskleróza	414
M16	Artróza kyčelního kloubu	137	F01	Vaskulární demence	350
G35	Roztroušená skleróza	104	H54	Poškození zraku včetně slepoty	348
H90	Převodní a percepční nedoslýchavost, ztráta sluchu	104	F03	Neurčená demence	300

DISKUZE A ZÁVĚR

Prezentovaná data byla získána a zpracována Českou správou sociálního zabezpečení, jde o 10 nejčastějších onemocnění, která opravňovala osoby s tímto onemocněním k úspěšnému získání požadované dávky. V každé tabulce je uvedeno srovnání s vybraným časovým obdobím. U průkazů osoby se zdravotním postižením byl zvolen rok 2012, protože od roku 2011 byla provedena změna v metodice posuzování této dávky. U příspěvku na péči a příspěvku na zakoupení motorového vozidla byl pro srovnání zvolen rok 2010, protože jde o období, kdy se posuzovalo velké množství těchto typů příspěvků. Z doložených dat je patrné, jak uvádí Švestková (2010), že nestačí pouze etiologická diagnóza a stupeň strukturální poruchy k posouzení tíže postižení, ale je nezbytná objektivní funkční diagnostika celého psycho-senzo-motorického potenciálu osoby s postižením. Pro posudkové účely v systému sociálního zabezpečení se posuzuje vždy celkový funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu žadatelů o dávky. Je nutné souhlasit s Boháčem (2016), že si bohužel o dávky často nežadají osoby, které by na dávku měly nárok, protože se k nim informace o tom, že nějaké dávky existují vůbec nedostanou. Pokud ale si osoby se závažným onemocněním jako je syndrom demence o dávku zažádají, jak ukazují i zde doložená data, uspějí (Juríčková & Elischer, 2021). Jak názorně ukazují výsledky, jsou u příspěvků na péči stupňů III-IV a průkazu typu ZTP/P na čelních místech tabulek osoby s demencí. Jak uvádí Pfeiffer (2014), Farina et al. (2020) i Votava (2009) je postižení kognitivních funkcí hodnoceno i ze strany seniorů jak nejzávažnější a s nejhorší perspektivou do budoucna, ani intenzivní a komplexní rehabilitace nedokáže často zabránit vzniku časně závislosti na péči druhé osoby.

V zájmu zvýšení kvality života osob s demencí a jejich pečujících je důležitá osvěta, šíření informovanosti související s problematikou demence. V tomto ohledu jsou velmi významným prvkem praktičtí lékaři: záchyt kognitivních poruch, diagnostika i postdiagnostická péče včetně dodání základních informací o možnostech podpory v péči, a to i té finanční ve formě uvedených příspěvků (Fiala, 2009; Holmerová, 2019; Juríčková & Elischer, 2021). Pro pacienty s demencí a jejich pečující jsou k dispozici publikace od populárně naučných monografií (Čechová et al., 2019), přes stručnější brožury (Provazníková & Kalvach, 2016) až po stručné, úžeji zaměřené informační letáky. Významnou roli v šíření povědomí o problematice demence mezi odbornou i laickou veřejností má Česká alzheimerovská společnost, která mj. vydává tištěné i online materiály a pořádá vzdělávací akce (ČALS, b.r.). V reakci na stoupající nároky péče o osoby s demencí na celospolečenské úrovni připravuje Ministerstvo zdravotnictví Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020-2030, NAPAN, který by měl navazovat na předchozí Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016–2019 (MZČR, 2020). NAPAN „vznikl jako reakce na zvyšující se prevalence demence v České republice a nutnost aktivně podporovat osvětu, prevenci, zvyšovat dostupnost včasné diagnostiky a následné zdravotní i sociální podpory pro lidi žijící s demencí a jejich pečující“. Plnění NAPAN by mimo jiné mělo rovněž přispět k vyšší informovanosti na stranách sociální i zdravotní péče, veřejné správy i obyvatelstva.

Z prezentovaných dat vyplývá, že osoby s demencí budou úspěšné, pokud si o dávku požádají, a mohou si zlepšit kvalitu života získáním pravidelného měsíčního finančního příspěvku nebo pořídit si motorové vozidlo nebo parkování na místech

vyhrazených pro osoby s průkazem typu ZTP nebo ZTP/P. Nezbytnou podmínkou pro podání žádosti je informovanost společnosti, seniorů a jejich pečujících, o těchto dávkách, ale i o procesu spojeným s podáním žádosti (např. Juríčková & Elischer, 2021). Naprosto nejsou na místě obavy z administrativní náročnosti procesu souvisejícím s podáním žádosti, z neohlášené návštěvy sociálního pracovníka nebo z opakovaných náročných a zbytečných vyšetření u lékařů.

Posudkoví lékaři by měli přispět k větší informovanosti formou seminářů, přednášek, prezentací odborné i laické veřejnosti, aby se zvýšilo povědomí o této problematice. Vždyť zajištění optimální kvality života seniorů je vzhledem k prodlužování délky lidského života nutné považovat za důležitý socioekonomický faktor (Kisvetrová et al., 2020).

Zdravotně-sociální oblast by zejména u seniorů, měla být ze strany politiků považována za prioritu. Stárnutí je fyziologický proces, který se osobně dotýká nebo bude týkat každého z nás. Přáním každého z nás je jistě strávit co nejdelší část svého života v přirozeném domácím prostředí v kruhu rodiny, s co největší možnou mírou soběstačnosti. Ukazatel kvality života seniorů s demencí je zároveň ukazatelem vyspělé a morální společnosti 21. století.

PRAKTICKÉ INFORMACE A DOPORUČENÍ PRO ŽADATELE O PŘÍSPĚVKY

V rámci nepojistné agendy systému sociálního zabezpečení se jedná o tyto příspěvky: příspěvek na péči, průkazy osob se zdravotním postižením, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.

Označení *nepojistné systémy* znamená, že nárok na případnou výplatu požadované dávky není vázán na platbu sociálního ani zdravotního pojištění. Veškerou agendu, která se týká zpracování a vyřizování žádostí o dávky má v nepojistném

systému na starosti místně příslušná **krajská pobočka Úřadu práce**.

Jak tedy konkrétně postupovat v případě, že chcete žádat o dávku?

Na počátku musí být vždy **písemná žádost**, formulář je k dispozici na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí (mpsv.cz). Žádost se podává na místně příslušné krajské pobočce Úřadu práce online, poštou nebo osobně. Účastník řízení může být zastoupen jinou osobou, nejčastěji rodinným příslušníkem.

Úřad práce zajistí další potřebné náležitosti nutné k předání na příslušné *oddělení lékařské posudkové služby (LPS)*, například zajistí provedení sociálního šetření. LPS zašle žádost o vyšetření ošetřujícímu lékaři (nejčastěji praktický lékař). Lhůta na vyplnění žádosti je 15 dní po doručení žádosti. Osoba žádající si o dávku rovněž obdrží informaci o podrobení se vyšetření, doporučená lhůta je do 8 dní od doručení informace. **Posudkový lékař**, zaměstnanec LPS, posoudí nárok na dávku z dodaných výsledků vyšetření a vypracuje posudek s výsledkem posouzení, kde se vyznačí i doba jeho platnosti a dobu vzniku.

U nepojistných systémů *není zvykem klienta zvát osobně na jednání, ale pokud si to klient výslovně přeje, musí mu být vyhověno*.

Lhůta pro vypracování posudku je 45 dní, posudek je zaslán na Úřad práce a slouží jako podklad pro vydání rozhodnutí. Z uvedeného vyplývá, že proti posouzení LPS se nelze odvolat. Jediná možnost, jak lze vyjádřit nesouhlas s posudkem LPS, je před vydáním rozhodnutí podat námitku a doložit nové důležité skutečnosti. O možnosti podat námitku informuje žadatele Úřad práce ještě před vydáním rozhodnutí.

Úřad práce zašle žadateli rozhodnutí o tom, zda byla dávka přiznána či nikoli. Proti rozhodnutí je možné se v zákonné lhůtě odvolat.

Základní desatero doporučení pro žadatele s demencí a jejich blízké

1. Nebát se požádat o pomoc, to není ostuda, ale právo.
2. Zjistit, co vlastně potřebuji (pomůcku, průkaz, příspěvek na péči).
3. Vždy kontaktovat praktického lékaře.
4. Podat žádost, formulář je na webu MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí).
5. Žádost odeslat online (*pozn.: pozor – ne vždy zcela spolehlivý způsob podání pro technické výpadky*), poštou nebo doručit osobně na krajskou pobočku Úřadu práce dle místa bydliště.
6. Vybavit se trpělivostí a být připraven doplnit informace.
7. Při ohlášeném sociálním šetření být doma a dle potřeby pomoci.
8. Vždy pravdivě informovat, jde o úřední jednání.
9. Sledovat termíny, počítat s několika měsíci, než přijde rozhodnutí.
10. Při nesouhlasu je možné se odvolat.

LITERATURA

- ADI. (2013). *Policy Brief for Heads of Government: The Global Impact of Dementia 2013–2050*. Alzheimer's Disease International.
<https://www.alzint.org/u/2020/08/GlobalImpactDementia2013.pdf>
- Boháč, J. (2016). *Výukové materiály pro specializační kurzy v posudkovém lékařství*. IPVZ, Katedra posudkového lékařství.
- Beck, J. C., Benson, D. F., Scheibel, A. B., Spar, J. E., & Rubenstein, L. Z. (1982). Dementia in the elderly: The silent epidemic. *Annals of Internal Medicine*, 97(2), 231–241.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-97-2-231>
- Bradford, A., Kunik, M. E., Schulz, P., Williams, S. P., & Singh, H. (2009). Missed and Delayed Diagnosis of Dementia in Primary Care: Prevalence and Contributing Factors. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(4), 306–314.
<https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181a6bebc>
- ČALS. (b.r.). *Česká alzheimerovská společnost*. <http://www.alzheimer.cz/>
- Čechová, K., Fendrych Mazancová, A., & Marková, H. (Ed.). (2019). *V bludišti jménem Alzheimer: Na co v ordinaci nezbývá čas*.
- Čeledová, L. (2010). *Posudkové lékařství*. Karolinum.
- Dragomirecká, E., Janečková, H., & Jarolímová, E. (2021). Naplněné a nenaplněné potřeby rodin pečujících o člověka s demencí. In H. Georgi (Ed.), *Stárnutí 2021: Sborník 5. Gerontologické mezioborové konference [Ageing 2021: Proceedings of the 5th Gerontological Interdisciplinary Conference]* (s. 31–41). Pražská vysoká škola psychosociálních studií [Prague College of Psychosocial Studies].
https://konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2021_sbornik.pdf
- Farina, F. R., Bennett, M., Griffith, J. W., & Lenaert, B. (2020). Fear of memory loss predicts increased memory failures and lower quality of life in older adults: Preliminary findings from a fear-avoidance of memory loss (FAM) scale. *Aging & Mental Health*, 1–7.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1856780>
- Fiala, J. (2009). Demence v ordinaci praktického lékaře. *Praktický lékař*, 89(9), 488–493.
- Franková, V. (2017). Demence u Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi*, 18(1), 30–33.
- Gamon, D., & Bragdon, A. (2010). *Mozek a jak ho cvičit*. Portál.
- Holmerová, I. (2019). Praktický lékař a demence. *Medicina pro Praxi*, 16(4), 247–253.
- Juríčková, L., & Elischer, A. (2021). Možnosti intervence lékaře v geriatrické ambulanci pro kognitivní poruchy. In H. Georgi (Ed.), *Stárnutí 2021: Program & sborník abstrakt* (s. 27).

- Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
https://konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2021_sbornik.pdf
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., & Sucharda, P. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Grada Publishing.
- Kalvach, Z., Holmerová, I., Jurašková, B., & Weber, P. (2008). Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti (functioning). In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, I. Holmerová, & P. Weber (Ed.), *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient* (s. 92–104). Grada Publishing.
- Kolář, P., & Máček, M. (2015). *Základy klinické rehabilitace*. Galén.
- Konrád, J. (2005). Kognitivní poruchy ve stáří. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 229–232.
- Koukolík, F. & Jiráček, R. (1999). *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Grada Publishing.
- Kisvetrová, H., Školoudík, D., Herzig, R., Vališ, M., Jurašková, B., Tomanová, J., Vavrková, R., Langová, K., & Yamada, Y. (2020). Vliv demence na trajektorie kvality života seniorů. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 83/116(3), 298–304.
<https://doi.org/10.14735/amcsnn2020298>
- MPSV. (2021). *Příspěvek na péči*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>
- Musil, L., Hubíková, O., Havlíková, J., & Kubalčíková, K. (2011). *Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_341.pdf
- Musil, L., Havlíková, J., Hubíková, O., & Kubalčíková, K. (2015). *Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
https://www.mpsv.cz/documents/20142/650267/Metodika_sociálního_setření_v_rámci_řízení_o_příspěvku_na_pěči.pdf/013568b0-6108-e724-f33a-be2b547233d6
- MZČR. (2020). *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. <https://www.mzcr.cz/category/programy-a-strategie/narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc/>
- Nikolai, T., Bezdíček, O., Vyhnálek, M., & Hort, J. (2012). Mírná kognitivní porucha: Diagnostická jednotka nebo stadium předcházející demenci? *Československá psychologie*, 56(4), 374–390.
- Nikolai, T., Vyhnálek, M., Štěpánková, H., & Horáková, K. (2013). Sociální problematika spojená s Alzheimerovou chorobou. In *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby* (s. 38–44). Psychiatrické centrum Praha.
- Pfeiffer, J. (2014). *Koordinovaná rehabilitace*. Jihočeská univerzita.
- Provazníková, E., & Kalvach, Z. (2016). *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Diakonie ČČE.
<https://www.diakonie.cz/res/archive/005/000694.pdf?seek=1485175767>
- Rohan, Z., Matěj, R., & Rusina, R. (2015). Překrývání neurodegenerativních demencí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 78/116(6), 641–648.
- Seifert, B. & Čeledová, L. (2012). *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Karolinum.
- Štěpánková, H., Nikolai, T., Lukavský, J., Bezdíček, O., Vrajová, M., & Kopeček, M. (2015). Mini-Mental State Examination – česká normativní studie [Mini-Mental State Examination – Czech normative study]. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 78/111(1), 57–63.
- Švestková, O., Angerová, Y. & Sládková, P. (2009). Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF): Kvantitativní měření kapacity a výkonu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 72(6), 580–586.

- Švestková, O., Pfeiffer, J., Angerová, Y. & Sládková, P. (2010). Organizace rehabilitace při použití MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO) a stanovení stupně funkčního postižení (disability) podle kvalifikátorů MKF. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 17(2), 43-50.
- Švestková, O., Sládková, P., & Kotková, K. (2016). Application of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Functional Health and Disability. *Central European Journal of Public Health*, 24(1), 83–85. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4140>
- Votava, J. (2003). *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Karolinum.
- WHO. (2011). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Grada Publishing.
- WHO. (2020). *Dementia. Fact sheets*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením o změně souvisejících zákonů.
- ÚZIS ČR. (2019). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: Desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci#o-klasifikaci>
- Valuch, J. M. (2006). *Neurotechnologie, mozek a souvislosti*. Galaxy Publishing.
- Vyhnálek, M., Bartoš, A., Dostál, V., Franková, V., Holmerová, I., Laczó, J., Líněk, V., Rektorová, I., Rössner, P., Rusina, R., Sheardová, K., Vališ, M., & Hort, J. (2012). Diagnostikujeme a léčíme demence správně a včas? Výsledky průzkumu ve světle nových doporučení. *Psychiatrie pro praxi*, 13(1), 19–24.
- Seidl, Z., & Vaněčková, M. (2007). *Magnetická rezonance hlavy, mozku a páteře*. Grada Publishing.

VIRTUAL REALITY AS A TOOL FOR KEEPING THE ELDERLY ACTIVE: SELECTED ISSUES

VIRTUÁLNÍ REALITA JAKO AKTIVIZAČNÍ ČINNOST SENIORŮ: VYBRANÉ ASPEKTY

Věra Suchomelová¹, Lenka Lhotská², Jan Husák²

¹ Faculty of Theology, University of South Bohemia

E-mail: suchomelova@tf.jcu.cz

² Czech Technical University in Prague

E-mail: lhotska@cvut.cz; jan.husak@cvut.cz

Abstract: Rapid development in the field of assistive technologies combined with increasing digital literacy of seniors create a favorable environment for the use of virtual reality (VR) with elderly users, even those in the so-called fourth age. The use of virtual reality opens new possibilities for improving their quality of life, which is often affected by physical, mental and social deficits and a substantial reduction in autonomy.

The key features of this VR technology are immersiveness and interactivity (a feature that allows the user and environment to interact). These functions play a key role in VR use to keep seniors active, for example, through memory training, sensory or sensorimotor stimulation, or reminiscence sessions.

In this review, we present current findings relevant to the use of VR as a tool for keeping elderly users active. We characterize several aspects of the virtual experience representing reality and some principles for meaningful implementation of VR into the activity program of a senior or nursing home. The overview part is illustrated by partial findings of the VIREAS project. The first experiments showed that a feeling of safety and comfort, an attractive scenario, easy operation together with a suitable time of day for VR sessions play an important role in the acceptance of VR. VR, as one kind of activity in the senior or nursing home should always be a source of positive emotions. It should support memories and bring new stimuli that can be used in follow-up individual or group activities in the facility.

Keywords: virtual reality; seniors; nursing homes; senior homes; activation; manual; software

Abstrakt: Rychlý rozvoj v oblasti asistivních technologií a zároveň zvyšování digitální gramotnosti seniorů vytváří příznivé prostředí pro využívání virtuální reality (VR) u starších uživatelů, včetně takzvaného čtvrtého věku. Virtuální realita otevírá nové možnosti pro zlepšení kvality životní etapy, která je často ovlivňována fyzickými, duševními a sociálními deficity a podstatným snížením autonomie.

Klíčovými vlastnostmi této technologie jsou imerzivita a interaktivita. Tyto funkce hrají klíčovou roli ve využití VR jako aktivizační činnosti, například pro trénování paměti, senzomotorické stimulaci nebo reminiscenci.

V přehledovém textu prezentujeme aktuální zjištění týkající se používání VR jako nástroje aktivizace a stimulace seniorských uživatelů. Charakterizujeme některé aspekty virtuálního zážitku reprezentujícího realitu a shrnujeme principy smysluplné implementace VR do aktivizačního konceptu v domově pro seniory. Přehledovou část ilustrují dílčí zjištění projektu VIREAS. První experimenty ukázaly, že pocit bezpečí a komfortu ve virtuálním zážitku, atraktivní scénář, snadné ovládání a zároveň vhodná denní doba, ve které virtuální zážitek probíhá, hrají důležitou roli v akceptaci VR seniorským uživatelem. VR jako aktivizační činnost v domově by vždy měla být zdro-

jem pozitivních emocí, podpořit vzpomínky a přinést nové podněty využitelné v následných individuálních či skupinových aktivitách daného geriatrického zařízení.

Klíčová slova: virtuální realita; senioři; domovy pro seniory; aktivizace; manuál; software

Grantová podpora/Funding: project No. TL02000344 VIREAS “Virtual Reality in Keeping the Elderly Active” funded by the Technology Agency of the Czech Republic.

Rapid development in the field of assistive technologies combined with increasing the digital literacy of seniors creates favourable conditions for the use of virtual reality with elderly users, including those in the so-called fourth age. This technology opens up new possibilities for improving the quality of life at this stage, which is often affected by physical, mental and social deficits and a substantial reduction in autonomy.

Virtual reality (VR) can be defined as a computer-simulated environment providing the user with an almost perfect feeling of being physically present in an imaginary world or a place representing reality. Unlike with other technologies, VR users perceive themselves as at the centre of 360° of space, immersed in the experience, moreover with the possibility of actively influencing the storyline. The users can acquire a new experience, or they can repeat familiar activities and past experiences in adjusted form. These aspects play a key role in VR use for memory training, reminiscence sessions, spatial orientation, and sensory or sensorimotor stimulation.

The goal of using VR with seniors should always be to improve the quality of life. In this sense, a number of projects work with this technology, such as RendeVer (RendeVer, n.d.), BettVR with Age (Wired, 2017), MyndVR Virtual Reality Pain Reduction (MyndVR, n.d.), Aged Care Virtual Reality (2021), or Adventures with VR (Senior VR Events, n.d.). In these projects, VR is a tool that helps seniors reduce their sense of isolation from the outside world, avoid depressive states or stimulate

their activity, even reduce pain (Mallari et al., 2019). In the Czech Republic, there are currently two research projects focusing on the use of VR with seniors – the project “Virtual City – a game system for cognitive training in a virtual environment” (VirtualCity), and the project “Virtual Reality in keeping seniors active” (VIREAS) focusing mainly on seniors in nursing or senior homes. The intention of the VIREAS project is to create a Set of Virtual Experiences and a Conceptual Manual for the optimal use of VR experiences in geriatric facilities.

In this review study, we present the current findings relevant to the use of VR as a tool for keeping seniors active. We focus on several aspects of the virtual experience representing reality and finally, we present some principles meaningfully implementing VR into the activity program of a senior or nursing home. The overview part is illustrated by partial findings of the VIREAS project.

VIRTUAL REALITY AS A TOOL OF STIMULATION IN OLD AGE

A number of studies confirm the legitimacy of using this technology as a tool for keeping seniors active.

Park and Yim (2016) developed a pleasant therapy for seniors that combined several activities and focused on improving cognitive functions, muscle strength and balance at the same time. The program featured a 3D VR kayak and the results after six weeks of training (twice a week for 20 minutes) showed a significant improvement in all measured

parameters. Similarly, a study by Jeng, Pai and Yeha (2017) highlighted the possibility of using virtual reality with seniors over the age of 76 using a Wii game console (a home video game console developed by Nintendo). Research has shown that playing somatosensory games can improve the physical stability of seniors and also increase their self-esteem.

It has been shown that a three-dimensional interactive virtual environment, which the user can explore as real physical space, evokes and maintains positive emotions better than using spatial videos or 360° video recordings (Chirico et al., 2018). Regular users of virtual reality feel more confident in social interactions, have higher self-esteem and are more likely to experience more positive and less negative emotion than people who do not use VR (Lin et al., 2018). A Korean study (Hwang & Park, 2018) explored the effects of health promotion and emotional improvements on elderly people when participating in VR games. The SWOT analysis presented by Soltani (2019) showed that VR interventions work best in combination with traditional methods. Stimulation of cognitive functions (especially memory and learning) in virtual reality shows higher efficiency than in classical training (Corno et al., 2014.; García-Betances et al., 2014).

VR is also used in reminiscence therapy. Memories stimulated by the VR experience carry a stronger emotional charge than those evoked, for example, by the presentation of photographs or narration (García-Betances et al., 2014). In addition to mental functions, VR helps to maintain, improve or even develop new motor skills, such as the ability to maintain balance or stabilize walking (Mirelman et al., 2016). Similarly, Slavík and colleagues (2018) presented an overview of various potential applications of VR that may contribute to training for new situations in everyday life

(e.g., new devices in the home environment or orientation in unknown environments such as shopping malls).

Recently, several studies have investigated the positive and negative effects of VR use. In Barsasella et al. (2021), VR apps were used with the intention to provide entertainment through minimal engagement and motivate physical activity. The conclusions were positive and recommended supporting more psychological aspects. In Bauer and Andringa (2020), a literature review is presented and various features of immersive VR, including opportunities and limitations, are discussed. Another review (Dermody, 2020) evaluated the effectiveness of VR apps with commercially available immersive headsets to improve physical, mental, or psychosocial health outcomes in community-dwelling older adults. In Arlati et al. (2021), a study was presented that focused on acceptance and usability of VR in older adults with objective and subjective cognitive decline. It proved that all subjects accepted VR and enjoyed it. However, cognitive deficits might induce risky behaviours and cause issues in the interactions with virtual items. Given the unclear effect of VR on people with some form of dementia, in the VIREAS project, we target primarily seniors without major cognitive limitations; however, some of them suffered from multiple coordination, motor or sensory problems.

As with any kind of meaningful activity, VR software should correspond to the needs, wishes, and preferences of the target group. In the VIREAS project, the development of the Set of virtual experiences is based on the seniors' preferences.

Based on the results of a questionnaire survey among 160 residents of several senior homes, we defined three areas for further development: "Forest", "Travel" and "City Center" (Suchomelová & Di-allo, 2019). While the Forest is fully ani-

mated, the other ones were conceived as an interactive gallery of 360° images. Following functional testing with 11 rather active seniors (60 to 75), the pilot qualitative study with 12 residents of a senior home (75 to 93) was designed to verify the functionality of applications and to obtain feedback, especially in terms of visual perception, ease of use, and the subjective feeling of being in virtual reality.

FEELING REALITY IN THE VIRTUAL WORLD

In the projects we mentioned in the introduction, VR serves mainly as a substitute for the real world, which is inaccessible to seniors at a given time of life or health situation. It might be that the less seniors can realize themselves in physical life, the more they appreciate doing so in a virtual environment.

To repeat, key features of VR are immersiveness (a feature that evokes a “nesting” experience in the user) and interactivity (a feature that allows the user to interact with the environment). These functions play a key role in VR use for many kinds of stimulation but also in the VR user’s feeling of being in a “real known world”. However, the user’s feeling of being in the reality is affected by several aspects.

Comfort and safety

Immersiveness is undoubtedly a benefit of VR, but it can also cause problems. In Somrak (2019), a user study of the effects of VR technology on VR sickness and user experience was presented. It showed that regardless of age, between 20% and 80% of VR users experience similar symptoms of classical motion sickness. Persons suffering from vertigo in real life feel the same in virtual reality. Therefore, in VR it is necessary to provide railings with heights and depths to give the user a feeling of anchorage and to avoid dizziness, nausea or fear in sensitive people.

Reality must also be respected when creating 360° images. In the VIREAS project, both a functional test and subsequent pilot study showed fundamental elements for creating 360° images in the experiences. A significant issue the team identified was the importance of camera position relative to the ground. If persons viewing the images in VR are sitting (which is typical for users in the nursing home), they assume that the image is seen from the same height. Therefore, images shot from the height of a standing person or tripod can cause the user to perceive the scene as if one was unnaturally “flying” over the ground.

For the best feeling of reality, it is also necessary to match the resolution, contrast and brightness of consecutive images to preserve flow and avoid disturbing the quality of the experience.

The ability to enjoy the VR experience is also determined by the health and psychological condition, mood, time of day, and time interval after taking medication (especially in the case of neurodegenerative diseases). There are several reasons for this, namely regularity in a daily schedule (the person might feel uncomfortable if used to doing some other regular activity at the given time), time interval after medication (some drugs might influence cognition and/or attention), mood (positive tuning vs depression). We found these aspects very important, in particular at the first VR sessions because they might influence the acceptance either positively or negatively. Surprisingly, we did not find this kind of information in similar studies except for those focused on VR applications in mental health and psychiatric disorders. These aspects must be studied in more detail and with a larger group of seniors to acquire relevant feedback. This is also one of our aims in future research.

The reality in the scene

When the scenario presents the real world, the elderly users expect as much reality as possible, whether the scene is animated or created by 360° images. In the VIREAS project, both functional testing and pilot studies have shown high expectations among seniors regarding the realistic depiction of the virtual reality scene. Participants negatively evaluated such inadequate elements as foreign plants in the forest and a lack of typical local plants or the non-European appearance of buildings. They asked for more details triggering memories or emotions.

Life and motion

The aspects of life and movement in the scenario are important especially in the context of a home-like environment for the elderly and the limited mobility of a majority of the clients. Participants asked for more living and moving things, simply aspects of life. Details like the movement of the wind in branches and leaves in the animated forest or flying birds, moving people including youths in the 360° scene can be crucial for the feeling of reality. Obviously, the feeling of reality is significantly supported by interactive elements such as the possibility of entering stores or buildings. For the feeling of reality, real sounds in the scene are very important.

Easy control

Freedom of movement and decision in VR, together with the possibility to actively influence the storyline, are among the most significant benefits for elderly users. Therefore, the elderly should be able to control the action in VR on their own, despite coordination problems or tremor. Constant help from another person manipulating and touching users' hands can be disruptive. Parallel assisted control managed by an activity coordinator can be a good way to help users "invisibly", while

maintaining their self-confidence and dignity. Nevertheless, it is necessary to continue working to simplify the method of control for seniors themselves.

Easy control, together with a suitably interactive scenario and proper communication with the activity coordinator during the experience, allows seniors to feel that they really are the "masters" of the situation and storyline.

VIRTUAL REALITY AS AN ACTIVITY IN SENIORS AND NURSING HOMES

It is obvious that VR can appropriately expand the range of activities for residents in senior facilities.

Meaningful use of VR in keeping seniors active requires respect for several principles.

First, content, the form of experience and method of control must correspond to the interest, cognitive and sensory-motor level of the person. Otherwise, it might affect their dignity and confidence.

Second, the VR activity coordinator should be primarily a safe guide in the virtual experience, which involves proper communication with elderly users before, during and after the VR session. One should be able to deal with virtual world experiences and use them to support the personal development of clients, to enable space for sharing and to integrate virtual world experiences into other kinds of activities in the facility. One should be able to use the experience of the virtual environment to support the psycho-social development of a particular client, with respect to one's bio-psycho-socio-spiritual needs. The activity coordinator should also consider the best time of day or length of time between the VR experience and the follow-up activity for a particular person.

Third, VR experience must be incorporated into other individual or group activities.

Fourth, for the activity coordinators or managers, it is necessary to understand the technology, including maintenance and hygiene of the headset and a suitable spatial background in the facility, and to adhere to an ethical framework when using VR in the facility. The technology should be user-friendly not only for seniors but also for activity coordinators to motivate them to use VR in the facility.

If the technology is used properly, virtual experience has great potential to meet some of the key psycho-spiritual needs of old age, such as the need for awareness of one's dignity and value, the need for continuity of one's life story or the need for a meaningful life, the need for beauty, etc. (Suchomelová, 2016). The preference for a forest and nature expressed by the participants of the quantitative study (Suchomelová & Diallo, 2019) may reflect the findings of Erichsen and Büssing (2013). Based on the survey in several north German nursing homes, they defined the need to "re-immense yourself in the beauty of nature," as a key psycho-spiritual need of residents of senior and nursing homes. In both studies (Suchomelová & Diallo, 2019; Erichsen & Büssing, 2013), the participants also revealed a strong need to be part of the community. This need may be met by a suitable virtual scenario but, more particularly, by the possibility of sharing virtual experiences with others. The purpose of the use of VR in keeping seniors active is not to enclose the seniors to a virtual world but to bring them some new impulses and sources of positive emotions and memories useful in their everyday lives.

CONCLUSION

In this paper, we focused on selected aspects of the use of VR in keeping seniors

active, especially those in senior or nursing homes. We presented current findings relevant to the use of VR for that purpose. Using the example of software development in the VIREAS project, we have shown some principles that are important in this type of software. To enjoy the benefits of this kind of activity, elderly users need to feel safe and comfortable in the virtual world. Elements of life and motion in the scene can be beneficial especially for those with limited mobility. VR experience representing reality should reflect the real world that seniors may know including details. Interactivity and easy control are important for the acceptance of reality by the elderly user. Additionally, proper timing of the VR session in the user's daily schedule might influence its future acceptance to a certain degree. In future research, we will focus on these parts of VR experiences triggering positive emotions and memories and their optimal use in follow-up activities.

We can summarize that VR should always be a source of positive emotions, bring new impulses, respect both the limitations and potential of the seniors, provide the users with experiences that can be used in their real life and, finally, the technology should be user-friendly not only for seniors but also for activity coordinators to motivate them to use VR in the facility. The purpose of keeping people active in virtual reality should not be a kind of escape from "unfriendly dangerous reality" into a joyful virtual world but rather a source of impulses for the seniors' everyday lives. As VR devices become more easily available, it is possible to create new scenarios that the seniors would prefer and moreover, certain personalization can be considered in future development.

REFERENCES

- Aged Care Virtual Reality*. (2021). <http://www.agedcarevirtualreality.com>
- Arlati, S., Di Santo, S. G., Franchini, F., Mondellini, M., Filiputti, B., Luchi, M., Ratto, F., Ferrigno, G., Sacco, M., & Greci, L. (2021). Acceptance and usability of immersive virtual reality in older adults with objective and subjective cognitive decline. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 10.3233/JAD-201431. Advance online publication. <https://doi.org/10.3233/JAD-201431>
- Barsasella, D., Liu, M. F., Malwade, S., Galvin, C. J., Dhar, E., Chang, C. C., Li, Y. J., & Syed-Abdul, S. (2021). Effects of virtual reality sessions on the quality of life, happiness, and functional fitness among the older people: A randomized controlled trial from Taiwan. *Computer methods and programs in biomedicine*, 200, 105892. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2020.105892>
- Bauer, A. C. M. & Andringa, G. (2020). The potential of immersive virtual reality for cognitive training in elderly. *Gerontology*, 66(6), 614-623. <https://doi.org/10.1159/000509830>
- Chirico, A., Ferrise, F., Cordella, L., & Gaggioli, A. (2018). Designing awe in virtual reality: An experimental study. *Frontiers in Psychology*; 22(8), 2351. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02351>
- Corno, G., Bouchard, S. & Forget, H. (2014). Usability assessment of the Virtual Multitasking Test (V-MT) for elderly people. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine*, 199, 168–72.
- Dermody, G., Whitehead, L., Wilson, G., & Glass, C. (2020). The role of virtual reality in improving health outcomes for community-dwelling older adults: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e17331 <https://www.jmir.org/2020/6/e17331>
- Erichsen, N. B., & Büssing, A. (2013). Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2013, 913247. <https://doi.org/10.1155/2013/913247>
- García-Betances, R. I., Jiménez-Mixco, V., Arredondo, M. T., & Cabrera-Umpiérrez, M. F. (2015). Using virtual reality for cognitive training of the elderly. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 30(1), 49–54. <https://doi.org/10.1177/1533317514545866>
- Hwang, J.-H. & Park, M.-S. (2018). Effect of a dual-task virtual reality program for seniors with mild cognitive impairment. *Korean Journal Of Clinical Laboratory Science*, 50(4), 492-500. <https://doi.org/10.15324/kjcls.2018.50.4.492>
- Jeng, M.-Y., Pai, F.-Y., & Yeh, T.-M. (2017). The virtual reality leisure activities experience on elderly people. *Applied Research in Quality of Life*, 12(1), 49–65. <https://doi.org/10.1007/s11482-016-9452-0>
- Lin, C. X., Lee, C., Lally, D., & Coughlin, J. F. (2018). Impact of virtual reality (VR) experience on older adults' well-being. In J. Zhou & G. Salvendy (Ed.), *Human Aspects of IT for the Aged Population. Applications in Health, Assistance, and Entertainment* (s. 89–100). Springer International Publishing. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-92037-5_8
- Mallari, B., Spaeth, E. K., Goh, H., & Boyd, B. S. (2019). Virtual reality as an analgesic for acute and chronic pain in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain Research*, 12, 2053–2085. <https://doi.org/10.2147/JPR.S200498>
- Mirelman, A., Rochester, L., Maidan, I., Del Din, S., Alcock, L., Nieuwhof, F., Rikkert, M. O., Bloem, B. R., Pelosin, E., Avanzino, L., Abbruzzese, G., Dockx, K., Bekkers, E., Giladi, N., Nieuwboer, A., & Hausdorff, J. M. (2016). Addition of a non-immersive virtual reality

- component to treadmill training to reduce fall risk in older adults (V-TIME): A randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 388(10050), 1170–1182.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31325-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31325-3)
- MyndVR (n.d.). *Virtual Reality for Seniors*. <https://www.myndvr.com/>
- Park, J., & Yim, J. (2016). A new approach to improve cognition, muscle strength, and postural balance in community-dwelling elderly with a 3-D virtual reality Kayak Program. *The Tohoku Journal Of Experimental Medicine*, 238(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1620/tjem.238.1>
- Soltani, P. (2019). A SWOT analysis of virtual reality (VR) for seniors. In G. Guazzaroni (Ed.), *Virtual and Augmented Reality in Mental Health Treatment*: (s. 78–93). IGI Global.
<https://doi.org/10.4018/978-1-5225-7168-1>; <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01973706>
- Rendever (n.d.). *Virtual Reality for Seniors | Welcome to Rendever*. <http://rendever.com>
- Senior VR Events (n.d.). *Virtual Reality Events Twin Cities – Adventures with VR*.
<http://www.adventureswithvr.com/senior-vr-events>
- Slavík, P., Sedláček, D., Malý, I., Míkovec, Z., & Balata, J. (2018). Virtual reality in care for older adults. In H. Georgi & R. Šlamberová (Eds.), *Ageing 2018: Proceedings of the 4th Gerontological Interdisciplinary Conference* (pp. 151–162).
http://konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2018_sbornik.pdf
- Somrak, A., Humar, I., Hossain, M. S., Alhamid, M. F., Hossain, M. A., & Guna, J. (2019). Estimating VR Sickness and user experience using different HMD technologies: An evaluation study. *Future Generation Computer Systems*, 94, 302–316.
<https://doi.org/10.1016/j.future.2018.11.041>
- Suchomelová, V. (2016). *Senioři a spiritualita: Duchovní potřeby v každodenním životě. Návrat domů*.
- Suchomelová, V., & Diallo, K. (2019). Virtuální realita jako způsob aktivizace v domovech pro seniory [Virtual reality as a way of keeping residents in senior facilities active]. *Geriatric a Gerontologie*, 8(3), 115–118.
- VirtualCity (n.d.). *Virtual City – A Game System for Cognitive Training in Virtual Environment* (TL01000309), <https://www.nudz.cz/vyzkumne-programy/vp3-aplikovane-neurovedy-a-zobrazeni-mozku/granty-projekty/>
- Wired. (2017). *For Senior Citizens, the Future of VR Lies in the Past | WIRED*.
<https://www.wired.com/2017/04/vr-for-seniors/>

THE ELDERLY WOMEN SURFING THE NET (THE INTERNET IN THE LIFE OF THE ELDERLY WOMEN)

SURFUJÍCÍ SENIORKY (INTERNET V ŽIVOTĚ SENIOREK)

Naděžda Špatenková, Anna Fromová

Department of Sociology, Andragogy and Cultural Anthropology, Faculty of Arts, Palacký University, Olomouc

E-mail: nadezda.spatenkova@upol.cz

Abstract: The paper reflects the importance of the Internet in the everyday life of the elderly, i.e. the 65+ population. Does the current generation of the elderly see the Internet as a necessity, an everyday reality, or rather a hobby or leisure activity? Is the Internet a tool of education for the elderly? Or does it represent an opportunity (albeit distant) to saturate the lack of social contacts? Can it even eliminate the feeling of loneliness of the elderly who have lost a partner and now live alone? And what role does the Internet play for the elderly in isolation or quarantine during the covid-19 pandemic? We have tried to look for (and find) answers to all these and more questions. Considering the circumstances of the survey, we primarily focused on the importance of the Internet for the lonely or widowed elderly in the context of the unfavourable epidemiological situation caused by covid-19. Our research aimed to understand how the elderly perceive the Internet in their daily lives.

Methods: According to the stated aim, the qualitative design of the research was chosen. The data were collected in semi-structured interviews. The research group consisted of six elderly who had lost their life partners and lived alone. The interviews focused on how they reflected their first encounter with the Internet, the circumstances and reasons to acquire the Internet services, as well as the transformation of the importance of the Internet over time – at the time of the purchase and now. Attention was also paid to the use of the Internet in the everyday life of the elderly with regard to the current epidemiological situation associated with the covid-19 pandemic. Due to the formulation of the research question, the researchers chose interpretative phenomenological analysis (hereinafter IPA) since, in IPA (Smith & Osborn, 2003), the research question focuses on understanding the individual experience and its importance.

Results/discussion: In total, four main topics were identified: Then and Now, Two Sides of the Same Coin, Intergenerational Perception, and Everyday Life. The results show that the Internet in the lives of the elderly is a diverse phenomenon: they use it as a means of communication and obtaining information, an alternative source of information to older kinds of media such as TV or radio, a source of entertainment, etc. However, the Internet is also a place of intergenerational learning, generational conflicts, intergenerational relations, differences, similarities, and stereotypes. It also represents a possible medium after the loss of a partner or at the time of lockdowns during the covid-19 pandemic. As for education, the Internet is not only a tool but also a subject.

Keywords Internet; senior; interpretative phenomenological analysis (IPA)

Abstrakt: Příspěvek reflektuje význam internetu v běžném životě seniorek, resp. žen 65+. Je pro současnou generaci seniorek využívání internetu nutností, každodenní realitou nebo spíše koníčkem či volnočasovou aktivitou? Je internet pro seniorky nástrojem edukace? Nebo spíše představuje možnost (být distanční) saturace absentujících sociálních kontaktů? Může být snad dokonce možností eliminace pocitu osamělosti u seniorek, které prožily ztrátu partnera a nyní žijí v

domácnosti samy? A jakou roli hraje internet u seniorek v izolaci, resp. karanténě, jako tomu bylo v době pandemie covid-19? Na tyto a další otázky jsme se pokoušeli hledat (a najít) odpověď. V souladu s okolnostmi, za kterých bylo realizováno výzkumné šetření, jsme se primárně zaměřili na význam internetu u osamělých, resp. ovdovělých seniorek v kontextu nepříznivé epidemiologické situace související s covid-19. Cílem našeho výzkumného šetření bylo porozumět, jakým způsobem seniorky vnímají internet ve svém každodenním životě.

Metody: V souladu se stanoveným cílem byl pro výzkum zvolen kvalitativní design. Data byla sbírána polostrukturovanými rozhovory. Výzkumný soubor tvořilo šest seniorek, které ztratily životního partnera a žily samy v domácnosti. Rozhovory byly zaměřeny na to, jak reflektují své první setkání s internetem, okolnosti a důvody pořízení internetu, dále na proměnu významu internetu v průběhu času – v době pořízení a nyní. Pozornost byla v neposlední řadě věnována vnímání využití internetu v každodenním životě seniorů a také s ohledem na aktuální epidemiologickou situaci související s rozšířením onemocnění covid-19. Vzhledem k formulaci výzkumné otázky se výzkumníci rozhodli pro interpretativní fenomenologickou analýzu (dále jen IPA) – v rámci IPA je totiž výzkumná otázka primárně zaměřena na porozumění individuální zkušenosti a jejímu významu (Smith & Osborn, 2003).

Výsledky/diskuse: Celkem byly identifikovány čtyři hlavní tematické okruhy: Tehdy a nyní, Dvě strany jedné mince, Mezigenerační vnímání a Každodennost. Z výsledků je patrné, že internet v životě seniorů, resp. osamělých seniorek představuje různorodý fenomén, nejenže funguje jako prostředek komunikace, získávání informací, jako alternativní zdroj informací ke starším mediálním zařízením typu televize nebo rádio, zdroj zábavy apod., ale také funguje jako pole mezigeneračního učení, generačních střetů, mezigeneračních vztahů, rozdílů, podobností a stereotypů. Internet také představuje možné médium po ztrátě partnera či v době nouzového stavu v důsledku rozšíření onemocnění covid-19. Co se týče vzdělávání, internet je jeho prostředníkem, ale i předmětem.

Klíčová slova: internet; senior; interpretativní fenomenologická analýza (IPA)

The proportion of Internet users among the elderly aged 65 and older has increased in the last ten years from 4% to one-third (Hedvicakova & Svobodova, 2017; Zadražilová, 2017; Boz & Karatas, 2015). It can be assumed that the number of Internet users among the elderly will increase dramatically because the retired population will include those who have already used the Internet both in their personal and professional life (ČSÚ, 2018). The use of the Internet is becoming an increasingly important factor for the full integration of individuals into society (Benvenuti, 2020; Zounek, 2006) and it has become necessary for life in the information society (Sak & Kolesárová, 2012; Van Dijk, 2005). To the elderly, to be an Internet user means to keep up with contemporary society (Tomczyk, 2015, p. 130). The Internet can also

eliminate the social exclusion of the elderly (Martínez-Alcalá et al., 2018; Tomczyk et al., 2020).

The elderly aged 65 and older have the means to use the Internet, most often laptops, PCs, mobile phones, and tablets (Pospíšil & Špatenková, 2016). However, they do not need to use several devices at once, they use just one particular device they learn to work with. Compared with the younger generation, they do not spend so much time on the Internet and use it rather to solve practical problems (Kopecký et al., 2018). On the Internet, the elderly most often write emails, search for information, and read news. According to research, they less often communicate via chat applications (WhatsApp, Messenger, Viber, Skype), use social networks (e.g., Facebook, Instagram), read e-books,

follow advertising, use dating apps, shop online, etc. (Zdražilová, 2017; Kopecký et al., 2018; Sak & Kolesárová, 2012, pp. 120-125).

Widowhood or widowerhood is a marital status caused by the loss of a spouse, creating a specific social situation distinct from that of divorce or other dissolution of the marriage (Vodáková, 1996, p. 1366). In the Czech Republic, the loss of a spouse is a situation of 80% of women (ČSÚ, 2020); therefore, our research has primarily focused on women. Loss of a spouse is a life-changing event, often with a radical lifestyle change, the standard of living and the need for socialisation in the widow's new role in life (Vodáková, 1996, p. 1366). The social consequences of being widowed may be eliminated by remarriage, but this is more likely for widows who are younger than those who are older (Hasmanová Marháňková, 2012, p. 217). Being widowed in old age changes the quality of life of bereaved women fundamentally, it has an impact on their social contacts, and it may deepen their sense of loneliness (Špatenková & Kočí, 2021). Adaptation to widowhood is, among other things, conditioned by the quality of the remaining primary social relationships and the ability of the individual to create and build new ones. For widows, meeting other people is an important preventive measure to deal with possible social isolation and loneliness. However, social contacts have been now fundamentally reduced due to anti-epidemiological measures and take place mainly online. Some research (Kiel et al. 2005; Şar et al. 2012) has confirmed that Internet use may eliminate loneliness among the elderly. Therefore, we have focused on reflecting on the importance of the Internet in the daily lives of elderly women who live alone after the loss of their spouses. Loneliness may also escalate because widows do not

generally live with their children's families and are often left alone (Špatenková, 2005). The higher age category (65+) was chosen deliberately because younger generations are more familiar with the Internet which also gives them a sense of belonging to other people and emotional satisfaction, while members of the older generation are not (Sak & Kolesárová, 2012, pp. 120-121).

METHODS

Our research aimed to understand how the widowed elderly perceive the Internet in their daily lives. The data were obtained in semi-structured interviews in October and November 2020. The interview structure was divided into five areas: *the Conditions of Using the Internet, the Importance of the Internet at the Time of Acquisition, the Importance of the Internet Now, the Internet and Everyday Life, the Internet and COVID-19*. Given the epidemiological situation in the Czech Republic, it was not possible to meet the research participants in person; the contact took place via Skype or WhatsApp. Each interview was video-recorded, and each participant was interviewed twice. The length of the first interview was 80 minutes at most; the second interview took 40 minutes. Four to seven days passed between the first and the second interview; in the meantime, the interview was transcribed and questions for the next interview were formulated. The course of the research was recorded in a detailed research journal (Hendl, 2005, p. 198), which included the dated important research activities, the researchers' reflections and experience with the research topic, the field notes, thoughts on the form of rhetorical questions, personal observations, notes, description of the interview analysis, etc.

Research sample

In IPA, an essential principle for the selection of participants is the homogeneity of the sample. Our research sample included six widowed women.

The age structure of the participants ranged from 65 to 87 years of age. All par-

ticipants live in the Czech Republic and they were contacted using the method of snowballing. The data of the participants are given in the table below. During the research, all the rules related to the protection of the participants were followed.

Table 1: Description of the research sample

Participant	Age	Age when the Internet was acquired	Education	Job title before retirement	Place of residence	Years of widowhood
Eliška	69	57	Secondary education	Nurse	Central Bohemian Region	4
Marie	79	73	Secondary education	Office worker	Central Bohemian Region	4
Miriam	67	56	Elementary education	Seamstress	Ústí nad Labem Region	10
Ludmila	74	72	Secondary education	Technician	Hradec Králové Region	15
Helena	76	74	Secondary education	Sales assistant	Central Bohemian Region	2
Hana	65	52	Tertiary college	Secretary	Olomouc Region	16

DATA ANALYSES

Due to the formulation of the research questions, interpretative phenomenological analysis (hereinafter referred to as IPA) was chosen as an analytical process. IPA includes a detailed exploration of the individual's world, especially how she or he makes sense of their experience (Smith & Osborn 2003). When analysing the text, we followed the procedure recommended by Koutná Kostínková and Čermák (2013, 16) who also encourage researchers to creatively adapt IPA to their purposes with regard to the objective of the analysis, i.e., the formulation of topics covering the

phenomenon that is the subject of research. The objective of the analysis in the context of our research was to formulate topics covering the phenomenon of the Internet in the everyday life of the elderly, especially elderly widows.

RESULTS

When analysing the data, the following four topics were identified: *Then and Now*, *Two Sides of the Same Coin*, *Intergenerational Perception*, and *Everyday Life*.

The topic **Then and Now** included all issues related to the shift in the Internet use in the lives of the participants,

whether it meant the transformation of skills in using the Internet or the importance and role of the Internet in their lives in the context of other media or the loss of a partner. The topic was supposed to capture the dynamics of the adaptation of the participants to new technologies.

In two cases, the purchase of a computer and the Internet services was preceded by a computer literacy course; otherwise, the elderly learnt to use the Internet by themselves because they wanted to. Eliška is the most aware of the process: *"... I wasn't even able to send an email. Now, everything is fine."* Marie's experience has not changed much: she still prefers the radio and TV. The same goes for Miriam: *"...the radio used to be on all the time."* The participants perceive the Internet as a cheaper alternative for communication; in their eyes, the Internet is becoming competition for the existing media sources. Miriam said: *"...I won't spend money on newspapers now when I have the Internet."*

The topic **Two Sides of the Same Coin** contrasts the benefits and advantages of the Internet with its negatives. It covers the following themes: *Connection, the Good Companion, Education, the Dark Side, Trust but Be Careful*. For the participants, the motivation to have the Internet was the connection with the world, family, friends, acquaintances or their memories. Ludmila states that she has the Internet *"... because I can keep in touch with all my kids"* – the Internet connects her with family. She writes emails to her friends and family and knows what is going on in their lives, *"... I'm happy."* Miriam particularly appreciates *"the contact with family and friends, and people in general"* *"... we exchange wonderful jokes. It's relaxing and it drives the gloomy thoughts away; it's beautiful and simply great (laughs)"* (Eliška). For the elderly, the Internet can also be a

source of stress and confrontation with negative emotions: *"And the comments on Facebook, they're really terrible! I don't understand why people are so nasty..."* (Hana)

The participants in our research emphasize the fun, communication and leisure character of the Internet and associate it with mainly positive feelings, yet they are aware of its downsides – they often talk about spam but point out that they forward only tried and tested advice, recipes and information they get from their close friends. They also reflect the animosity of some users and privacy issues on social networks. Social networks (Facebook and Instagram) are actively used by two participants; the others use them passively. One of them uses Messenger, others do not share any content but they like scrolling the content.

The participants also point out that social media impede normal communication, which they clearly prefer: *"...it's just better to meet and have a nice chat"* (Miriam).

The topic **Intergenerational Perception** covers *My Generation, Younger Generation*, and *Grandma, You've Got to Read*. The participants are aware of a significant difference between using the Internet by young people and their (elderly) generation. They define this frequency of the use of the Internet by using the pronouns "we" and "they". While the younger generation sees the virtual environment of the Internet as a routine from an early age, the elderly have known it only for the past twenty years of their lives (except for one woman, all our participants started using the Internet when they were already retired). Hana says she does not understand the principle of the Internet because *"... I just grew up using a typewriter, which was a progress; I'm cut from a completely different cloth: I don't understand what I*

can't see." Miriam says that based on how often she uses the Internet, members of her generation would think she is younger: *"Well, some would think that I'm younger and crazy and that I have a phone in my hands all the time."* Hana thinks that the Internet is commonplace for the younger generation: *"They must have been born with the mouse in their hands, so natural it is for them... for them, it's more or less a normal part of life,"* and she thinks she belongs to the older generation which does not see the Internet as a natural part of life. Miriam says that her friend's son got the Internet for her but did not want to create an account on Facebook for her because *"... it's for the young."* Her granddaughter helps her when she gets into trouble: *"... I always need some help when something isn't working and she says, Grandma, I'm telling you for a thousandth time, when something like that happens you've got to read. So, when something happens to me, I remember: Grandma, you've got to read."* The other participants often acquire their skills through trial and error. *"I try and try things, and when they don't work, I call my daughter, and she helps me."* (Ludmila) Hana also calls her son when she has a problem with the Internet, but he is sometimes angry with her for *"bothering him with something so trivial"*. Hana says that *"the young cannot see the progress we had to make – from the typewriter and calculator to the smartphone."*

Everyday life covers the topics *Daytime* and *the Internet as an Alternative*. All participants said they use the Internet every day, especially in the evening. *"I find some nice things to survive the evening because when I'm alone here, it's just long, stressful, and sad."* (Eliška) Ludmila uses the Internet mainly to read news in the morning and evening, *"In the morning, I read all the news for half an hour; I want to know*

what's up, then put it aside and then, in the evening, I turn it on again and look for new things." Eliška says she uses the Internet when the weather is bad: *"When it's raining and I can't go out, or when there's ice or a lot of snow and I can't go out, I actually read or turn on the Internet."* Hana says, *"They say nonsense on TV"*; Miriam has a similar opinion.

The participants use the Internet mainly in the evening. To them, it is an alternative to traditional media such as TV or radio. They usually use the Internet to check the information from TV. One participant said that the Internet is her main source of information because she does not watch TV at all. It was the youngest participant in our research.

The topics **Loss of a Partner** and **COVID-19** are not identified as separate themes because they did not appear often when the data was analysed. Given that the loss of a partner means, among other things, also the loss of a communication partner, we also focused on the question of whether the Internet helps eliminate the feeling of loneliness and saturates the psychosocial needs. **Loss of a Partner** and lack of a communication partner were spontaneously mentioned by Eliška, Miriam, and Helena. Eliška says, *"... I feel so alone in the evening since we used to chat with my husband and now, there's no one I can talk to. Now I talk just to my dog and hens."* (Eliška) *"Since he died, I'm alone in the house, so it's hard."* (Helena) The participants mention loneliness and the absence of a communication partner. Eliška feels lonely mainly in the evening: *"so I turn on the computer to distract myself"*. Helena uses the Internet because *"I can [at least] hear some voices, otherwise I'd be out of my mind..."* She balances her loneliness with playing games on her phone or watching TV: *"...especially since I have nobody to talk to, not because I want to watch it but because someone is talking"*.

In connection with the measures related to the **COVID-19** pandemic, the elderly have become isolated because visits of the elderly family members are not recommended, and they cannot even leave their homes when the state of emergency is in place. Yet when asked whether the epidemic affected their lives, all participants said it did not. But when they started talking, it turned out their lives slowly changed. For example, Ludmila says, *“Now I can see my children less often. My granddaughter was here for a week, on a holiday, but everyone rather stays at home.”* The participants confirm that the Internet allows them to keep in touch with others – family, friends, “the whole world”. The research took place in a state of emergency; therefore, we also wanted to find out whether the measures related to the Covid-19 epidemic affected the perceived importance of the Internet in the everyday life of our participants. Three of them pointed out that they use the Internet in their daily life more often (online banking, shopping, compensating the lack of visits with more frequent communication on the Internet), two participants experienced no fundamental changes (except wearing face masks), one participant had the impression that the Internet was slower due to the higher frequency of its use in connection with online learning, but she liked virtual tours, travel information, etc.

DISCUSSION

The participants of our research use Internet services thanks to their close friends or family members, often on their recommendation. Children, grandchildren and close friends of the elderly are the so-called helpful experts (Bakardijeva, 2005, p. 98) who help increase awareness of the utility value of the Internet, motivate the elderly to get or use the Internet, and help them overcome the initial user problems and frustrations (Rojas et al., 2003, p. 120;

Haddon, 2004, p. 72; Bakardijeva, 2005, pp. 98-103). The elderly today belong to the first and the last generation that has learnt to use IT outside the education system, by themselves because they wanted to, yet they managed to cope well (Sak & Kolesárová, 2012). Sak & Kolesárová (2012) mention that later innovations such as new technologies enter our lives, the less we learn to use them. Three participants started to use the Internet after they were 70 years old, yet they use three different devices (a mobile phone, a tablet, a laptop) and a range of services (e-mail, WhatsApp, Netflix, etc.).

The elderly women in our research were rather passive users of the Internet which corresponds with Zadražilová’s statement (2017) that the Czech seniors are rather passive recipients than creators of the Internet content. The participants also believe that social media impede normal communication which reflects Meyrowitz’s statement (in Chorvát & Šafr, 2019, p. 181) that we connect but are alone on social networks (the so-called networked individualism). In the context of the Covid-19 anti-epidemiological measures, the participants were aware of the importance of the Internet which enabled them to contact their loved ones and/or “the whole world”. The participants also use applications such as WhatsApp. The most popular and widely used is, however, email to share content, information, communication and entertainment. To a certain extent, email can therefore be described as “a social network of the elderly”. There are also more modern phenomena, mentioned by Chorvát and Šafr (2019, p. 160), such as background TV while another device is used, scrolling the Internet content on a mobile phone or tablet, and postponed viewing of TV programmes after a few days on the so-called smart TV with Internet access. TV shows can be also watched on a laptop or tablet, using TV apps,

as mentioned by three participants. All participants use the Internet for their development and (self-)education – two of them completed the courses of IT literacy, others are studying at the U3A, attend various courses, seek guidance, and watch educational programmes. The Internet is therefore not only the subject but also a tool of education. Thus, it seems that the elderly have no problem adapting to new technologies and using them as they need (Sak & Kolesárová, 2012, p. 124); on the contrary, once they adopt the technologies, they consider them invaluable helpers despite various problems they can face (concerns, fears, ignorance etc.), and they are motivated to use them (Nägle & Schmidt, 2012).

CONCLUSION

The results show that the Internet in the lives of the elderly is a diverse phenomenon: the research has shown that the widowed participants can use the Internet as a means of communication and obtaining information, an alternative source of information to older kinds of media such as TV or radio, a source of entertainment, etc. However, it is also a place of intergenerational learning, generational conflicts, intergenerational relations, differences, similarities, and stereotypes. The Internet is not only a tool but also a subject of learning and education. It can also help eliminate the feeling of loneliness and saturate the psychosocial needs of the elderly after the loss of a partner or during the state of emergency and measures related to the Covid-19 epidemic.

REFERENCES

- Bakardijeva, M. (2005). *Internet Society: Internet in Everyday Life*. Sage Publications.
- Benvenuti, M., Giovagnoli, S., Mazzoni, E., Cipresso, P., Pedrolì, E., & Riva, G. (2020). The relevance of online social relationships among the elderly: How using the web could enhance quality of life? *Frontiers in Psychology*, 11, 551862.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.551862>
- Boz, H., & Karatas, S. E. (2015). A review on internet use and quality of life of the elderly. *Cypriot Journal of Educational Science*, 10(3), 182-191.
<http://dx.doi.org/10.18844/cjes.v1i1.64>
- ČSÚ. (2020). *Věkové složení obyvatel podle pohlaví a rodinného stavu k 31. 12. 2019*.
<http://www.czso.cz/documents/10180/121768532/1300642010.pdf/d347891f-b0e9-4d47-8b84-75f9d94f4c6a?version=1.1>
- ČSÚ. (2018). *Na internetu přibývá seniorů*. <http://www.czso.cz/csu/czso/na-internetu-pribyva-senioru>
- Haddon, L. (2004). *Information and Communication in Everyday Life: A Concise Introduction and Research Guide*. Berg.
- Hasmanová Marhánková, J. (2012). Ovdovění a partnerské vztahy žen ve stáří. In J. Hasmanová Marhánková & M. Kreidl. (Eds.), *Proměny partnerství* (pp. 194–201). Sociologické nakladatelství.
- Hedvicakova, M. & Svobodova, L. (2017). Internet use by elderly people in the Czech Republic. In Kar, A. (Ed.). *Digital Nations – Smart Cities, Innovation, and Sustainability: 16th Conference on e-Business, e-Services and e-Society* (pp.514-524). Cham.
<https://hal.inria.fr/hal-01768523>
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Portál.

- Chorvát, I. & Šafr, J. (Eds.). (2019). *Volný čas, společnost, kultura: Česko – Slovensko*. Sociologické nakladatelství.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). *Interpretative phenomenological analysis*. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 51–80). Sage Publications.
- Kiel, J. M. (2005). The digital divide: Internet and e-mail use by the elderly. *Medical Informatics and the Internet in Medicine*, 30(1), 19-23.
<https://doi.org/10.1080/14639230500066900>
- Kopecký, K., Sztokowski, R., Kožíšek, M., & Kasáčková, J. (2018). *Starci na netu*. Výzkumná zpráva. www.e-bezpeci.cz/index.php/ke-stazeni/vyzkumne-zpravy/102-starci-na-netu-2017-2018/file
- Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy* (s. 9-43). Masarykova univerzita.
https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu%281%29.pdf
- Martínez-Alcalá, C. I., Rosales-Lagarde, A., Alonso-Lavernia, M. de los Á., Ramírez-Salvador, J. Á., Jiménez-Rodríguez, B., Cepeda-Rebollar, R. M., López-Noguerola, J. S., Bautista-Díaz, M. L., & Agis-Juárez, R. A. (2018). Digital inclusion in older adults: A comparison between face-to-face and blended digital literacy workshops. *Frontiers in ICT*, 5, 21.
<https://doi.org/10.3389/fict.2018.00021>
- Nägle, S., & Schmidt, L. (2012). Computer acceptance of older adults. *Work*, 41, 3541–3548.
<https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0633-3541>
- Pospíšil, J., & Špatenková, N. (2016). Čeští senioři a ICT: Výsledky empirického šetření. In: L. Tomczyk, C. Határ, & N. Špatenková (Eds.), *Edukace a gramotnost seniorů. Edukacja i kompetencje seniorów* (pp. 63-96). Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie.
- Rojas, V., Straubhaar, J., Roychowdhury, D., & Okur, O. (2003). *Communities, Cultural Capital and the Digital Divide*. Routledge.
- Sak, P., & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Grada.
- Şar, A. H., Göktürk, G.Y., Tura, G., & Kazaz, N. (2012). Is the internet use an effective method to cope with elderly loneliness and decrease loneliness symptom? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 55(5), 1053–1059. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.597>
- Špatenková, N. (2005). Fenomén vdovství. In D. Sýkorová, D. Šimek & M. Dvořáková (Eds.), *Třetí věk trojí optikou*. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis, Facultas Philosophica, Sociologica-Andragogica (pp. 71–88). Univerzita Palackého.
- Špatenková, N., & Kočí, J. (2021, 12. února). *Vdovy a vdovci*. [přednáška]. 5. ročník gerontologické mezioborové conference Stárnutí 2021. Praha. Česká republika.
- Tomczyk, Ł. (2015). *Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií*. Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR.
- Tomczyk, Ł., Mróz, A., Potyrała, K., & Wnęk-Gozdek, J. (2020). Digital inclusion from the perspective of teachers of older adults: Expectations, experiences, challenges and supporting measures. *Gerontology & Geriatrics Education*, 1–16.
<https://doi.org/10.1080/02701960.2020.1824913>
- Van Dijk, J. (2005). *The Deepening Divide: Inequality in the Information Society*. Sage Publications.
- Vodáková, A. (1996). Ovdovění. In Kol. autorů. *Velký sociologický slovník*. Karolinum.

- Zadrazilová, T. (2017, duben 26). Senioři hledají na internetu praktické informace. *Statistika & my. Magazín Českého statistického úřadu*.
<https://www.statistikaamy.cz/2017/04/26/seniori-hledaji-na-internetu-practicke-informace/>
- Zounek, J. (2006). ICT, digitální propast a vzdělávání dospělých: socioekonomické a vzdělávací aspekty digitální propasti v České republice. *Studia paedagogica*, 54(11), 101–118.
<https://www.phil.muni.cz/journals/index.php/studia-paedagogica/article/view/429>

WIDOWS AND WIDOWERS

VDOVY A VDOVCI

Naděžda Špatenková, Jana Kočí

Institute of Pedagogical and Psychological Sciences, Faculty of Public Policies, Silesian University, Opava

E-mail: n.spatenkova@gmail.com

Abstract: The paper reflects one of the so-called great issues of age – widowhood. Czech social science has not paid sufficient attention to this topic yet. The aim of our research was to describe the effects of widowhood in old age. The main research question was defined as follows: How has the life of older widows and widowers changed after the loss of their spouses? The secondary research questions were based on the holistic concept of man: What subjectively perceived impact has the loss of spouse had on the biological life (i.e. physical health) of older adults? What subjectively perceived impact has the loss of spouse had on their psychological state (i.e. mental health, personality, identity)? What subjectively perceived impact has it had on their social life (i.e. social status, social contacts, economic situation)? What subjectively perceived impact has it had on their spiritual life (i.e. search for the meaning of life)? The findings may contribute to a better understanding of how the widowed elderly experience the loss of spouse and can help us target aid in a more effective way.

Methods: The design of the qualitative research seeks to understand how the widowed elderly perceive the loss of their spouses. The data were collected in narrative interviews and then analysed using coding, categorization, and content analysis. The research involved a total of eight people, including six women and two men. The youngest narrator was 62 years old; the oldest was 81 years old.

Results/discussion: When analysing the narrative material, five major categories were defined. The most notable category in all the interviews was the change(s) taking place at the level of a system, in our case the family system. This category was called “Replacing the Partner’s Roles and Functions”. The second major category, which stood out during the analysis of the narrative material, was “Changing the Self”, associated with the transformation of one’s identity, reassessing their capabilities, and revising their internal model of the world. The category “Life Strategy” covers other aspects of the change such as the change of the social status, economic situation or lifestyle and coping with everyday activities. Thus, it refers to the reaction to bereavement, the main indicator of which was activation in all narratives. An important aspect of human life, mentioned by the narrators and considerably affected by the loss of spouse, was also the so-called spiritual dimension. This category, named “Fulfilling the Meaning of Life”, includes searching and finding reasons to live and using one’s potential in other social roles. The last category was “Vulnerability”, i.e. the proneness to various mental and physical illnesses due to stressors and the experience of loss of control over the situation, accompanied by feelings of hopelessness and helplessness.

Keywords: older adults; widowhood; widow; widower

Abstrakt: Příspěvek reflektuje jedno z tzv. velkých témat stáří - a to ovdovění. Danému tématu doposud nebyla v českém sociálně-vědním výzkumu věnována dostatečná pozornost. Cílem našeho výzkumu bylo postihnout důsledky ovdovění ve vyšším věku. Hlavní výzkumná otázka byla stanovena následovně: Jak se změnil život ovdovělých seniorek, resp. seniorů po smrti jejich

manžela, resp. manželky? Vedlejší výzkumné otázky pak vycházejí z holistického pojetí člověka: Jaký subjektivně vnímaný vliv mělo ovdovění na biologickou stránku (tj. na fyzické zdraví) seniorů? Jaký subjektivně vnímaný vliv mělo na jejich psychickou stránku (tj. na psychické zdraví, osobnost, identitu)? Jaký subjektivně vnímaný vliv mělo na jejich sociální stránku (tj. na sociální status, sociální kontakty, ekonomickou situaci)? Jaký subjektivně vnímaný vliv mělo na jejich spirituální rozměr (tj. na hledání smyslu života)? Tyto poznatky mohou přispět k lepšímu porozumění, jak osoby ovdovělé ve vyšším věku prožívají ztrátu své manželky, resp. manželky a mohou sloužit k efektivnějšímu zacílení případné pomoci.

Metody: Design kvalitativního výzkumu směřuje k porozumění tomu, jak ovdovělé seniorky a ovdovělí senioři vnímají smrt svého manžela, resp. manželky. Data byla sesbírána narativními rozhovory a následně analyzována prostřednictvím kódování, kategorizací a procesu obsahové analýzy. Výzkumu se zúčastnilo celkem 8 osob, z toho 6 žen a 2 muži. Nejmladší z narátorů měl 62 let, nejstarší 81 let.

Výsledky/diskuse: Při analýze narativního materiálu bylo vymezeno pět hlavních kategorií. Nejzřetelněji napříč všemi rozhovory vystoupila do popředí změna, resp. změny, odehrávající se na úrovni určitého systému, v našem případě systému rodinného. Tato kategorie byla nazvána „Nahrazení rolí a funkcí manžela“. Druhou významnou kategorií, která v procesu analýzy narativního materiálu vyplynula na povrch je „Změna sebepojetí“, která souvisí s proměnou identity, s přehodnocením svých schopností a s revizí vlastního vnitřního modelu světa. Kategorie „Životní strategie“ zahrnuje další aspekty změny jako např. změnu sociálního statusu a ekonomické situace nebo životního stylu a způsobu zvládání každodenních činností. Označuje tedy reakci na bolestnou ztrátu, jejímž hlavním indikátorem se napříč všemi narativy stala aktivizace. Ve vyprávěních našich narátorů se jako důležitá stránka lidského života, na niž má smrt manžela, resp. manželky nezanedbatelný vliv, objevila také tzv. spirituální dimenze. Danou kategorii jsme označili jako „Naplnění smyslu života“ a řadíme pod ni hledání a nalézání důvodů pro život i seberealizaci v jiných sociálních rolích. Jako poslední kategorie byla identifikována „Zranitelnost“, tedy náchylnost k různým duševním i tělesným onemocněním vlivem stresorů a prožitkem ztráty kontroly nad situací, doprovázená pocity bezraděje a bezmoci.

Klíčová slova: senior; ovdovění; vdova; vdovec

Widowhood is a marital status following the loss of spouse, different from the situation after divorce or other dissolution of marriage (Vodáková, 1996, p. 1366). The widowed wife becomes a widow; the widowed man is a widower. By 31 December 2019, there were 733 067 widowed persons in the Czech Republic, 80% of whom were women (CZSO, 2020). Widowhood (like age) is therefore primarily a female experience. The loss of spouse fundamentally changes the quality of life of the surviving partners, severely undermines their self-image, identity and integrity, causes radical change of lifestyle, and often changes one's social status, standard of living or even prestige, distortion or loss of some

relationships in the social environment, and the need of socialization in a new role in life – in the role of a widow or widower.

Widowhood is one of the so-called great issues of old age. Sýkorová (2007, p. 220) even claims that widowhood in old age overshadows other issues or puts them in a different light because older adults use their limited resources to survive and cope with the loss of their spouse. Experiencing and coping with the loss of spouse, however, is determined by a number of factors (Kubíčková, 2001, p. 43). Old age and the associated processes of involution and (self)reflection of the surviving partners (or their social environment) create a specific context for the

experience of and coping with grief in old age. Critical life intersections, changes and losses occur in relatively rapid succession in a short time, and each of these changes and losses may negatively affect the perception and coping with the loss of spouse, weaken the adaptation mechanisms and coping strategies of older adults, and jeopardize or impair their social functioning (Hansson & Stroebe, 2007, p. 61). During their long cohabitation, many elder couples also create a very intense bond that is difficult to break. Widowhood has an impact on virtually all levels of functioning and has biological, psychological, social, and spiritual consequences. The widowed persons lose not “only” their life partner, regardless of the quality of their relationship, but also their shared habits and rituals, plans, desires and expectations for the future, benefits and security arising from the life of the couple – a sense of security, mutual support, a sense of belonging and understanding. Loss of spouse often leads to the change of some values and the change in self-perception (Mennemann, 1998, p. 146). It may even become an imaginary boundary of the subjective perception of age, the boundary between “being and non-being old” (Stroebe et al., 2007, p. 246). Previous research (e.g. Nytra, 2011; Hasmanová Marhánková et al., 2012) has shown the importance of the spouse for their surviving partners. In old age, marriage “is a central and integrative relationship that mostly positively affects the sense of satisfaction” (Sýkorová in Špatenková, 2004, p. 64). Married life usually brings some economic stability, and the couple also significantly saturates their psychosocial needs, including the need for safety, love, respect, self-realization, sharing, and communication (Mennemann, 1998, p. 146). Elderly couples are also primary informal carers for each other, while their children provide only additional support (Sýkorová,

2007, p. 142). For the widowed, the loss of spouse is a fundamental change in terms of help. The above-mentioned research has clearly confirmed that older adults rely on their life partners or “family”, i.e. adult children, when coping with difficult situations (Sýkorová, 2004). While negative impacts of widowhood in other age groups may be eliminated by remarrying (Vodáková, 1996, p. 746), in old age, it may usually become a permanent “life” condition (Špatenková, 2005, p. 71).

Czech social science has not paid sufficient attention to widowhood yet. Information is often scattered in academic monographs focusing primarily on old age and the quality of life of older adults or dealing with the subject of death in its entirety or with subsequent grieving of the bereaved etc. The topic is dealt with also in theses. Some of the texts that focused specifically on the loss of spouse in old age include *Prožitek vdovství u starších lidí* (The Experience of Widowhood in Old Age, 2013) by Lenka Pauknerová and Ivo Čermák, the chapter on widowhood and relationships of elderly women by Jaroslava Hasmanová Marhánková (2012), and the study dealing with social support from the perspective of the surviving partners by Gabriela Nytra (2011). We have been trying to present this topic to professionals for a long time and this paper is a follow-up of our work so far (Kubíčková, 2001; Špatenková, 2005; Máčalová, 2014; Špatenková & Nytra, 2018). In comparison with foreign literature, however, it may be concluded that substantial focus on the issue of widowhood is lacking in the Czech context. Recent foreign production includes, for example, *Widowhood and Grieving in Old Age* (Štambuk, 2019), *Widowhood in Old Age: Viewed in a Family Context* (Moss & Moss, 2014), *The Shock of Widowhood on the Eve of Old Age: Male and Female Experiences* (Delbès & Gaymu, 2002), *The Effect of Widowhood on*

Older Adults' Social Participation: An Evaluation of Activity, Disengagement, and Continuity Theories (Utz et al., 2002), and the dictionary entry Widowhood in Late Life for the *Encyclopaedia of Gerontopsychology* (Soulsby & Bennett, 2017).

METHODS

The aim of the research was to cover the subjectively perceived consequences of widowhood in old age on the life of the surviving partners in biological, psychological, social, and spiritual terms. Therefore, we defined the main research question as follows: How has the loss of spouse affected the life of the widowed? The secondary research questions were based on the holistic concept of man: What subjectively perceived impact has the loss of spouse had on the biological life (i.e. physical health) of the surviving partner? What subjectively perceived impact has the loss of spouse had on their psychological state (i.e. mental health, personality, identity)? What subjectively perceived impact has it had on their social life (i.e. social status, social contacts, economic situation)? What subjectively perceived impact has it had on their spiritual life (i.e. search for the meaning of life)? This integral approach, i.e. the focus on various dimensions of loss, could contribute to a better understanding of how the surviving partners experience the loss of spouse and how "the painful loss affects the human mind, body, and social relations" (Parkes et al., 2007, p. 138).

Given the nature of the studied subject, we decided to use a qualitative approach. Qualitative research focuses on the person and their individuality, allowing us to explore the topic in more depth, without generalizing the results. Given the complexity of the topic, we used narrative

research based on narrative interviews as a specific kind of non-standardized interviews (Franzos, 1998, p. 517; Liebl et al., 1998, p. 7; Preissová Krejčí, 2013, p. 123). Unlike standardized or semi-standardized interviews, narrative interviews are flexible and can be adapted to different people. The partial topics of such interviews are not usually defined; the interview focuses only on the main theme and its development in the context of the defined research questions (Miovský, 2009, p. 25).

Set

The narrators were included in the research using the so-called self-selection, based on the principle of voluntariness and/or active interest in participation in the research study (Miovský, 2009, p. 133). The research involved a total of eight people, including six women and two men. The greater number of women corresponds to their representation among the widowed. The youngest narrator was 62 years old; the oldest was 81 years old. The time of the loss of spouse was not limited; it ranged from two to 26 years. We believe that even a long time since the loss of spouse can affect the quality of the memories and provide vital information since the narrative interview can be used to follow what the narrators deem important with hindsight. These findings can then enrich consulting practice and positively influence the approach of experts and family members to the widowed person. To maintain the privacy, the narrators are cited as anonymous; each of them was assigned a number from 1 to 8 in the ascending order according to their age when they lost their spouse. For clarity, their brief characteristics is presented in the following table.

Table 1. Characteristics of the narrators (sorted by age when they lost their spouse)

Narrator	Gender	Age at the time of the research	Age at the time of the loss of spouse	Number of years of widowhood
Narrator 1	Woman	65	39	26
Narrator 2	Woman	62	44	18
Narrator 3	Woman	75	49	26
Narrator 4	Woman	63	50	13
Narrator 5	Woman	65	61	4
Narrator 6	Man	67	62	5
Narrator 7	Man	75	73	2
Narrator 8	Woman	81	75	6

DATA ANALYSES

Depending on the narrator, the interviews took 30 to 90 minutes. The research interview ended when the narrator thought they said everything they found important, and the researchers became convinced that the interview would not bring any more information to the topic pursued. All the interviews were recorded and then transcribed verbatim. They made one hundred pages of research material for analysis and interpretation. For the analysis, we used the partial content approach, traditionally known as content analysis when the researcher focuses on how the content of the story is reflected in the parts of the story regardless of the overall context. This method of reading text consists of sorting and gathering data into specific categories, thus overlapping with the open coding procedure. The analysed text was divided into semantic units and marked with a certain code representing the topic or phenomenon. The resulting codes were then sorted into broadly conceived categories. This process is known as categorization.

RESULTS

When analysing the narrative material using the technique of “cards interpretation” (Švaříček & Šedřová, 2007, p. 226–227), several categories stood out in the

narratives, which enabled us to compare them. Altogether, we have defined five categories:

1. Replacing the Partner’s Roles and Functions
2. Changing the Self
3. Life Strategy
4. Fulfilling the Meaning of Life
5. Vulnerability

The resulting cross-sectional categories cover the biological, sociological and spiritual perspectives and correspond with the findings of broader research of significant loss (e.g. Parkes et al., 2007, p. 137–138).

For the purposes of this study and with regard to its thematic focus, we have chosen only the results related to the specific situation of widowhood in old age.

Replacing the Partner’s Roles and Functions

The deceased partner played a number of roles in the widowed spouse’s life. These roles have now no actor, so there is a need to fill this void. We have already discussed the saturation of this need and found out that the widowed persons use three main strategies to cope with the situation: 1) adopting the roles, 2) delegating the roles to other family members, 3) engaging a new actor (Špatenková, 2005).

Elderly spouses each act as primary caregivers for each other (Sýkorová, 2004,

p. 64). Our research reflected this fact in the need to replace the partner in the role of main social support. Unlike taking over daily activities, this situation requires the involvement of another person. Most often, the role of the caregiver is taken over by an adult offspring; this is expected rather from daughters than sons, as illustrated by one of the narrator's statement: *"I have the comfort of being able to turn to my daughter and her family at any time"* [N8]. The widowed persons involved in our research saw the need to replace the deceased partner in the role of the primary caregiver in close relation to the risk of deterioration of their health: *"I'm most concerned that I may have another a stroke, and no one will help me... my sons are busy"* [N6]. Another widower is afraid of the loss of self-sufficiency; moreover, his situation is also specific in that he has no offspring, and his nearest social support is his sister's family: *"My greatest fear is that I'd have to stay in bed and become a burden. I can't imagine that at all, and I still don't know how to cope with this situation"* [N7]. These cases need close attention because the lack of social networks can lead to isolation and social exclusion of the widowed elderly. Although we cannot use the qualitative survey to make general conclusions, it is worth noting that in our research, fear of the future was expressed only by widowers. The explanation may lie in the traditional gender division of the roles (Hasmanová Marhánková, 2012, pp. 198–199). The roles and functions of the deceased spouse may be taken over by members of the core or broader family of the widowed person or "played" by another actor, the so-called "role replacement actor", e.g. a new partner. Hasmanová Marhánková (2012, p. 216–217) points out that on the one hand, the widowed elderly long to have someone who is there "only for them," but the willingness of women to enter a new relationship is minimum.

Also, a widower is statistically much more likely to remarry than a widow because there are more women than men in the older adult population (CSO, 2020). However, the fact that none of the widowers who participated in our research found a new partner shows that the experience and coping with significant loss is individual, as described by one of the narrators: *"It depends on the character of people... there was a man in our house who was looking for someone already after four months"* [N7]. In old age, establishing a new relationship is an issue of sharing intimacy. As the narrator says: *"I can't imagine I'd use the bathroom before her"* [N7]. If the widowed are able (and willing) to take on the roles themselves or delegate them to their immediate social surroundings (e.g. relatives and friends), the need for a new relationship is more likely to fade. However, the above-mentioned variants may in fact intertwine, overlap, or blend.

Changing the Self

The loss of a life partner affects the identity and integrity of the widowed persons in old age. Although the probability of widowhood increases with age, one can never be fully prepared for such a situation. In this sense, the need for mourning of older adults, the result of which is, *inter alia*, the acceptance of the identity of a widow or widower (Worden, 2009), is underestimated. Our narrators, however, confirmed that older adults may deny the definitiveness of the loss of their life partner in various ways. The denial may have a form of certain expectations or unconscious reactions towards the late spouse – *"One always expected him to open the door"* [N6]; *"You can't help but not realize that she's not here, and you may even turn around in the direction where she used to sit in the living room"* [N7] – or even hallucinatory or illusory experience of the pre-

sence of the deceased – “...he was always wearing a tie but we laid him in the coffin just in a white shirt and put the tie in his pocket; then I could see him about four times when I was cooking. I heard that typical cough of his. And then I saw him in a white open shirt, his arms folded, smiling but not looking at me” [N5]. “After about three or four months I realized that it was irreversible, that I’d always be alone, without him” [N2].

Our research also shows that age does not affect the feeling of guilt in relation to the loss of spouse, whether in the form of guilt for causing their death (“I can’t accept the fact that she had died and I didn’t do everything I could to prevent this” [N7]), insufficient accompaniment or farewell (“I truly blame myself for not being able to sit by her bed at the ICU even when they let me “ [N7]) or survival (“Is it fair that I now literally live as Maharajah when my wife contributed to it the most?” [N7]).

The identity of the individual is largely derived from the relationship with their partner and the social roles that result from that relationship. Therefore, after the loss of spouse, the widowed person has to build a new identity independent of the deceased partner, to find the answer to the question: Who am I now that I am no longer a spouse? Building a new identity, however, means giving up the old identity that was the result of many years of cohabitation in marriage, which may mean several decades of cohabitation in the case of older adults, which is why the process of changing identity can be so difficult and slow.

Life Strategy

Widowhood also has a significant impact on the material aspect of the widowed person’s life, all the more in old age when the income is mostly just retirement. The surviving partner quite often lives alone in

the apartment or house they have a strong emotional bond to and most of their income often hardly covers the necessary expenses, as one of the narrators confirmed: “I’m still able to pay the bills but I have to save a lot” [N8]. This also means limited opportunities to meet the cultural and social needs the surviving partner has no financial capital for. This leads at least to change of the widowed person’s lifestyle, in extreme cases to their social exclusion. As for poverty, women are more vulnerable than men. The results of our research show the importance of savings for this phase of life as a form of “preparation for old age and widowhood”. As one of the narrators said: “There was a fairly good amount money on [our] accounts” [N7].

The loss of spouse mostly caused various levels of mobilization of the narrators, an adequate way of adapting to widowhood as a new life situation. Male narrators created a kind of schedule or plan that became their new daily routine, their stereotype: “I have a well-established rhythm; it’s such an everyday order. I’ve devised a kind of regime” [N6]. Similarly, another narrator said: “My regular exercise looks like this: in the morning, I go past the cemetery, light candles there, and then I leave the cemetery, go to buy something, come back home and start cooking, doing some housework...” [N7]. In contrast, women tend to deal with the situation by “being too busy”. In this sense, it is necessary to reflect the risk of excessive escape from reality to hyperactivity, as described by one of the narrators: “I’d do the vacuuming four times a day, stay at home, wash the windows all the time” [N5]. We believe that this coping strategy significantly helped the widowed elderly cope with the loss of their life partners and pay more attention to the future and to creating an environment where they could find a new sense of life and self-fulfilment.

Fulfilling the Meaning of Life

The need to find the meaning in life, new things and moments the surviving partners may enjoy again has been discussed in general terms before (Špatenková, 2013). The spiritual needs of each individual are most commonly saturated by the family, the time spent with them, being happy about children (grandchildren) or achievements of family members. The results of our research show that this is also the case of the widowed elderly as illustrated by one of the narrators: *"My nephew's son... I'm so happy when they stop by. Although I experience so many dark moments, there are these brighter ones, although sparse and short but they can give me strength"* [N7].

The narrators also attached importance to new challenges and opportunities in the form of establishing new relationships, engaging in new activities, and hobbies. In this sense, the respondents were also positive about the University of the Third Age: *"I've learnt about the University of the Third Age... it helped me in the grief and my mood because I met new people and made new friends and most importantly, I learnt something new, which was satisfying... it encouraged me, so I look forward to going to school, the new friends, new teachers again..."* [N3].

The narrators also stressed the importance of physical activity and body care, as evidenced by one of the narrators: *"I thought I'd enjoy and treat myself a bit, so I started going for massages"* [N7]. Physical activity in general, if health permits, is another important activity for the widowed elderly that can help them overcome the difficult period and keep in touch with other people, not only the family, since friends and acquaintances may provide social support as well: *"During the first year, I went for a walk with my wife's friends almost every Sunday"* [N6].

In terms of finding meaning in life, faith is also important. Whether in terms of religion or personal belief, the narrators say that faith helps them cope with the loss of their life partner easier because they can see their death as a temporary separation: *"Being a believer, I just know I'll see her again"* [N6]. Another narrator believes in the importance of the Christian faith: *"I think it really gave one strength; one can keep going easier than without faith"* [N8].

The narrator's words, however, clearly showed that the process of getting rid of old bonds and investing into new relationships is not always easy. Complications of mourning may have the form of physical or psychological difficulties caused by increased stress of the widowed person.

Vulnerability

Increased vulnerability may also be due to the multiplicity of significant losses (half of the narrators experienced the death of their child as well). Although this topic was not particularly emphasized by the narrators, during the interviews, most of them shared experience with various problems caused by the stress associated with loss of spouse, including the physical ones – *"I was completely depressed and collapsed six times. After my husband's death, I had six strokes"* [N3] – and psychological ones – *"I can't imagine life without pills"* [N7]. Since vulnerability means reduced adaptation mechanism which complicates the grieving process, the fact that the narrators paid only little attention to them may infer that they managed to cope with the process of mourning, fully or a large extent, thanks to the above-mentioned strategies.

DISCUSSION

In our research, we have examined various aspects of widowhood in old age to understand how life of the widowed elderly changed after the death of their spouse.

However, there are great differences in how older adults cope with widowhood. Some need a long time to accept the death of their spouse; others adapt to the new situation relatively well, learn new roles and the necessary skills, and grow. Building a new identity independent of the deceased partner means giving up the old one, which may be a painful and lengthy process. According to Parkes et al. (1996, p. 98), on average, creating a new identity takes three to four years for widows and a year for widowers; in some cases, however, the process may never end. "The widow is no longer a wife; she is a widow. Suddenly, the 'we' becomes 'I'; 'OURS' has changed into 'MINE'; the partnership has fallen apart; decisions have to be made independently, not with a partner. The meaning of many concepts has changed: 'FAMILY' is no longer the same as it used to be and neither are 'HOME' and 'MARRIAGE'; even 'OLD AGE' has a new meaning now." (Parkes et al., 1996, p. 110). Experiencing grief and the process of mourning is very individual. The intensity and course of bereavement depends not only on the age, personality, experience, world view of the surviving partner, but also the value of death in the social system culture and the perception of death by mourners (Kubíčková, 2001, p. 87). To a large extent, it also depends on the roles and functions of the deceased partner in the family system the stability of which is significantly impaired by their death (Kubíčková, 2001, p. 216). Based on the results of our research, we can define some specific features of widowhood in old age. In particular, these include the increased need to replace the role of someone who is there "for them" or the primary caregiver with respect to a higher risk of health deterioration, the need for care, and the deterioration of the surviving partner's economic standard of life to the point of poverty.

An important finding from our research, however, is that the aspects of life affected by the significant loss are not generally different for widowhood in old age from those in working age. Our research confirms that widowhood implies a multiplicity of losses (loss of the relationship, material loss, functional loss, intrapsychic loss, loss of roles, systemic loss), as has already been expertly described elsewhere (Mitchell & Anderson, 1983; Špatenková, 2017).

Thus, most of the conclusions drawn from our research are essential not because they are different from general knowledge about the grieving process, but precisely because they are largely identical. Indeed, some needs of older adults (e.g., the need for intimacy, the need for exercise, the need for self-development, or the need to participate in cultural and social life) are underestimated or downplayed and/or the society rather assumes that widowhood can be expected at this age, so one can prepare for widowhood in advance and cope with it easier and quicker. Our research, on the other hand, shows that these areas need increased attention not only by informal social support but also institutionalized assistance (e.g. in the context of bereavement counselling).

Conclusion

Our research represents a small contribution to the topic Czech researchers have not paid enough attention to yet, although it is a widespread, serious and unquestionably important phenomenon. We believe that research of widowhood requires an interdisciplinary approach.

Our research has also pointed out other possible avenues of inquiry in the field, such as the vulnerability of the widowed persons, the gender aspects of widowhood, the adaptation mechanisms of the widowed persons, the factors facilitating grief, the factors determining complicated grieving, etc.

REFERENCES

- CZSO. (2020). *Věkové složení obyvatel podle pohlaví a rodinného stavu k 31. 12. 2019*. Czech Statistical Office.
www.czso.cz/documents/10180/121768532/1300642010.pdf/d347891f-b0e9-4d47-8b84-75f9d94f4c6a?version=1.1.
- Delbès, C., & Gaymu, J. (2002). The shock of widowhood on the eve of old age: male and female experiences. *Population (English edition)*, 57(6), 885–913.
<https://doi.org/10.2307/3246620>
- Franzosi, R. (1998). Narrative analysis or why (and how) sociologists should be interested in narrative. *Annual Review of Sociology*, 1998(24), 517–554. Available at:
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.517>
- Hasmanová Marhánková, J. (2012). Ovdovění a partnerské vztahy žen ve stáří. In J. Hasmanová Marhánková & M. Kreidl (Eds.), *Proměny partnerství* (s. 194–201). SLON.
- Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Institut sociálních vztahů.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R. & Zilber, T. (1998). *Narrative Research: Reading, Analysis, and Interpretation*. Sage Publications.
- Máčalová, J. (2014). *Vdovy a vdovci* [thesis]. Palacký University in Olomouc.
- Miovský, M. (2009). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada
- Mitchell, K. R. & Anderson, H. (1983). *All Our Losses, All Our Grievs*. The Westminster John Knox Press.
- Mennehann, H. (1998). *Sterben lernen heißt leben lernen*. LIT-Verlag.
- Moss, M. S., & Moss, S. Z. (2014). Widowhood in old age: Viewed in a family context. *Journal of Aging Studies*, 29, 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.02.001>
- Nytra, G. (2011). Sociální podpora okolí z pohledu pozůstalých vdov a vdovců. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2011(3), 85–98.
- Parkes, C. M., Relfová, M., & Couldricková, N. (2007). *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Společnost pro odbornou literaturu.
- Pauknerová, L., & Čermák, I. (2013). Prožitek vdovství u starších lidí. *Československá psychologie*, 57(2), 122–133.
- Preissová Krejčí, A. (2013). Narativní analýza. In L. Gulová & R. Šíp (Eds.), *Výzkumné metody v pedagogické praxi* (s. 117–138). Grada Publishing.
- Soulsby, L. K. & Bennett, K. M. (2017). Widowhood in Late Life. In *Encyclopedia of Geropsychology*. https://doi.org/10.1007/978-981-287-082-7_85
- Subramanian, S.V., Elwert, F., & Christakis, N. (2008). Widowhood and mortality among the elderly: The modifying role of neighborhood concentration of widowed individuals. *Social Science & Medicine*, 66(4), 873–884.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.029>
- Sýkorová, D. (2004). Senior v krizi. In N. Špatenková, I. Sobotková, D. Sýkorová, A. Příhodová & M. Dopita (Eds.), *Krize: psychologický a sociologický fenomén* (s. 65–72). Grada.
- Špatenková, N., & Nytra, G. (2018). Significant Loss in Old Age. In *5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2018* (pp. 723–728).
<https://doi.org/10.5593/sgemsocial2018/3.3/S12.093>
- Špatenková, N. (2005). Fenomén vdovství. In D. Sýkorová, D. Šimek, & M. Dvořáková (Eds.), *Třetí věk trojí optikou. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis, Facultas Philosophica, Sociologica-Andragogica* (pp. 71–88). Palacký University.
- Špatenková, N. (2013). *Poradenství pro pozůstalé*. 2nd ed. Grada Publishing.

- Špatenková, N., Dohnal, D., Dohnalová, S., Veselský, P., Klen, Š., Pastucha, P., Ivanová, K., Sobotková, I., Ševčík, D., Pešáková, K., & Možíšová, A. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada Publishing.
- Štambuk, A. (2019). Widowhood and grieving in old age. *Socialno delo*, 58(2), 125–149.
- Švaříček, R., & Šed'ová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.
- Utz, R. L., Carr, D., Nesse, R., Wortman, C. B. (2002). The effect of widowhood on older adults' social participation: An evaluation of activity, disengagement, and continuity theories. *The Gerontologist*, 42(4), 522–533. <https://doi.org/10.1093/geront/42.4.522>
- Vodáková, A. (1996). Ovdovění. In *Velký sociologický slovník*. Karolinum.
- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). Springer.

LIMITY TECHNOLOGICKÉHO OPTIMISMU Z POHLEDU SOCIÁLNÍ GERONTOLOGIE

LIMITS OF TECHNOLOGICAL OPTIMISM AS SEEN BY THE SOCIAL GERONTOLOGY

Lucie Vidovičová

Katedra sociologie, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno

E-mail: vidovicova@fss.muni.cz

Abstrakt: Demografické změny ve světových populacích, které přispívají k bezprecedentnímu zvyšování podílu a počtu osob ve vyšším věku v čase koincidují se stejně bezprecedentním technologickým vývojem v oblasti software, hardware a komunikačních technologií. Existuje téměř universální shoda, že technologický rozvoj by mohl být odpovědí na některé z palčivých otázek stárnutí společností. Zvýšení produktivity práce by mohlo pokrýt očekávaný výpadek mladé pracovní síly nebo chytrá („smart“) řešení podpořit formy poskytování péče závislým seniorům. Dodatečný „push“ efekt měla například i opatření přijímaná společnostmi globálního severu v rámci opatření proti šíření koronavirové infekce způsobující nemoc COVID-19. Ve snaze poskytnout alternativní způsoby fungování společnosti bylo podporováno, nabízeno a někde i vyžadováno zavádění ICT řešení do nejrozličnějších oblastí společenského života, včetně e-governmentu, e-health a telemedicíny, online vzdělávání a komunikace v rodinách i v kontextu pečovatelských institucí. Aniž bychom pro to měli v tuto chvíli k dispozici komparativní empirická data, zdá se, že došlo k akceleraci, zrychlení, adaptace nových ICT řešení i mnohými seniory a seniorkami, kteří byli „tradičně“ považováni za digitální migranty, za osoby na druhé straně digitální propasti. Ve svém souhrnu by se tak mohlo zdát, že máme důvod k tzv. technologickému optimismu, tedy pocitu, že technologie jsou užitečné, bezpečné, dostupné a rychle se rozvíjející tak, aby byly všemi použitelné a uživateli vítané do té míry, že budou moci odvrátit negativní dopady lidského bytí a konání. V původním slova smyslu byl koncept technologického optimismu alternativou dnešních diskurzů udržitelného rozvoje tvářící se v tvář populačnímu boomu. Využití technologií pro zvládání přicházejících problémů poválečných baby-boomů a jejich dětí v pozdějších fázích jejich života je tak jakousi konceptuální odnoží těchto dnes již silně problematizovaných přístupů. V tomto příspěvku se zaměřím na vybrané limity gero(nte)technologického optimismu.

Na základě předběžných výsledků projektu HUMR vytyčuji argumenty, proč technologický pokrok nemusí být kýženým řešením problémů stárnoucích společností. K diskusi nabízím koncepty rozpínající se od technologického ageismu v designu a marketingu moderních technologií a u osob, které jsou jejich nositeli; po různorodé efekty, jako např. efekt eskalátoru, tedy asynchronii adaptace na nové technologie a generační výměny; efekt „Babičky“ tj. pojetí seniorů jako ochránců tradic a starých způsobů; efekt objektivních limitů učení; efekt konkurenčních obsahů každodennosti; efekt technologické nedostatečnosti; efekt rychlého zastarávání nebo efekt kulturního a hodnotového nastavení ne-uživatelů. Tyto multizdrojové a vzájemně se posilující vlivy pak vrhají nové světlo na roli technologií v procesu individuálního i demografického stárnutí a jejich prožitku.

Klíčová slova: technologický ageismus; vzdělávání; digitální propast; mitigace

Abstract: Demographic change in the world's populations, which is contributing to an unprecedented increase in the proportion and number of older people over time, is coinciding with equally unprecedented technological developments in software, hardware and communication technologies. There is an almost universal consensus that technological development could be

the answer to some of the burning issues of aging societies. Increasing labour productivity could cover the expected shortage of young labour or smart solutions to support forms of care for dependent seniors. For example, measures taken by companies in the global north as part of measures against the spread of coronavirus infection had an additional "push" effect. In an effort to provide alternative ways of working, society has supported, offered and sometimes required to implement ICT solutions in various areas of social life, including e-government, e-health and telemedicine, online education and communication in families and in the context of care institutions. Without comparative empirical data at this time, it seems that there has been an acceleration, acceleration, adaptation of new ICT solutions by many seniors who have been "traditionally" considered digital migrants, people on the other hand, digital abyss. In summary, it might seem that we have reason for so-called technological optimism, ie the feeling that technologies are useful, safe, accessible and rapidly evolving so that they are usable by all and welcomed to the extent that they can avert negative effects of human existence and action. In the original sense, the concept of technological optimism was an alternative to today's discourses of sustainable development in the face of the population boom. The use of technologies to cope with the coming problems of post-war baby booms and their children in the later stages of their lives is thus a kind of conceptual offshoot of these now highly problematic approaches. In this paper I will focus on selected limits of (gero) technological optimism.

Based on a review of the literature and the preliminary results of the HUMR project, I set out the arguments why technological progress may not be the desired solution to the problems of aging societies. For discussion, I offer concepts ranging from technological ageism in the design and marketing of modern technologies and to the bearers; for various effects, such as the escalator effect, i.e. the synchronization of adaptation to new technologies and generational exchanges; the "Grandmother" effect, i.e. the concept of seniors as protectors of traditions and old ways; the effect of objective learning limits; the effect of competitive everyday content; the effect of technological inadequacy; the effect of rapid obsolescence or the effect of cultural and value settings of non-users. These multi-source and mutually reinforcing influences then shed new light on the role of technology in the process of individual and demographic aging and their experience.

Keywords: technological ageism; education; digital divide; mitigation

Grantová podpora/Funding: Grant TA ČR program ÉTA - TL02000362 - Využití humanoidního robota pro aktivní stárnutí seniorů a seniorek (2019-2021, TA0/TL)

Stárnutí populace je proces, který mění demografickou strukturu vyspělých populací nárůstem podílu a počtu starších osob. Samotný proces stárnutí populace, který by měl v ČR kulminovat mezi lety 2050 a 2060, a který by bylo jinak možné hodnotit jako důsledek vítězství humanity nad předčasnou smrtí, bývá hodnocen ambivalentně. Stárnutí je totiž nezřídky spojeno s řadou změn, které se na pozadí specifického uspořádání sociálních struktur a nastavení širokého spektra politik mění v ekonomické a sociální výzvy. Nejčastěji se hovoří o problému zvyšujících se potřeb

finančního a personálního zajištění intenzivní zdravotní a sociální péče a zátěže průběžně financovaných důchodových systémů (Walker, 2019, s. 13).

Fenomén stárnutí populace v čase koincduje se stejně lineárním a historicky bezprecedentním, avšak vesměs pozitivněji hodnoceným, akcelerovaným vývojem technologií v oblasti hardware, software, i aplikací do širokého pole jejich využití v každodenním životě. Tento rozvoj je motivován přesvědčením, že technologie je možné kontinuálně zlepšovat a tyto stále lepší a dostupnější technologie mohou

zlepšit životy lidí a vytvořit lepší svět. Prvoplánový argument, že rozvoj technologií představuje především velký podíl tvorby hrubého domácího produktu a zdroj světového bohatství, by neobstál, pokud by ve společnosti neexistovalo dostatečně široce sdílené přesvědčení o jejich užitečnosti a přínosu. Již dříve byl tento princip nazván technologickým optimismem. Basiago (1994) o technologický optimismu hovoří jako o doktríně, která staví na přesvědčení, že rostoucí počet technologických vylepšení v oblastech, jako je výroba potravin, kvalita životního prostředí a energetika, udrží život *vis a vis* početnímu nárůstu lidské populace, resp. že exponenciální technologický růst nám umožní rozšířit zdroje dříve, než exponenciálně vyrostou potřeby (srov. Krier & Gillette, 1985). Nepřekvapí nás tedy, že technologický rozvoj začíná být v duchu této filozofie rozpoznáván či dokonce vyzván i jako možný zdroj odpovědí na některé z palčivých otázek, před kterými lidstvo stojí v důsledku exponenciálního nárůstu počtu stárnoucích a starých lidí.

Tyto dva fenomény, tedy stárnutí populace a technologický rozvoj se přitom vzájemně potencují, podporují, a daly vzniknout industriálnímu odvětví technologií pro stárnoucí jedince a populace – gerontotechnologiím, resp. gerotechnologiím a well-being technologiím. Společně s Künemund a Tanschus (2013) je definujeme jako interdisciplinární obor, který sleduje vztah mezi staršími lidmi a technologiemi s cílem nastavení vhodného designu stávajících a hledání nových technologií k prosazování nezávislého života a autonomie starších lidí (What is., n.a.). van Bronswijk s kolegy (2009, s. 4) hovoří o gerontotechnologii jako předpokladu úspěšného stárnutí. Jak již tedy lze odvodit i z předchozího, podobně jako technologický optimismus vidí v technologiích odpověď na obecné výzvy lidstva, gerontotechnologický/gerotechnologický optimismus

lze chápat jako přesvědčení, že technologie vyřeší všechny, nebo alespoň většinu výzev spojených se stárnutím člověka a populací.

Chytrá („smart“) řešení by měla podpořit formy poskytování péče seniorům, například jako součást tzv. AAL (Ambient Assisted Living), tedy senzory vybaveného „chytrého“ domova a internetu věcí, který umožní bezpečné stárnutí v místě. Roboti jako možné řešení očekávané krize zajištění sociální a zdravotní péče v demograficky stárnoucích populacích jsou již relativně dlouho diskutovaným tématem s rostoucí prevalencí ve veřejném diskurzu (Fast & Horvitz, 2017; Kutíková et al., 2016; Holmerová, 2015), i s výrazným etickým přesahem (Bogue, 2017). Automatizace a robotizace s velkou pravděpodobností významně zvýší produktivitu práce, která by měla dostatečně pokrýt očekávaný výpadek mladé pracovní síly. Aktuálně vidíme, že svébytný „push“ efekt měla i opatření proti šíření koronavirové infekce výrazným zrychlením adaptace populace, a to včetně té seniorské, na nově vyvstalou nutnost zaměnit osobní styk vzdáleným, technologicky zprostředkovaným. Technologie se staly běžnou součástí řady úkonů veřejné správy, fenomény jako registrace na očkování proti nemoci COVID-19 online formou byly součástí již dřívějších snah o nastavení elektronické medicínské dokumentace a nakročením k rozvoji telemedicíny. Technologií zprostředkované vzdělávání se stalo pro nejen děti školního věku standardem.

Ani „kazatelé“ technologického optimismu tyto překotné události samozřejmě nemohou předvídat, a v tuto chvíli ještě není jasné, zda nově získané technologické dovednosti ve společnosti a různých věkových a generačních skupinách, ze kterých se skládá, zakoření dostatečně hluboko tak, aby vytvořila podhoubí pro demokratickou a inkluzivní adaptaci technologií, ústící do lepší a efektivnější společnosti. Tyto

otázky zůstávají ke zodpovězení pro budoucí studie. V tomto textu se ale zastavíme u otázky, zde je možné být technologickým optimistou i poté, co aplikujeme sociálněgerontologické vědění na analýzu současné situace v oblasti rozvoje, designu, distribuce, využití a spokojenosti se současnými moderními technologiemi. Jinými slovy, jaké můžeme identifikovat limity technologického optimismu ve specifické oblasti tzv. gerontotechnologií, tedy technologií, které jsou vyvíjeny a/nebo adaptovány v přímé souvislosti se stárnutím člověka a populací. V této úvaze vycházíme především ze sociologicky a sociálněgerontologicky informovaného zúčastněného pozorování prováděného autorkou v rámci aplikačního výzkumného projektu „HUMR: Využití humanoidního robota pro aktivní stárnutí seniorů a seniorek“ (projekt realizován v kooperaci FSS MUNI, ČVUT CIIRC a Gerontologickým institutem, o.p.s.).

Projekt HUMR má kromě technické stránky vývoje věkově relevantních obsahů ve formě inovativních zábavně vzdělávacích aplikací (*edutainment software*) za cíl pomoci překlenout digitální propast mezi staršími dospělými a nejmodernějšími technologiemi a problematizovat absenci hry a humoru v soudobém pojetí aktivního

stárnutí. Projekt se liší od podobných zadání, která se zaměřují především na hledání doplňku nebo náhrady pečujícího v jednočlenných seniorských domácnostech tím, že se soustředí zejména na hledání řešení podpory komunitního sdílení a aktivního stárnutí (hraní si „s robotem“ i učení se sdílení se s ostatními „kvůli robotovi“).

V rámci projektu HUMR byly mezi lety 2019 a 2021 realizovány tři typy intervencí se seniorkami a seniory sdružujícími se v rámci vzdělávacích a komunitních aktivit Centra aktivního stárnutí pražské organizace (CAS) Život 90, z.ú. Menší skupina seniorek a seniorů se pravidelně setkávala s týmem projektu v rámci tzv. „Kurzů robotiky pro seniory I.“ za účelem frontální výuky o historii robotiky, robotech v populární kultuře a principech programování obsahů pro chatovací robota. V rámci těchto aktivit byly také realizovány pravidelná „setkání“ skupiny s humanoidním robotem Pepperem (Soft-Bank Robotics). V druhé fázi byl robot umístěn do komunitních prostor CAS (místo klienty a klientkami centra označované jako „Kavárnička u Marcelky“), kde bylo možné s ním vstupovat do interakcí v libovolném módu (Obr. 1).



Obrázek 1. Robot Pepper v interakci se seniory.

Třetí fází pak byl tzv. Kurz robotiky pro seniory II., který probíhal opět v užší skupině účastníků v online prostředí aplikace ZOOM jako pravidelná setkávání nad tématem tvorby „age-friendly“ obsahů pro robota. Kreativní proces tvorby scénářů pro dialogové stromy musel být vzhledem k okolnostem doplněn i významnou technickou podporou připojení do systému a dálkovou výukou ovládání notebooku nebo jiných zařízení, skrze která se seniorky a senioři do online kurzu připojovali. Autorka textu se přitom podílela na designu, organizaci a moderaci jednotlivých lekcí, samotná technická podpora připojení do výuky a výuka pak byla zajišťována dalšími odbornými členy týmu. Na základě průběžně analyzovaných výsledků i dosud sdílených zpětných vazeb seniorních participantů lze považovat projekt za velmi úspěšný, včetně toho, že proces potencoval nová kreativní řešení a přinesl řadu nových poznatků. Jedním z těchto klíčových byl fakt, že náš vlastní vstupní technologický optimismus byl vystaven celé řadě výzev a nyní se můžeme zde sdílet „proč už nejsme (gero)technologickými optimisty“.

Limity gerontotechnologického optimismu

Pokud jsme v předchozím oddíle definovali gerotechnologie a s nimi spojený optimismus, v této části se zaměříme na specifické sociální a jiné kontextuální fenomény často stojící mimo samotnou technologii, které v současné době, kulturní a sociální situaci dávají vyvstat odůvodněným obavám, resp. poukazují na limity a překážky, které brání plnému rozvoji potenciálu „každému věku přátelských“ (age-friendly) technologií, které by byly schopné zodpovědět poptávku stárnoucích populací. Diskutujeme je bez nějakého záměrného pořadí nebo provázanosti. Některé z nich spolu mohou souviset příčinně, jiné vychází z individuálních nastavení uživatelů, jiné z individuálních nastavení

designerů, další z nastavení rigidních a ageistických sociálních struktur. Některé jsou potencovány nedávným vývojem, jiné vyvěrají z hluboce zakořeněných stereotypů. Navíc je velmi pravděpodobné, že výčet nebude ani zdaleka úplný. Společně ale tyto výběrové příklady naznačují, s jakou komplexitou rámců by se gerotechnologie měly vyrovnávat.

Technologický ageismus, tedy jak smýšlíme o technologiích skrze prizma věkových stereotypů a předsudků, a jak technologie diskriminují mezi různými věkovými skupinami a generacemi se projevuje ve vyloučení starších uživatelů z procesů průzkumu trhu, designu, tvorby, testování a marketingu technologií, ať již ve smyslu hardware nebo software aplikací. Selhání v přijetí věkově diverzitních aspektů prohlubuje digitální propast a vyloučení starších dospělých (Neves et al., 2018; Peine et al., 2021) kvůli nevhodné, nevyužitelné nebo starším uživatelem neovladatelné technologii (např. nedostatečná citlivost dotykových displejů; příliš vysoké tóny audio upozornění apod.). Zdroje ageismu jsou velmi široké a komplexní, mohou být projevem individuálního selhání (např. gerontofobie), i hlubším důsledkem nastavení struktur (např. absence procesů, které by automaticky braly v potaz seniorního koncového uživatele; obecně ve společnosti přítomná věková segregace neumožňující vzájemné přirozené učení mezi lidmi různých generací apod.).

Senioři jsou obvykle považováni za digitální imigranty, kteří se oproti digitálním domorodcům jen obtíže orientují v nových technologiích. Jedná se o nové pojetí hluboce zakořeněného stereotypu, že senioři a novinky obecně nejdou dohromady. Jedná se o tradiční vyjádření generační výměny, která je zažitou antropologickou konstantou. S odkazem na dílo Boženy Němcové jej můžeme označit jako *efekt Babičky*. I tato česká ikona seniorství je

popisována, jako ta, která odmítá využívat k rozžehnutí lahvičky fosforem naplněné („babička nechtěla s tím šlakovitým nástrojem nic mít. Jen jednou to zkusila, a kdovíjak se stalo, propálila si fěrtoch, který měla již pětadvacet let, a ještě prý se div nezadusila. Od té doby nevzala lahvičky do rukou.“), a raději se vrací k tradičnímu troudníku a sirkám, které vyrábí jako součást mezigeneračních aktivit s dětmi na Starém Bělidle.

Zároveň se ale nelze opomíjet, že nové technologie jsou vystavěny na znalosti těch starých. Otcům internetu je dnes kolem osmdesátky, řada nejbohatších mužů světa vydělává své bohatství právě na technologiích. Problémem je tedy spíše nedostatečný důraz na celoživotní vzdělávání tak, aby digitální propasti nevznikaly, přičemž zároveň narážíme na problém řady spolupůsobících minoritních statusů, kumulujících své negativní dopady vůči digitální gramotnosti.

Pokud tedy shrneme, technologický optimismus opakovaně naráží do slepých uliček, ve kterých senioři nejsou / nemusejí být v nových technologiích zdatní, protože to neumí, nejsou k tomu průběžně do vzdělávání, technologie nejsou pro ně užitečné / využitelné, mohou být finančně nedostupné, nejsou jim prodávány (marketingové strategie je nezahrnují), nebo o ně senioři nemají zájem, neodpovídají jejich sociálně *kulturním hodnotám* a představám o náplni každodennosti (srov. argumentaci o ne-uživatelích u Knowles & Hanson, 2018). Za svůj život viděli již řadu technologických revolucí a v souladu s teorií vyvázání již mohou zvolit aktivní odstup od nutnosti „držet neustále krok s vývojem“. Jak upozorňují Knowles a Hanson (2018), vytažení „věkové karty“ jako odůvodnění pro odmítnutí nějaké nové technologie je jedním z mála legitimních způsobů, jak to mohou starší dospělí udělat bezpečně a bez stigmatizace (protože v souladu s převládajícím stereotypem).

V neposlední řadě tu je fakt, že senioři prostě mohou mít zájmy a program v rámci dne, než jsou technologie. V naší debatě to můžeme označit jako *efekt konkurenčních obsahů každodennosti*.

Adaptace (přejetí) nové technologie je podmíněno edukací, učením se. Vyšší věk, zvláště je-li provázen zvýšeným úbytkem zdraví, sám o sobě může být *objektivním limitem* pro rychlost a hloubku *učení se*, ale i pro samotnou možnost participace na výuce. Edukační procesy nemohou kvalitně probíhat, pokud je subjekt vystaven tělesné nepohodě nebo emočnímu vypětí a stresu. Tyto omezující faktory významně snižují schopnost učení se v každém věku, ale ve stáří existuje vyšší riziko jejich výskytu. V některých případech pak subjektivní vnímání limitů a ztráta motivace mají hlubší dopady než samotná fyzická omezení.

Vedle technologického ageismu, objektivních i subjektivních limitů na straně uživatele, pak třetím zdrojem vystřízlivění z technologického optimismu je, možná paradoxně, i rychlost s jakou jsou technologie vyvíjeny. Již jsme naznačili existenci výrazné asynchronie mezi generační výměnou a technologickou změnou, která tu generační předbíhá. Jednotlivé generace a kohorty si s sebou nesou „své“ technologie, jako by s nimi jeli na schodech *eskalátoru*. Za nimi pak „jede“ nová generace se svojí technologií. Přílišná velikost přísloušného schodku vytváří generační propast mezi mladou a starší generací, zároveň ale eskalátor nezastavuje. Typickým příkladem je populární představa, že starý je ten, kdo používá Facebook. Znakem (dnešního) mládí je sociální síť TikTok, kterou ještě před dvěma lety znala jen hrstka nadšenců. Dnešní TikTok generace ale bude velmi zastaralou generací vůči technologickým preferencím kohort, které se v generační struktuře teprve vynořují. V tomto smyslu se stereotypu „čím starší, tím zastaralejší“ vlastně nelze nikdy zbavit,

protože vývoj všem dříve nebo později „ujede“ pod nohama.

Neregulovaná rychlost vývoje má své nezamýšlené důsledky i v rychlém *zastarávání* hardware a aplikací. Zejména pro institucionální uživatele s omezenými rozpočty, jako jsou např. poskytovatelé sociálních služeb, to může znamenat významnou překážku pro investice do nákladných technologií, které jsou rychle překonány. Nikdy nekončící tlak na jejich aktualizace může významně snižovat motivaci poskytovatelů tyto technologie vůbec začít využívat.

Humanoidní robot pro aktivní stárnutí – optimistické rozhodnutí?

V našem projektu, který byl motivovaný hledáním zdrojů pro překonávání různých úrovní technologického ageismu, jsme při participativním pozorování narazili na řadu příkladů výše popsaných principů: Testovaný robot vyvolával v participantech velmi pozitivní emoce („ty si roztomilej“), ale jeho technické nastavení nesplňuje očekávaný „age-friendly/ standard, z pohledu seniorního uživatele mluví příliš rychle a příliš vysokým hlasem. Jelikož nemá ústa, senioři s výrazným postižením sluchu nemohou odezírat, tablet na promítání mluveného textu není nastaven. Zejména participantky udržovaly zjevný fyzický odstup od robota, komentovaly to jako obavu, aby jej „nepokazily“, protože „je jistě velmi drahý“, odrážející absentující zkušenost s podobnou technologií i odlišné generační vnímání hodnoty. To bylo ve velkém kontrastu k dětem, které se účastnili mezigeneračního setkání s robotem, a které naopak usilovali o co nejbližší taktilní zážitek.

V rámci jiného setkání kurzu skupina navštívila laboratoře ČVUT CIIRC, kde v rámci exkurze působily seniorky velmi „exoticky“ ve smyslu sociologického konceptu zaujatých pohledů „gaze“ (Sturken & Cartwright, 2009, s. 94). Pracovníci a studující porůznu vycházeli ze svých kan-

celářů, aby „naše“ seniorky požádali, jestli by si nevyzkoušely hned několik zařízení, které jsou zde vyvíjeny jako prototypy gerontotechnologií. Z rozhovoru s vývojáři pak vyplynulo, že to „nemají na kom zkoušet“. V interdisciplinárním týmu jsme také pozorovali významné odchylky v interpretaci maximální dosažitelné úrovně (stropu) seniorského učení („už je nemůžeme nic dalšího naučit, to už nepochopí“). Technická expertíza jej očekávala podstatně dříve a situovala níže než expertíza humanitní.

Řada limitů se projevila až jako důsledek vynuceného přechodu do online prostředí, kdy nebylo možné využít obvyklých didaktických metod a museli jsme spoléhat na dálkové připojení. I když jsme měli ambici, aby sami senioři psali přímo do online aplikace dialogové stromy, někteří vyjádřili obavu, že to nezvládnou a nebudou to raději ani zkoušet, v jiném případě jedna z uživatelek vypracovala dialog, ale v důsledku nedostatečné zkušenosti práce s PC jej neuložila. Jiná participantka přestala kurz navštěvovat z důvodu vnímané velké zátěže očí, která ji znemožňovala práci s obrazovkou počítače.

Náš robot je „poruchový“, nazvěme to *efektem technologické nedostatečnosti*. Nezřídka se zacyklí, má dlouhé prodlevy v odpovědích, dialogy, resp. konverzace neplynou, jak bychom očekávali na základě sledování filmové a literární produkce z oblasti sci-fi, jejímiž fanoušky řada participantek a participantů jsou.

Jedna z výměn mezi skupinou seniorek a robotem plynul následovně:

Pepper: „Promiňte, ztratil jsem se, o čem jste chtěl mluvit?“

Žena1: „Umíš zpívat?“

Pepper: „Rozumím.“ (prodleva – přechod na ženský rod) „Chci se vás zeptat, co bylo nejpodivnější věc, kterou jste kdy jedla“

Žena1: „Hej, poslouchej, ptala jsem se tě, jestli umíš zpívat!“.

Pepper: „To není důležité.“

Žena2: (výrazný smích a gesto udeření pěstí do vlastní dlaně ve smyslu „a ne, a ne!“)

Žena1: (naklání se horní polovinou těla k robotovi) „Umíš zpívat, zazpíváš nám?“

Žena2: „Přemýšlíš?“

Pepper: „To je dobré, příliš mnoho cukru může být pro vaše zdraví nebezpečné“ (obě ženy a okolostojící skupinka smích)

Žena3: „Teď se zasek ...“

Žena1: (narovnává se a odchází)

Pepper: „Co obvykle snídáš?“

Přestože se jedná o jeden z nejlepších strojů ve své cenové hladině, který je dnes běžně distribuován do řady komerčních a vzdělávacích institucí, je na míle daleko od našich představ o fungující umělé inteligenci, která by měla snad už za pár let převzít velký podíl pracovních míst.

Recepční v komunitním seniorském centru na počátku projektového experimentu sdílela s výzkumným týmem své obavy, zda robot ohrožuje její pracovní místo. Její pocity se ukázaly být v příkrém kontrastu se zážitkem omezení, které současné nastavení robota má. Tato zkušenost tak zároveň odhalila mnohdy neuvědomovanou a zamlčenou komplexitu mezilidské interakce v případě, že je její součástí starší dospělý. Předpoklad, že by současný Pepper bez řádů tisíců hodin intenzivního „tréninku“ a vyladování nastavení byl schopný funkci recepční zvládnout je projevem nepoučeného optimismu. Věkem nesená funkční a smyslová omezení komplikují komunikaci stejným způsobem, jako je podávání ruky – další z činností, kterou roboti musí ještě teprve ovládnout. Přitom vývoj jednotlivých částí robotů nebo jiných pokročilých systémů je nezřídka velmi specializován a geograficky rozptýlen mezi různá pracoviště. Zatím není možné odhadnout, kdy se dokonalá „ruka“ spojí s „dokonalýma nohama“ tak, aby humanoidní robot mohl překonat historic-

kou dlažbu seniorského komunitního centra a doprovodit např. klienta do prvního patra na terapii. Tedy úkon, který je byl zaměstnanci centra identifikován jako pro robota ideální, ale který je pro podvozek Peppera nesplnitelný.



Obrázek 2. Robot Pepper.

ZÁVĚRY

V tomto zamyšlení jsme nabídli k diskusi koncepty rozpínající se od technologického ageismu v designu a marketingu moderních technologií a u osob, které jsou jejich nositeli; po různorodé efekty, jako např. efekt eskalátoru, tedy asynchronii adaptace na nové technologie a generační výměny; efekt „Babičky“ tj. pojetí seniorů jako ochránců tradic a starých způsobů; efekt objektivních limitů učení; efekt konkurenčních obsahů každodennosti; efekt technologické nedostatečnosti; efekt rychlého zastarávání nebo efekt kulturního a hodnotového nastavení ne-uživatelů jako v čase spolupůsobící, vzájemně se posilující a gerontologický optimismus omezující fenomény.

Vycházeli jsme ze zúčastněného pozorování interakcí seniorů, a především seniorem, s humanoidním robotem Pepperem (Obr. 2) a dalšími technologickými platformami a aplikacemi. Teprve tyto formy

experimentálního využití robotů, příp. dalších pokročilých technologií, v praxi mezi seniory a seniorkami pomáhají odhalit úskalí a určitou bláhovost gerontotechnologického optimismu. Předpoklad, že všechny potřebné technologie jsou už vyvinuté, otestované, bezpečné a připravené k využití jsou ve světle naší zkušenosti prostě mylnou představou. Efekt „eskalátoru“ nám přitom připomíná riziko, že senioři roku 2060 (tj. narození před rokem 1995) se budou potýkat s obdobně nevhovující (byť jinou a dnes ještě neznámou) technologií své seniorské doby. Gero-techno-optimistou by bylo možné být pouze v případě, že by došlo k výrazné změně v přístupu k celoživotnímu vzdělávání, odbourání (technologického) ageismu a výraznému zapojení koncových uživatelů do mapování potřeb a designu technologií, které by měly na tyto potřeby odpovídat. Změnou by musela projít i velká část společnosti, která je až příliš často nastavená, že „pro seniory je i tohle dobrý, víc toho nepotřebují, proč by měli mít roboty, stačí je vzít za ruku“. V tomto zkratkovitém postoji, který se opakovaně objevuje v rámci komentářů našeho projektu na sociálních sítích, se ztrácí nejen velká heterogenita seniorské populace, ale samotné seniorství je redukováno na objekt paternalistické péče. V pravdě věkově inkluzivní technologie jsou přitom výrazným emancipačním prvkem bez ohledu na věk svých uživatelů, a v tomto smyslu bychom si měli dovolit zůstat přece jen mírnými optimisty.

vatelů do mapování potřeb a designu technologií, které by měly na tyto potřeby odpovídat. Změnou by musela projít i velká část společnosti, která je až příliš často nastavená, že „pro seniory je i tohle dobrý, víc toho nepotřebují, proč by měli mít roboty, stačí je vzít za ruku“. V tomto zkratkovitém postoji, který se opakovaně objevuje v rámci komentářů našeho projektu na sociálních sítích, se ztrácí nejen velká heterogenita seniorské populace, ale samotné seniorství je redukováno na objekt paternalistické péče. V pravdě věkově inkluzivní technologie jsou přitom výrazným emancipačním prvkem bez ohledu na věk svých uživatelů, a v tomto smyslu bychom si měli dovolit zůstat přece jen mírnými optimisty.

LITERATURA

- Basiago, A. D. (1994). The limits of technological optimism. *Environmentalist*, 14(1), 17–22. <https://doi.org/10.1007/BF01902656>
- Bogue, R. (2017). Robots that interact with humans: A review of safety technologies and standards. *Industrial Robot: The International Journal of Robotics Research and Application*, 44(4), 395–400. <https://doi.org/10.1108/IR-04-2017-0070>
- Fast, E., & Horvitz, E. (2017). Long-term trends in the public perception of artificial intelligence. *Proceedings of the 31th AAAI Conference on Artificial Intelligence (AAAI-17)* (pp. 963–969). <https://arxiv.org/abs/1609.04904>
- Knowles, B., & Hanson, V. (2018). The wisdom of older technology (non)users. *Communications of the ACM*, 61(3), 72–77. <https://doi.org/10.1145/3179995>
- Kutíková, A., Pražáková, K., Slavík, P., Macík, M., Balata, J., & Míkovec, Z. (2016). Senioři a jejich komunikace se zařízeními v prostředích informačních technologií. In H. Štěpánková & R. Šlamberová (Eds.), *Stárnutí 2016: Sborník příspěvků z 3. Gerontologické mezioborové konference* (pp. 104–112). Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2016_sbornik.pdf
- Künemund, H., & Tanschus, N. (2013). Gero-technology: Old age in the electronic jungle. In K. Komp & M. Aartsen (Eds.), *Old Age In Europe: A Textbook of Gerontology* (pp. 97–112). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6134-6_7
- Holmerová, I. (2015). Sociální roboti v době demografického stárnutí. *Geriatric a gerontologie*, 4(3), 138–143.
- Neves, B. B., Waycott, J., & Malta, S. (2018). Old and afraid of new communication technologies? Reconceptualising and contesting the ‘age-based digital divide’. *Journal of Sociology*, 54(2), 236–248. <https://doi.org/10.1177/1440783318766119>
- Krier J. E., & Gillette, C. P. (1985). The un-easy case for technological optimism. *Michigan Law Review*, 84(3), 405–429. <https://doi.org/10.2307/1289008>

- Peine, A, Marshall, B., Martin, W., & Neven, L. (2021). *Socio-Gerontology: Interdisciplinary Critical Studies Of Ageing And Technology*. Routledge.
- Sturken, M., & Cartwright, L. (2009). *Practices of Looking: An Introduction to Visual Culture*. Oxford University Press.
- van Bronswijk, J. E. M. H., Bouma, H., Fozard, J. L., Kearns, W. D., Davison, G. C., & Tuan, P-C. (2009). Defining gerontechnology for R&D purposes. *Gerontechnology*, 8(1), 3-10.
<https://doi.org/10.4017/gt.2009.08.01.002.00>
https://scholarcommons.usf.edu/mhs_facpub/31/
- What is Gerontechnology. (n.a.) IGI Global. <https://www.igi-global.com/dictionary/spinning-off-gerontechnology-business-activities/47526>
- Walker, A. (2019). Introduction. In A. Walker (Ed.), *The Future of Ageing in Europe. Making an Asset of Longevity* (pp. 1-28). Palgrave Macmillan.
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-13-1417-9_1