

**Západočeská univerzita v Plzni**  
**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Zdraví seniorů a přístup k péči v době pandemie**

Michaela Rašková

Plzeň 2022

**Západočeská univerzita v Plzni**  
**Fakulta filozofická**

Katedra sociologie  
Studijní program Sociologie  
Studijní obor Sociologie

**Bakalářská práce**

**Zdraví seniorů a přístup k péči v době pandemie**  
Michaela Rašková

**Vedoucí práce:**

**Mgr. Alena Glajchová, Ph.D.**

**Katedra Sociologie**

**Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni**

Plzeň 2022

**Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila pouze uvedené  
prameny a literaturu.**

Plzeň, duben 2022

.....

**Poděkování:** Touto formou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, kterou byla Mgr. Alena Glajchová, Ph.D. Děkuji za cenné rady, věcné připomínky a v neposlední řadě také za trpělivost, která ji neopustila v průběhu celé mé práce. Mé velké díky patří i všem mým respondentům za jejich čas, ochotu a vstřícnost. Bez jejich spolupráce bych nemohla realizovat svůj výzkum. Mé poděkování patří také mé mamince a příteli, kteří mi jsou oporou nejen po celou dobu mého studia.

## Obsah

1. Úvod.....	6
2. Konceptualizace věku, stáří a stárnutí .....	9
2.1 Věk .....	9
2.2 Stáří .....	10
2.2.1 Modely adjustace na stáří.....	11
2.3 Stárnutí .....	12
2.4 Gerontologie a koncept křehkosti.....	14
3. Zdraví a péče ve stáří .....	15
3.1 Zdraví a kvalita života seniorů .....	15
3.2 Péče o seniory.....	17
3.2.1 Péče o seniory z genderové perspektivy .....	19
3.3. Osamělost a sociální izolace .....	21
4. Covid-19 .....	22
4.1 Šíření a projevy Covidu-19 .....	23
4.2 Covid-19 v České republice .....	23
5. Senioři a izolace v kontextu pandemie Covid-19.....	24
6. Metodologie.....	30
6.1 Cíl výzkumu .....	30
6.2 Metody sběru dat a vzorek .....	30
6.3 Analýza .....	32
7. Každodennost seniorů v době pandemie.....	32
7.1 Sociální kontakty a izolace v kontextu pandemie .....	34
7.2 Vliv médií na pocity ohroženosti a prožívání pandemie .....	36
8. Zdraví a péče seniorů v době pandemie.....	38
8.1 Zdraví seniorů v době pandemie .....	39
8.2 Péče seniorů v kontextu pandemie .....	40
8.3 Institucionální péče o seniory v době pandemie .....	41
9. Limity výzkumu.....	43
10. Závěr.....	44
11. Resumé .....	47
12. Seznam použité literatury .....	48
13. Elektronické zdroje .....	50
14. Přílohy .....	53

# 1. Úvod

Na konci roku 2019 zasáhla svět pandemie nového viru Covid-19. Tento virus má pravděpodobně původ v čínském městě Wuhan. Vzniklá pandemie vyvolala řadu restrikcí a socioekonomických problémů, které se dotkly každého z nás bez rozdílu. Ve snaze zabránit šíření koronaviru se jednotlivé země uchýlovaly k různým opatřením. Tato opatření a restrikce měly za cíl ochránit obyvatele proti koronaviru.

V průběhu celé pandemie byl největší důraz kladen především na otázku bezpečnosti seniorů, kteří byli nejvíce ohroženou skupinou.<sup>1</sup> Seniori často trpí chronickými nemocemi a mají oslabenou imunitu, což zvyšuje pravděpodobnost onemocnění virem. Je tomu ale skutečně tak? Považují se sami seniori za ohrožené jedince?

Seniori podléhali, jako ostatní věkové skupiny restrikcím, které měly za cíl omezit šíření koronaviru. Mimo tato opatření zde byla ještě jiná, která se výlučně týkala právě ohrožené skupiny ve věku od 60 let v zájmu zajištění jejich ochrany. Starším osobám byla v souvislosti s koronavirem doporučována sociální izolace, tedy aby omezili kontakty s rodinou a přáteli. Dále bylo také seniorům doporučeno zvážit nutnost vystavení se riziku nákazy na veřejnosti. Z tohoto důvodu bylo, v březnu roku 2020, v České republice ustanoveno opatření, které umožňovalo seniorům nákupy v supermarketu aj. ve stanoveném čase, a to od 7:00 do 9:00. Během několika týdnů se tato restrikce mnohokrát změnila, což mohlo být pro seniory, ale i pro ostatní věkové skupiny, velice zmatečné. Seniorům ve formálních institucích bylo zakázáno přijímat návštěvy a vycházet mimo objekt či areál. Seniori byli také první skupinou, které bylo umožněno očkování vakcínou na Covid-19.

Záměrem mé práce je tedy zjistit, jaká je žitá zkušenost seniorů v době pandemie a jaké významy přikládají svému zdraví a péči o něj v kontextu restrikcí a sociální izolace. K volbě tohoto tématu mě vedla právě řada restrikcí a doporučení zacílených na populaci seniorů, neboť právě ti jsou považováni za nejvíce náchylnou a rizikovou skupinu, která musí být před virem uchráněna.

Práce je rozdělena na dvě části na teoretickou a praktickou. Část teoretická má čtyři kapitoly, kde se věnuji několika pojmům a konceptům jako je věk, stáří, stárnutí, gerontologie a křehkost, sociální izolace, zdraví seniorů a péče o seniory. Dále zmíním pandemii Covidu-19 a několik studií na téma „Seniori a pandemie“. Definice a koncepty mi vytvářejí jisté podklady pro praktickou část mé bakalářské práce. V části praktické

---

<sup>1</sup> Zde záměrně používám generické maskulinum z důvodu jednoduššího čtení textu, ale rozhodně tím neupozaduju roli žen ve výzkumu. Gender budu rozlišovat v praktické části bakalářské práce.

pak analyzuji a interpretuji mnou realizovaný výzkum, na základě 10 polostrukturovaných rozhovorů. Konkrétně 8 rozhovorů proběhlo se seniory z široké veřejnosti a 2 rozhovory byly uskutečněny s klientkami nejmenovaného domova pro seniory v Plzni. Jeden rozhovor navíc byl uskutečněn s pracovnící domova pro seniory. Mým cílem bylo zjistit a porovnat, jak pandemie Covid-19 ovlivnila životy jednotlivým seniorům v kontextu restrikcí a sociální izolace. Následně jsem se dotazovala na jejich osobní přístup ke zdraví a péči k sobě samým během pandemie.

## **Teoretická část**



## 2. Konceptualizace věku, stáří a stárnutí

Věk určuje stáří člověka, je to ale skutečně tak? Koho považujeme za starého jedince? S ohledem na mnou stanovený výzkumný cíl práce považuji za zásadní vysvětlit, jak je konceptualizován věk, stáří a stárnutí. V praktické části následně odhalím, jak senioři prožívali každodennost v době pandemie, která byla zejména pro starší jedince plná restrikcí.

### 2.1 Věk

Věk je základní koncept, který vymezuje pojem stáří, který zmíním vzápětí. Lidé se dle věku vymezují do určité skupiny osob celý život (dítě, student, důchodce). Různá vymezení jsou v rámci kultur odlišná. Každá má své sdílené, sociálně konstruované hodnoty týkající se vhodného načasování různých fází života (Moody, Sasser 2018). Co se týká věku existuje dvojí dělení, ve kterém se několik autorů shoduje. Jedná se o věk kalendářní a věk funkční, který se skládá z několika složek.

Kalendářní, chronologický neboli matriční věk je dán datem narození. Řídí se kalendářem a počtem uplynulých dní. Kalendářní věk je rozdělován do 15letých úseků, přičemž 45-59 let je považováno za střední věk. Rozmezí 60-74 let je vyšší věk a tzv. rané stáří. Úsek 75-89 let je pokročilý věk a opravdové (pravé) stáří. 90 let a více je pak Pacovským definováno jako dlouhověkost (Čeledová et al. 2016; Kalvach et al. 2004; Pacovský 1990).

Funkční věk je věkem skutečným a nemusí být stejný jako věk kalendářní (Pacovský 1990). Různí lidé stejného kalendářního věku vypadají svým funkčním věkem mladší a někteří zase naopak starší. Hrůza tvrdí, že jednotliví jedinci nestárnou stejně rychle, což záleží na jejich genetickém základě a na tom, jak žili a jak žijí nyní (Hrůza 1966).

Kdybych měla tato fakta shrnout, tak jedinci stejného kalendářního věku mohou mít jiný věk funkční. Zkrátka mohou se například vnitřně cítit mladší než skutečně jsou. Odborníci se shodují, že se lidský věk bude dále prodlužovat. Odhadované maximum je 115-120 let. Doložení nejstarší jedinci dosahují 113-115 let. Nejvyššího věku se dožila Francouzka Jeanne Louis Calmentová, která dosáhla 122 let (Haškovcová 2006).

Funkční věk dále odborníci dělí na věk biologický, sociální a psychologický. Biologický věk je znakem biologického stárnutí. Psychologický věk je podmíněn

osobnostními rysy jedince. Sociální věk neboli sociální stáří zahrnuje veškeré sociální stránky a aktivity jedince (Pacovský 1994).

V neposlední řadě je věk seniorů klasifikován na věk produktivní a poproduktivní. Toto členění je ekonomickým hlediskem posuzování věku. Produktivní je jedinec tehdy, kdy svou prací přispívá do národního důchodu. Poproduktivní jedinec tento národní důchod již sám čerpá (Pacovský 1997).

Představené dělení věku využijí při interpretaci dat, kdy mnoho respondentů ve svých výpovědích věk zmiňuje a je dle nich přímo úměrný stáří.

## 2.2 Stáří

Stáří je poslední fází našeho života a je jeho nezbytnou součástí. Pojem senior je odvozeno z latinského výrazu „senex“, které můžeme volně přeložit jako starý člověk. Tento výraz je pro staršího jedince více formální a důstojnější než označení „důchodce“ (Tota 2016). Další pojem, který označuje jedince starým je řecký termín gerón (Haškovcová 2012). Od tohoto pojmu se odvozuje věda zvaná gerontologie, kterou zmíním později v této kapitole.

Profesor Rabušic odchod do důchodu nazývá doslova rituálem (Rabušic 1995). V české populaci však převažuje názor, že jedinec je starý, pokud je mu 70 let a více (Vaculíková, Vávrová 2019). Hranice stáří je velice sporná. Každý jedinec je jiný a žádná pevně stanovená hranice stáří tudíž neexistuje. Pacovský definuje období stáří mezi 60. a 75. rokem života. U každého jedince záleží na mnoha faktorech, například kdy přestane chodit do práce, zda žije sám a také jestli je stále aktivním. Tudíž starší populace není homogenní. Musíme brát v potaz její vnitřní odlišnosti pramenící z odlišnosti každého jedince (Pacovský 1990). Tuto skutečnost potvrzuje také American psychological association (2021). Společnost se domnívá, že senioři jsou jedna skupina bez rozdílů. Protože však do této části populace spadají jedinci v odstavu až 40 let (viz Věk výše), jsou zde rozdíly opravdu větší, než v jiných věkových kategoriích (American psychological association 2021).

Stáří je součástí našeho života a my se na toto poslední ontogenetické období připravujeme celý život. Jak kdo žil, takové bude mít také stáří. Stáří souvisí nejen s psychickými a fyzickými změnami, ale také se zdravím, se samotnou genetickou predispozicí, se životním stylem a mnoha dalšími faktory.

To, jak člověk prožije život, závisí na jeho přístupu ke stáří a smrti. Podle těchto postojů můžeme starší jedince dělit na nekrofilní a biofilní. Nekrofilní člověk myslí jen

na smrt. Tím, že nemluví o ničem jiném než o svých nemocech a o tom, co ho trápí, obtěžuje své okolí. Biofilní člověk si stáří nepřipouští a je stále velice aktivní. Takový jedinec by se měl stát vzorem nás všech ve stáří. Je to realita, která se nikomu nevyhne (Tvaroh 1984).

A jak jedinec vlastně pozná, že už je starý? Stáří se z velké části jeví jako sociální konstrukt, protože právě to, že je člověk starý pozná intuitivně z reakcí okolí (Čeledová et al. 2016). To, kdo, kdy a na základě jakých kritérií bude považován za starého, určí právě společnost, ve které se stárnutí odehrává (Hasmanová 2013). Každá kultura má vlastní soubory očekávání a předpokladů o stáří, které jsou součástí naší socializace (Little et al. 2014).

Faktory, které dle české populace přispívají k vnímání člověka jako starého, byl nejčastěji zmiňován fyzický zdravotní stav, věk a ztráta duševní svěžesti. Tedy starý je především takový jedinec, který jako starý vypadá a není v dobrém zdravotním stavu. Nutno podotknout, že senior není českou společností považován za přítěž. Setkáváme se s tradicionalistickým pohledem na starého jedince, jako na moudrého a zkušeného (Vidovičová, Rabušic 2003).

Senior sám pozná, že je starý díky svému zevnějšku, ale také díky změnám vnitřních faktorů. Vnitřními faktory je myšlena genetická výbava (vrozené genetické a získané genové mutace), tělesná onemocnění a psychické poruchy, a samotná psychická výbava jedince (povahové zaměření, zvládání zpracování zátěžových situací, životní cíle) (Příbyl 2015).

Další, čeho si senior všímá jsou změny smyslového vnímání. Zhoršuje se nejčastěji zrak a sluch, ale také hmat a chuť, která s věkem klesá. Tělesné faktory a změny nazýváme fenotyp<sup>2</sup> stáří, o těchto změnách ale ve své práci hovořit nebudu.

### 2.2.1 Modely adjustace na stáří

Schopnost přijmout své stáří je někdy velice náročná, protože se zde odráží psychika, ale i fyzická síla jedince. Každodenní postoj seniora k sobě a okolí se projevuje několika způsoby a je velice podobný dělení od Tvaroha (1984) viz výše.

Existuje 5 způsobů, podle prof. Pacovského, jak jedinci reagují na stáří.

- První strategií je konstruktivnost. Senioři se zájmem čekají, co přijde. Smířili se se stářím a berou život takový, jaký je. Jsou plně soběstační a rádi navazují nové

---

<sup>2</sup> Fenotyp = veškeré pozorovatelné vlastnosti a znaky jedince či organismu

kontakty se svým okolím. Konstruktivně a s klidem řeší problémy, které nastanou.

- Druhou strategií je závislost. Senioři jsou spíše pasivní než aktivní. Jsou vyrovnaní a mají rádi klid, nejsou příliš aktivní. Jsou rádi, že odešli do důchodu (Pacovský 1990). Libuše Čeledová a kol. (2016) doplňuje tuto strategii popisem seniora jako podezřavého a nesoběstačného (Čeledová et al. 2016).
- Třetí strategií je obranný postoj. Takoví jedinci mají za sebou úspěšnou kariéru. Byli profesionálně i společensky oblíbení a úspěšní. Často odmítají pomoc jen proto, aby si dokázali, že nepotřebují pomoc druhých, a že nejsou závislí (Pacovský, 1990). Nepřipouští si stáří a Čeledová (2016) zmiňuje, že je vůči stáří velice odmítavý (Čeledová et al. 2016).
- Čtvrtou strategií je nepřátelství (hostilita). Takoví senioři jsou velice naštvaní a agresivní. Agresivní byli i celý život. Měli ve zvyku své neúspěchy dávat za vinu svému okolí. Oddalovali své stáří, jak jen mohli. Závidí mladým lidem (Pacovský 1990).
- Pátou strategií, a tudíž poslední, je sebenenávist. Tito jedinci obrazejí svou nenávist proti sobě. Jsou velice kritičtí nejen k sobě, svému předcházejícímu životu, ale i ke svému okolí. Jsou pasivní a zřídka kdy mají své koníčky. Nestýkají se s přáteli. Smiřují se se stářím, ale jsou v depresích a často svou duševní neschopnost ještě umocňují, cítí se zbyteční (Pacovský 1990).

## 2.3 Stárnutí

Vztah mezi stářím a stárnutím je takový, že stáří je „produktem“ stárnutí. Stárnutí je přechodná fáze mezi dospělostí a stářím. Je to určitý děj, který trvá a má za následek stáří jako takové. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla tyto dva koncepty neslučovat v jedno.

Stárnutí neboli senescence je fyziologický jev, který probíhá od narození až do smrti. Stárneme každým dnem, a proto je to jev přirozený a nevyhnutelný. S každou další životní fází se jedinec zbavuje předchozích rolí a získává role nové, které přicházejí společně s povinnostmi, ale také očekáváními. V každé kultuře se tato očekávání liší (Little et al. 2014). V této části zmíním několik autorů, kteří cílí na zjevné, fyziologické stárnutí a na konci této podkapitoly zmíním jiný pohled Zdeňka Kalvacha a Lucie Vidovičové.

Existuje mnoho teorií o procesu stárnutí, většina si neodporuje, jak zmínil ve své knize *Stárnutí* Gabriel Hocman. Ten proces stárnutí charakterizuje jeho vlastnostmi:

*„...ubývání tělesných i duševních sil, zpomalování chemických procesů v organismu, změnami ve všech orgánech, vráskováním pokožky, šedivěním vlasů, snižováním ostrosti smyslů, dále větší náchylnosti k nemocem..“ (Hocman 1985:6).*

Zdeněk Hrůza a Vladimír Pacovský popisují stárnutí jako děj, ve kterém dochází k vzájemnému působení genetických podmínek a faktorů zevního prostředí. Každý jedinec stárne rozdílnou rychlostí, a proto má stárnutí vysoce individuální charakter. Mají tím na mysli patologické procesy (choroby), které zatím současná medicína nedokáže zastavit či změnit (Hrůza 1966; Pacovský 1990). Sice současná medicína dokáže prodloužit lidský život, léčit jisté nemoci, ale ne oddálit proces stárnutí. Stejně vnímá proces stárnutí i Hugo Příbyl, který tento proces popisuje jako komplexní a nevratný. Jde o biologické, psychologické a sociální procesy, které jsou propojeny. Dále popisuje stárnutí fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí nebo také primární či zdravé stárnutí souvisí s věkem, akceleruje po 65. roce života a vytváří tím stařecký fenotyp. Patologické stárnutí, nebo také chorobné, je proces, ve kterém je stárnutí rychlejší (Příbyl 2015). František Tvaroh popisuje stárnutí jako proces, který vede ke ztrátě síly a jeho výsledkem je smrt (Tvaroh 1984).

Haškovcová hovoří o stárnutí na dobrý způsob nebo také stárnutí zdravě. Každý občan, nejen senior, by měl o své zdraví pečovat, protože za něj nese plnou odpovědnost. Základními principy stárnutí zdravě jsou:

- prodloužit věk prožitý v úplném zdraví bez postižení,
- podporovat plný a aktivní společenský život,
- prodloužit dobu kvalitního života (Haškovcová 2006).

Zdeněk Kalvach s kolektivem definují stárnutí jako *„bio-psycho-sociálně-spirituální proces přirozeně involučních a adaptačních změn, k nimž v organismu a u organismu dochází od dosažení sexuální dospělosti...“* (Kalvach et al. 2014:17). Dále stárnutí populace dělí na relativní a absolutní. Relativním stárnutím má na mysli úbytek mladé populace, emigraci mladých lidí a pokles porodnosti či dětskou úmrtnost. Absolutní stárnutí popisuje méně morbidně a tvrdí, že je to pokles úmrtnosti ve středním a vyšším věku. Relativní a absolutní stárnutí zastřešuje dvěma faktory. Prvním faktorem je malý přírůstek mladých lidí. Druhým faktorem je zvyšování počtu osob ve vyšším věku. Autoři dále tvrdí, že stárnutí populace je způsobeno poklesem úmrtnosti, tedy lidé méně umírají a také se prodlužuje délka života (Kalvach et al. 2014).

Lucie Vidovičová a kolektiv dělí stárnutí na stárnutí populace, jako proces demografický a stárnutí jedince jako důsledek biologických změn. Tyto změny mají řadu ekonomických a sociálních souvislostí. Dále stárnutí popisuje v dimenzi časové, tedy, že člověk stárne plynutím času, a v dimenzi prostorové. Prostor poté spojuje

s prostředím, které jedince obklopuje a jak říká Pacovský i ovlivňuje jeho stárnutí (Vidovičová et al. 2013).

## 2.4 Gerontologie a koncept křehkosti

Gerontologie je souhrn poznatků o problematice stárnutí, stáří a života ve stáří. Jde o spojení starořeckých pojmů gerón (zmínila jsem v podkapitole Stáří) a logos, které znamená slovo či nauka (Pacovský 1990). Za otce gerontologie je považován Ilja Iljič Mečnikov. Na našem území jako první přednášel o nemocech vyššího věku profesor Josef Hamerník v roce 1843 (Tvaroh 1984).

Samotný pojem gerontologie vznikl ve 30. letech 20. století a mnoho autorů ji dělí na gerontologii experimentální, sociální a klinickou gerontologii neboli geriatrii.

- Experimentální gerontologie se zabývá stárnutím organismu.
- Gerontologie klinická neboli geriatrie se zabývá zdravotním stavem ve stáří, chorobami ve stáří a jejich včasnou medikalizací. Je to řádný a samostatný lékařský obor.
- Gerontologie sociální se zabývá životem ve stáří, vztahy mezi generacemi i ve společnosti. Věnuje se konkrétním politologickým a ekonomickým souvislostem ve stáří (Čeledová et al. 2016; Haškovcová 2010; Tvaroh 1984). Z tohoto důvodu je to velice široký obor, zasahuje mnoho dalších aspektů společnosti například: psychologii, pedagogiku i sociologii.

Význam gerontologické péče je zařazen mezi pětici nejvýznamnějších bodů Sociálně zdravotnického plánu. Dalšími body jsou například péče o matku a dítě, boj proti zhoubným nádorům, prevence chorob srdečních a cévních (Tvaroh 1984).

Jedním z nepřehlédnutelných faktorů gerontologie je koncept křehkosti. Pozornost je křehkosti věnována od 90. let 20. století. Stařecká křehkost představuje jisté riziko, které je dáno fyziologickými změnami. Nejčastější z nich jsou snížení svalové hmoty, úbytek sil, pevnost kostí, snížená pohyblivost kloubů, poruchy pohybové koordinace a tím zapříčiněné pády a zlomeniny. Projevy křehkosti mohou být i poruchy paměti, nechutenství, hubnutí, apatie, únava a chronická bolest (Holmerová et al. 2014).

Seniory dělíme na elitní, zdatné (fit), nezávislé, závislé a křehké (Čeledová et al. 2016; Holmerová et al. 2014). Křehcí jedinci mohou mít řadu zdravotních i psychických

potíží. Tito jedinci zpravidla využívají služeb zdravotní péče (Příbyl 2015), kterou zmíním v další kapitole.

Geriatrická křehkost (anglicky *frailty*) je klinický stav, ve kterém dochází k růstu zranitelnosti jedinců. Může se objevit, pokud je jedinec vystaven řadě zdravotních onemocnění nebo také stresu (Vellas et al. 2016). Týká se tělesné, psychické, sociální dimenze člověka. Souvisí s nízkou hranicí zdraví, zdatnosti, odolnosti a adaptability. Křehký pacient je stahován do horších stavů vzájemně se podmiňujícími příčinami, negativními důsledky a komplikacemi (Kalvach et al. 2014). Několik autorů definuje křehkost jako jeden z geriatrických symptomů, které jsou rovnocenné například s pády či delirií (Kalvach et al. 2008).

Libuše Čeledová křehkého jedince definuje podobně jako Kalvach s kolektivem, a tvrdí, že právě tato skupina obyvatel potřebuje stálou jistotu sociálních kontaktů a aktivních kontrol ze stran zdravotnického personálu (Čeledová et al. 2016).

Základními koncepty křehkosti jsou:

- Za prvé ztráta tělesného (fyzického) kapitálu, tedy zdroje naší síly,
- za druhé ztráta vtěleného jednání a schopnosti reprezentace našeho já,
- za třetí křehkost ztělesňuje myšlenku závislosti a potřeby péče.

Křehkost tedy představuje často závislost na druhých a jedinec se tak stává „stínem“ svých opatrovníků (Gilleard, Higgs 2016).

Vidíme, že křehkost je mnoha autory definována jako ztráta fyzických i psychických sil a jedinec se stává „břemenem“ své rodiny či zdravotního personálu. Přestože jsou tito jedinci zranitelnější než jiní, jsou živou bytostí a mají stejná práva, jako všichni ostatní. Měli bychom respektovat jejich hlas, ne je soudit nebo se dokonce posmívat. Každý jednou zestráme.

## **3. Zdraví a péče ve stáří**

### **3.1 Zdraví a kvalita života seniorů**

Když jsme nemocní, naše jediné přání je být opět zdraví. Zdraví je jedna z nejdůležitějších humánních hodnot a podmínek smysluplného života. Je to individuální jednotka, ústřední pro celou společnost. Co se týká stáří a zdraví, jdou tyto pojmy ruku v ruce. Dá se říci, že jsou neoddělitelné. Senior vnímá zdraví zcela jinak,

než jak ho chápal v mladším věku. Teď je teprve zdraví opravdu prioritou a odvíjí se od toho veškeré žití a chování jedince.

Talcot Parsons, ve své knize *The social system* (1951), definuje roli nemocného nejen biologicky, ale také sociálně. Nahlíží na roli nemocného jako na devianta, jelikož je jedinec určitým způsobem vyhrazen ze společnosti, a tudíž neplní své role a povinnosti. Nemocný se stává, svou pasivitou, hrozbou pro hodnoty celé společnosti. Ve vztahu pacient a lékař vzniká sociální role, kdy lékař se jeví jako: „ (...) *Do značné míry strážce zavedeného řádu, jako strážce brány deviace a jako ztělesnění „posvátného“ řádu normality.*“ (Parsons 1951:23). Lékař je tedy vyobrazován jako strážce společnosti jako celku, protože právě on uzdravuje nemocné (Parsons 1951).

Základními determinanty zdraví jsou: zdravotní péče, genetický předpoklad každého jedince, životní styl a životní prostředí (Kalvach et al. 2014). Tyto determinanty zdraví můžeme i intuitivně dělit na vnitřní a vnější. Zajímavé je obzvláště to, že zdraví více ovlivňuje a uchovává životní styl a životní prostředí než samotné zdravotnictví (Machová, Kubátová 2015).

Pojem zdraví má 3 dimenze, které jsou navzájem propojené. Jedná se o zdraví tělesné, duševní a sociální. Základní podmínkou je vyvážené fungování těchto tří dimenzí, které umožňují překonávat vnitřní i vnější okolnosti prostředí bez narušení životních funkcí. Pokud nedojde k překonání prostředí a k souladu těchto dimenzí zvyšuje se potenciál nemoci (Machová, Kubátová 2015).

Pacovský zmiňuje, že zdraví je stav duševní a tělesné pohody bez přítomnosti nemocí (Pacovský 1997). Toto pojetí zdraví, tedy, že je to stav, kdy není přítomna nemoc, se trochu liší od definice zdraví WHO (kterou zmíním vzápětí), což může být zapříčiněno zdravotnickým vzděláním profesora Pacovského.

World Health Organization (WHO) definuje zdraví jako „*stav úplné fyzické, duševní i sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci*“ (WHO 1946). Pro definování zdraví ve vyšším věku, je potřeba tuto definici upřesnit. Za zdravého lze považovat jedince, který není zjevně nemocen, který nemá žádný zdravotně-sociální problém a který sám sebe považuje za zdravého a je spokojen s kvalitou svého života. Dokáže se o sebe postarat, je soběstačný a aktivní. Stáří bylo dlouho spojováno s přítomností nemoci. S věkem se počet osob, kteří jsou v tomto smyslu zdraví, snižuje, avšak navzdory tomu je přirozené stárnutí zdravé stárnutí (Pacovský 1997).

Dle Zdeňka Mlčáka je zdraví zdroj fyzické a psychické zdatnosti, zdroj adaptace, schopnost normálního fungování, protiklad nemoci, a zároveň zdraví může být myšleno



jako ideální stav, kterého chceme v životě dosahovat a který si chceme udržet (Mlčák 2007).

Podle Křivohlavého (2002) má zdraví 2 složky: subjektivní a objektivní (srov. Fialová, Kroch 2012). Subjektivně zdravý je takový jedinec, který se zdravý cítí, který nemá žádné zdravotní potíže. Je založen na vnitřních pocitech každého z nás. Objektivně zdravý je jedinec, jenž se zatím cítí dobře a nebyla mu zjištěna žádná nemoc, protože se například ještě nestihla projevit. Fialová popisuje za objektivně zdravého takového jedince, který je zdravý, protože ho za zdravého vnímají ostatní. U nás je brán zřetel na názor lékaře, ale ten není zcela nezávislý, jak bychom asi čekali. Lékař porovnává stav jedince s podobnými případy a ne s ideálním stavem konkrétního individua (Křivohlavý 2001; Fialová, Kroch 2012).

Zdraví podmiňuje kvalitu života ve stáří. Každý člověk, i umírající, má svou vlastní míru zdravotního potenciálu, svou míru odolnosti a adaptability, se kterou zvládá průběh onemocnění. I nemocný jedinec je schopný se uzdravit díky svému imunitnímu systému (Kalvach et al. 2014).

Motlová (2021) definuje 3 kategorie respondentů ve vyšším věku. První kategorií jsou poměrně nemocní, ale společensky relativně spokojení lidé. Mají kontakty a udržují je. Druhou kategorií jsou nemocní a osamělí jedinci, kteří společnost aktivně nevyhledávají. Třetí kategorií jsou zdraví a společensky spokojení lidé. Tato poslední kategorie je také nejvíce zastoupenou skupinou vzorku Motlové (Motlová 2021).

Psychické zdraví starších jedinců je ve většině případů, dle výpovědí seniorů, velice dobré. Seniori mají často méně duševních potíží než jiné věkové skupiny. Přesto každý čtvrtý senior v Americe trpí psychickými problémy (American psychological association 2021). Psychické poruchy se objevují tehdy, kdy je nějakým způsobem narušeno přirozené psychické stárnutí. Pacovský (1997) uvádí, že až 20 % osob nad 65 let trpí zjevnou psychickou poruchou. Nejčastějšími poruchami jsou demence, deprese, poruchy paměti a poruchy osobnosti a chování (Pacovský 1997).

## **3.2 Péče o seniory**

Péče je v nejobecnějším slova smyslu pomoc lidem, kteří to potřebují. Ve vyšším věku je péče nutná častěji než v raném období života (myšleno fáze dospívání).

Mezi hlavní cíle péče o staršího jedince patří zachovat v co nejvyšší míře autonomii seniora a jeho soběstačnost. Odhadem až 80 % osob starších 65 let je plně soběstačných a potřebuje jen občasnou péči rodiny. Rodina je pro seniora významná,

protože právě v séniu se musí jedinec vyrovnat s mnoha změnami a má potřebu jistoty, bezpečí a pocitu, že není na vše sám (Příbyl 2015).

Péče rodiny o seniora je možná tehdy, splní-li 3 podmínky: aby o seniora pečovat chtěla (aby měla vůli a snahu hledat řešení); aby o něj pečovat mohla (vytvoření vhodných podmínek); a také aby rodina uměla péči poskytnout (znalosti, kurzy) (Pacovský 1997; Příbyl 2015). Pokud péči rodina nezvládne přichází na pomoc veřejnost a zdravotní systém (Gilleard, Higgs 2016).

Odhadem 20 % lidí na celém světě starších 65 let nabývá rodinné péče. Zároveň právě rodinná péče je nejfrekventovanějším modelem péče o seniory. Pomoc a péče o seniory v rodině je založena na sociální soudržnosti celé rodiny. Po přijetí seniora do péče se musí potýkat s výraznými změnami. V organické sociální soudržnosti, jak tento jev nazývá prof. Jeřábek, dochází k: *„odřeknutí vlastních priorit jednotlivých členů rodiny na úkor společných potřeb fungování rodiny jako celku, který si vzal za úkol pečovat o svého starého nesoběstačného člena.“* (Jeřábek 2005:7).

Rodinná orientace péče se projevuje i v osobní představě respondentů. Na otázku, kde by chtěli trávit čas ve chvíli, kdy už se nebudou moci postarat doma sami o sebe, odpovídali, že preferují možnost být v domácím prostředí s péčí poskytovanou jejich dětmi, jinými příbuznými nebo pečovatelkami (Vidovičová, Rabušic 2003). Výzkumy z různých zemí ukazují, že většina neformální péče o seniory probíhá v rodinách (Dudová, Volejníčková 2014).

Je možné rozlišovat péči formální a neformální. Formální péče je péče tehdy, kdy se o seniora stará společnost. Neformální péči je, pokud se o jedince stará rodina, či přátelé. Velkou roli zde hrají sociální vztahy, které jsou náchylné na udržení a zhroucení. Při formální péči je ukončení možné pouze při vypovězení z pracovní smlouvy (Gilleard, Higgs 2016). Formální péčí se rozumí péče profesionální, která je poskytována školenými pracovníky, kteří vykonávají zdravotní či sociální službu (Průša et al. 2021).

Nejedná se však o jedinou klasifikaci. Péči poskytovanou seniorům je možné členit na péči zdravotní, sociální a emocionální. Sociální péče je poskytována domy s pečovatelskou službou či domovy důchodců. Emocionální péče je výhodou v již zmíněné rodinné péči, kdy je senior obklopen svými blízkými, kteří mu jsou oporou (Jeřábek 2005). Primární zdravotní péče je poskytována lékařem. V roce 2004 je na území České republiky známo přes 5 000 praktických lékařů. Praktický lékař stanovuje diagnózu a doporučuje odbornou péči. Návštěvnost starších osob praktického lékaře je až 98 % (Kalvach et al. 2004).

V případě, že geront již nezvládá pobyt ve svém domově sám a rodina není schopna se o něj postarat, je možné využít služeb různých typů zařízení pro seniory. Tato zařízení jsou zřizována jako státní, krajská, obecní, ale také soukromá (Tota 2016). Pro mou práci je důležité zmínit, že rozšířeným typem takového zařízení je domov pro seniory, dříve také domov důchodců. Klienti takového domova jsou podřízeni stanovenému režimu. Domov jim zajišťuje stravování, hygienu a také zdravotní péči. Největším problémem těchto zařízení je dlouhá čekací lhůta pro příjem nových klientů (Tota 2016).

Z hlediska četnosti a naléhavosti potřeb, které senior potřebuje, lze rozlišit tři stupně péče.

- Podpůrnou péči, kterou zahrnuje finanční podpora, pomoc s možnými opravami v domácnosti nebo také doprovod seniora například k lékaři. Tato péče nevyžaduje sdílenou domácnost se seniorem.
- Neosobní péče, zde jsou zařazeny činnosti spojené s domácností (například uklidit, uvařit). Je časově náročnější a vyžaduje určitou cykličnost.
- Osobní péče, která je nejnáročnější z výše zmíněných péčí, vyžaduje neustálou přítomnost pečujícího, který pomáhá staršímu jedinci s běžnými činnostmi (například hygiena, krmení, posazování, ukládání). Senior je zcela závislý na pečovateli (Jeřábek 2005).

Co se týká formální péče, pomineme-li zdravotnická zařízení, ta je poskytována službami sociální péče a je spojována s konceptem dlouhodobé péče (*long-term care*) a péče domácí (*homecare*). Koncept dlouhodobé péče vznikl od roku 2000 a je chápán jako sektor, který doplňuje péči zdravotní a péči sociální. Důležitým základem dlouhodobé péče je spojení domácí nelékařské péče a pečovatelských služeb (Čeledová et al. 2016).

Profesorka Haškovcová (2006) definuje *Homecare* jako domácí odbornou zdravotní péči, kterou provádí zkušené všeobecné sestry. Domácí laickou péči a pomoc nazývá *home help*. *Homecare* je určena pacientům, kteří nemusí být neustále v nemocnici a současně nestačí *home help* laická. Pakliže by návštěvy zdravotní sestry přesáhly 3 návštěvy nebo 3 hodiny denně, byl by pacient indikován pro pobyt v nemocnici. Tato péče je plně hrazena pojišťovnou (Haškovcová 2006).

### 3.2.1 Péče o seniory z genderové perspektivy

Genderové aspekty sociální péče jsou v českém prostředí patrné. Hasmanová Marhánková dle svých zkušeností v terénu tvrdí, že se příliš nesešla s muži ve zdravotnických zařízeních poskytujících sociální péči. Z toho vyplývá, že v těchto

zařízeních pečují převážně ženy. Ačkoliv je mužů pečovatelů málo, pokud se na aktivitách objevili, stávali se, dle zkušeností Hasmanové Marhánkové nejaktivnějšími účastníky instituce (Hasmanová Marhánková 2013).

Dudová také tvrdí, že genderové rozdíly v poskytování péče jsou patrné. Převážně proto, že ženy jsou stále ty, které poskytují péči nejčastěji, ať už jde o péči formální, ale také péči neformální. Pečovatelské povinnosti se jim obvykle přisuzují vlivem kulturních předpokladů a stereotypů, podle kterých by: „*ženy měly upřednostňovat potřeby své rodiny a blízkých před svými vlastními osobními zájmy.*“ (Dudová 2015:10). Ženy se zapojují do péče nejen o své příbuzné, ale také o svého partnera a jeho starší rodiče. Dále je důležité zmínit, že se do péče o členy rodiny zapojují převážně ty ženy, které žijí s partnerem. Naproti tomu muži v partnerském soužití nejeví vyšší zájem pečovat o příbuzné, kteří potřebují pomoc (Klímová Chaloupková 2013).

Ve výzkumu Dudové a Volejníčkové (2014) rozhodnutí o domácí neformální péči a přijetí role pečovatelky bylo ženami prezentováno jako samozřejmé, z pocitu dluhu a lásky k opečovávané osobě. Během výzkumu se zjistilo, že přijetí role pečovatelky tak automatické nebylo. Rozhodnutí žen bylo podmíněno několika vnějšími okolnostmi, jako je odchod do důchodu, absence jiného pečovatele, nedostupnost institucionální péče. Zejména placené zaměstnání ovlivňuje rozhodnutí pečovat o svého starého rodiče. Ekonomické faktory jsou totiž největší překážkou pro ženy, které jsou stále na pracovním trhu. Zároveň neformální péče byla možná zpravidla tehdy, kdy s péčí pomáhali i další členové domácnosti. Většinou se jednalo o partnera (manžela) ženy, teprve na druhém místě jsou sourozenci ženy, případně děti. Posledním aspektem, proč mnoho žen přijme roli pečovatelky je nedostupnost jiné alternativy, myšleno kvalitní formální péče. Formální instituce poskytující péči mají totiž na mnoho let dopředu zaplněné kapacity (Dudová, Volejníčková 2014).

Vidovičova a Rabušic ve své studii zmiňují, že je návštěva svého starého rodiče radostí pro ženy, zatímco pro muže je spíše povinností. Dále se intenzita pomoci odlišuje v závislosti na pohlaví, 34 % mužů ku 51 % žen odpovědělo, že pomáhají svým rodičům často. Frekvence pomoci se liší i na základě vzdělání respondentů. Respondenti s vyšším vzděláním odpovídali, že svým starším rodičům pomáhají často. Čeští respondenti se také přiklánějí k tomu, aby v případě potřeby byla seniorům poskytována péče rodinnými příslušníky (partnerem či partnerkou nebo dětmi). Péče pocházející od státních institucí byla až na druhém místě. Z těchto faktorů vyplývá, že je česká populace schopna se o své seniory postarat a hlavně se o ně postarat chce, ale stát by měl vytvořit takové podmínky, aby když to bude nutné, bylo možné přenést tuto zodpovědnost na stát jakožto nouzové řešení (Vidovičová, Rabušic 2003).

Profesor Jeřábek vysvětluje, že vysoká míra ochoty poskytovat domácí péči členům rodiny koreluje nejen s pohlavím (pečují převážně ženy) ale také s vyšším věkem, vyšším vzděláním a bydlením (rodinný dům je pro poskytování péče výhodnější) (Jeřábek 2005; Vaculíková, Vávrová 2019).

### 3.3. Osamělost a sociální izolace

Sociální izolace a osamělost je důležitá nejen pro psychický stav jedince. Dlouhodobá sociální izolace se může projevit na seniorovi po psychické stránce a velmi úzce souvisí i se zdravotním stavem. Izolace je stav, kdy jedinec nemá dostatek sociálních kontaktů a vztahů. Odborníky je dělena na několik typů, avšak pro mou práci postačí definice pojmu všeobecně. Pokud izolace přetrvává delší dobu, může způsobit nemalé psychické problémy.

Je rozdíl mezi izolací (anglicky *isolation*) a osamělostí (anglicky *loneliness*). Sociální izolace je chápána jako objektivní měřítko, zatímco osamělost je subjektivního charakteru a je považována za projev nespokojenosti s nízkým počtem sociálních kontaktů. Izolace bývá někdy označována jako samota, avšak ti, kteří jsou často sami, nemusí být nutně osamělí. Samota může být žádoucí pro daného jedince. Míra osamělosti u starší populace se pohybuje od 20 % do 60 %. Mnoho respondentů uvedlo, že si jsou vědomi toho, že sociální izolace a osamělost se týká starších jedinců. Nejčastějšími důvody izolace ve vyšším věku jsou: osamělý život, zhoršující se zdravotní stav, rozpaky kvůli fyzickému omezení, potíže při pohybu na veřejnosti. Mimo jiné se i zde nachází genderové zabarvení izolace, kdy právě ženy jsou ty, které jsou zranitelnější vůči osamělosti. Tento fakt je způsoben přežíváním svých partnerů a přátel, kteří dříve poskytovali sociální a také emocionální podporu (Hall, Havens 1999).

Perlman a Peplau definují sociální izolaci jako situaci, kdy jedinec žije sám a nemá příliš sociálních kontaktů. Kdežto k sociální osamělosti dochází, když jedinec postrádá smysl v sociální integraci, která mu může poskytnout určitou síť kontaktů a přátel. Samota obecně je tedy nepříjemný stav, kdy síť sociálních kontaktů člověka je malá, a nebo v nedostatečné kvalitě (Perlman, Peplau 1998). „*V důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. (...) Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje.*“ (Dvořáková 2012:14).

Přátelské a rodinné vztahy jsou pro seniora důležité z hlediska stárnoucí populace, pro budování mezigenerační solidarity a odbourávání stereotypů. Analýza mezigeneračních vztahů Vidovičové a Rabušice ukazuje na skutečnost, že senioři nejsou skupinou v české populaci, která by byla na okraji sociálních vazeb. Dle dat z výzkumu

jsou součástí sociálních sítí a kvalita kontaktů (s přáteli i rodinou) se jeví jako příznivá (Vidovičová, Rabušic 2003).

Pokud integrace starších lidí do společnosti nefunguje, senior se může náhle cítit izolovaný a bezmocný. Geront si vytváří svůj vlastní svět uvnitř sebe sama, aby mohl uniknout od toho reálného. Lhostejnost a neangažovanost starší skupiny obyvatel je rizikem sociální izolace (Pacovský 1990).

Motlová ve svém výzkumu uvádí, že většina seniorů dle svého tvrzení má dostatek sociálních kontaktů a necítí se osaměle. Většina je nezávislá na druhých. Dále zjišťuje, že starší a mladší generace nemají příliš vzájemných interakcí a senioři se snaží kontaktu s mladšími jedinci vyhýbat. Nejčastější kontakty mají s rodinnými příslušníky. Celkově má s diskriminací zkušenost 9 % seniorů ze vzorku 1072 respondentů (Motlová 2021).

## 4. Covid-19

V této části textu krátce představím, co je Covid-19, jaké má projevy a jak se šíří, protože Covid-19 přinesl do našich životů velký šok. Pandemie zasáhla celý svět. Zaběhnutá očekávání a jednání se změnila ze dne na den. Změny se dotkly veškerých sfér, ať už ekonomických, sociálních i psychických.

Koronavirové onemocnění (COVID-19) je infekční onemocnění způsobené virem SARS-CoV-2 (World Health Organization 2022).

První případy onemocnění jsou doloženy z konce roku 2019 z čínského města Wuhanu. Na začátku roku 2020 došlo k jeho rozšíření po celém světě a 30. ledna vyhlásila Světová zdravotnická organizace (WHO) stav ohrožení veřejného zdraví. Poté v březnu označila tuto infekci a její bezmezné šíření za pandemii. Pro zpomalení přenosu nákazy Covid-19 byla v mnoha zemích stanovena karanténní pravidla. Epidemie totiž vyvolala vysoké nároky na zdravotnický systém, který byl rázem přehlcený pacienty, kteří vyžadovali zdravotní péči. Navzdory tomu se stále nedaří pandemii zcela podchytit, a tak jediným účinným řešením je postupné, pomalé a regulované šíření do doby, než bude vyvinut účinný lék či vakcína (Trojánec et al. 2020).

## 4.1 Šíření a projevy Covidu-19

Nákazu šíří infikovaný člověk, který buď má příznaky, nebo může být i bez příznaků. K přenosu dochází kapénkami aerosolu až do vzdálenosti dvou metrů. Děje se tomu tak zejména při kašli, kýchání, smrkání, při mluvě a zpěvu. K nákaze z kontaminovaných předmětů dochází zřídka (Chrdle, Dlouhý, Štefan 2021).

Průkaznost infekce koronaviru se dělá prostřednictvím SARS-CoV-2 metodou PCR a metodou antigenního testu. Rychlý antigenní test (RAT) odhalí, pomocí virové bílkoviny, nemocné na vrcholu infekce, kdy je bílkoviny nejvíce. Jejich nevýhodou je nízká citlivost na přítomnost viru v těle. Falešně negativních testů je až 50 %. Výhodou antigenního testu je jejich rychlost a nižší náročnost. Pro odběr vzorku není třeba zdravotnický personál. Oproti RAT je PCR test velice citlivý a přesný. Nevýhodou je finanční nákladnost a delší doba vyhodnocování. Odběr provádí zdravotnický personál a výsledek je zpracován laboratoří (Covid portál 2022).

Negativní výsledek PCR testu může však znamenat pouze to, že vir není přítomný v nosohltanu, ze kterého se odběr provádí, ale může být přítomný v plicích. Testovaný jedinec také může být pouze v inkubační době, a proto se u něj nedetekuje pozitivita (Beneš 2020).

Inkubační doba je 2-14 dní. Nejčastěji se onemocnění objeví 2.-6. den od nákazy. Největším problémem jsou asymptomatictí jedinci, kterých je až čtvrtina. Typickými projevy jsou: kašel (zjištěno ve více jak 50 % případech), rýma, škrábání v krku, dušnost, teplota, bolesti hlavy, bolesti svalů, střevní potíže, nauzea a ztráta chuti či čichu. Čím více lidí nemoc prodělalo, tím více se projevují pozdější možné dopady onemocnění na vnitřních orgánech. Nejčastěji jde o poškození srdce a cév, poškození ledvin (to je umocněno nedostatečným pitným režimem) a plicní embolie. Nemocniční péči potřebuje zhruba 7 % pozitivně testovaných, z toho 6 % lidí potřebuje oxygenoterapii (Chrdle, Dlouhý, Štefan 2021).

## 4.2 Covid-19 v České republice

Přijde mi vhodné nyní shrnout stručný přehled opatření a restrikcí v souvislosti s pandemií Covid-19 v České republice. Chronologii považuji za důležitou i pro praktickou část mé bakalářské práce a pro rozpomínání mých respondentů.

První případy nákazy Covid-19 v České republice jsou z 1. března 2020. Během dvou měsíců bylo pozitivně testováno 9230 osob. Kvůli rychlému šíření viru byl od 12.

března vyhlášen první nouzový stav a díky striktním protiepidemickým opatření nárůst nových případů klesl (Orlíková et al. 2021).

Na začátku března roku 2020 byly uzavřeny veškeré školy na území České republiky. Dále byly uzavřeny veškeré obchody a také služby. Současně byl vyhlášen nouzový stav, který skončil až 17. května téhož roku. Byla povinnost nosit ochranu dýchacích cest v uzavřeném prostoru i venku. Po skončení nouzového stavu v květnu nastává pomalé rozvolňování. Otvírají se na poslední měsíc školy, otvírají se také služby a obchody. V září 2020 opět narůstá počet nakažených. Vrací se povinnost nosit roušky a oficiálně bylo oznámeno, že se nacházíme ve druhé vlně pandemie. Byl vyhlášen další nouzový stav, který má být platný do října téhož roku. Tato opatření byla bezvýznamná a jelikož počty nakažených stále rostly, byl v říjnu vyhlášen lockdown a omezení pohybu. Dále se v říjnu uzavírají opět školy, obchody, služby. V listopadu české nemocnice hlásí vyčerpání kapacit. V prosinci 2020, konkrétně v době před Vánoci, došlo k rozvolnění obchodů. Také bylo schváleno očkování a od ledna 2021 byl spuštěn rezervační systém pro seniory. V únoru roku 2021 Česko hlásí opět plné nemocnice a blížící se lockdown od začátku března postihuje opět celé území České republiky.<sup>3</sup> Zákaz pohybu mezi okresy omezuje styky mezi lidmi. V dubnu 2021 se situace zlepšuje. Otvírají se obchody, služby, ale také školy. V létě se těšíme velkému rozvolnění, pandemie se mírní, počty nakažených klesají. Od této chvíle je nutné se na několika místech (služby, obchody) prokázat platným očkováním nebo certifikátem o prodělání nemoci. V zimě roku 2021 jsou překonány staré hranice v počtu nakažených. Nemocnice jsou zcela zaplněné. Pomáhají hasiči i armáda. V lednu roku 2022 se objevuje nejnakažlivější varianta Covidu-19 omikron, která láme rekordy v počtu nakažených. K březnu roku 2022 uplynuly dva roky od prvního případu nákazy v Česku. Od té doby se v České republice nakazilo přes 3.58 milionu lidí a zemřelo přes 38 000 lidí.<sup>4</sup>

## 5. Senioři a izolace v kontextu pandemie Covid-19

Pandemie Covid-19 zapříčinila zásadní zlom ve společnosti, kdy je po celém světě izolována jedna skupina obyvatel, a to senioři. Opatřeními je vynucován sociální odstup a ochrana starší populace. Avšak samotná sociální izolace může být zdrojem úzkostí a

---

<sup>3</sup> CNN Prima News „*Rok s koronavirem. Připomente si zlomové okamžiky od prvního případu po tisíce obětí.*“ Renáta Bohuslavová, aktualizováno 28.2.2021. [cit 5. 3. 2022] dostupné z: <https://cnn.iprima.cz/prehledne-jak-sel-cas-s-koronavirem-v-cesku-pripomente-si-s-nami-prelomove-udalosti-roku-2020-15346>

<sup>4</sup> Aktualně.cz „*Anatomie selhání: Dva roky v Česku. Během pěti vln zemřelo 39 000 nakažených.*“ Bartoníček, R. a kolektiv, aktualizováno 4.3.2022. [cit 5. 3. 2022] dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/casova-osa-covid/r~fd4c3f7e0ec511eb9d470cc47ab5f122/>



dalších psychických, ale také fyzických potíží (Girdhar, Srivastava, Sethi 2020). V následující kapitole představím jednotlivé studie z několika koutů světa.

Kvůli ochraně seniorů v České republice bylo přijato mnoho opatření. Důvodem těchto opatření bylo, že lidé ve věku 60–65 let mají výrazně vyšší riziko těžkého onemocnění Covid-19 a výrazně vyšší riziko úmrtí než mladší lidé. Přijatá opatření jsou negativního charakteru, protože skupině seniorů byla doporučena jistá omezení, která se nevztahují na jiné skupiny obyvatel ve společnosti. Za pozornost stojí i fakt, že opatření byla doporučena pro jiné věkové kategorie seniorů (65 let u nákupů, 70 let u doporučení nevycházet), což se jeví velice nesmyslné a chaotické, jelikož jsou senioři velice různorodou skupinou (Bílková 2020). A jak už jsem zmínila v kapitole Konceptualizace věku, stáří a stárnutí je rozdíl mezi věkem biologickým a věkem funkčním.

Jaroslava Hasmanová Marhánková v tomto kontextu mluví o rostoucí diskriminaci starších jedinců vlivem Covidu-19. Na občany bylo apelováno, aby brali ohledy na seniory, jako na ohrožené jedince, které je třeba chránit, nejen proto, že je potřebujeme, a proto, že ve vyšším věku je podstatně větší riziko zdravotních komplikací. Problémem ale je, že se mluví k těm druhým, tzv. „k mase starých lidí“. Zde narážíme na otázku, koho tedy společnost za starého jedince považuje a koho ne (Bílková 2020; Hasmanová Marhánková 2021), tento fakt jsem nastínila v kapitole Konceptualizace věku, stáří a stárnutí.

Věk není hlavním kritériem rizika nákazy. Přesto byl právě věk jediným kritériem a hranicí mezi jednotlivými skupinami lidí, která charakterizovala ohroženou skupinu a s tím ruku v ruce nařizovaná opatření na úkor jiných věkových skupin (například vymezený čas nákupu pro seniory). Přitom tato opatření ignorují skutečnost, že riziková skupina je především definována zdravotním stavem, nikoli věkem. Mezi ohrožené jedince patří lidé s: „*oslabenou imunitou, kardiovaskulárními onemocněními či lidé po onkologické léčbě*“ (Hasmanová Marhánková 2021:147).

Dalším velkým problémem je, dle Hasmanové Marhánkové, skutečnost, že se stala předmětem uklidňování veřejnosti právě teze, že na nemoc Covid-19 umírají především starší jedinci. Nezamýšleným důsledkem bylo upevňování představy, že život určitých lidí má potenciálně jinou hodnotu (Hasmanová Marhánková 2021).

Colucci a kolektiv předpokládají nepřímý dopad pandemie Covid-19 na kvalitu života a pohodu seniorů v Kanadě. Jejich výzkum trval 1 rok a byl rozdělený na 3 období zkoumání. První zkoumání kvality života seniorů proběhlo před uzavřením (prosinec 2019), druhé tři měsíce po začátku prvního nouzového uzavírání (červen 2020) a třetí během druhého nouzového uzavírání (únor 2021). Zjistili, že omezení pohybu a sociálního kontaktu mělo negativní dopady na kvalitu života starších jedinců, zejména

se jednalo o zdraví a psychickou pohodu. Většina účastníků během nouzových opatření vnímala svůj zdravotní stav jako méně dobrý. Ke konci izolace se jejich sebevnímání zlepšilo. Největší negativní vliv opatření byl pozorován při prvním uzavření. Autoři však nepozorují rozdíl mezi prvním a druhým uzavřením (Colucci et al. 2022).

Paul a Kaimal (2021) provedli kvalitativní studii v Indii s 10 rodinami. Dle autorů má pandemie Covid-19 za následek sociální a psychologické problémy. Sociální vyvstávají z nedostatku fyzického kontaktu s příbuznými. Uzavření mělo za následek náhlé odpoutání se od všech sociálních aktivit. Dochází také ke změnám v rutinních činnostech, což může ovlivňovat zdraví jedince. Psychologické problémy jsou popsány jako strach z nákazy a z izolace. Senioři se obávají, že pandemie zasáhne jejich nejbližší. Dále mají strach chodit k lékaři a do zdravotnických zařízení. Studie odhalila, že rodinní příslušníci poskytovali starším lidem v pandemii dostatečnou oporu. Autoři ale tvrdí, že v budoucnu dojde k dlouhodobému negativnímu dopadu na zdravotní výsledky u starších osob, které zahrnují negativní psychologické problémy, například zmatenost, úzkost, změny nálad, ale také agresí. Na závěr autoři tvrdí, že Covid přivedl svět do zcela nové dimenze, normalita je minulostí a dnes je tu už nový normál (Paul, Kaimal 2021).

Výzkumnice Shi Yin Chee (2020) provedla 10 polostrukturovaných rozhovorů se seniory v domovech důchodců v Malajsii. Respondenti považovali své tělo za něco omezujícího z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a projevovali obavy opustit zařízení v případě nutného ošetření v nemocnici. Senioři uvedli, že se cítili úzkostní a křehcí, protože se obávali o svou bezpečnost. Někteří zmínili, že se raději vyhýbají interakci s ostatními, což mohlo způsobit pocit osamělosti a frustraci z osobní izolace. Tito jedinci dále díky sociálnímu odstupu začali brát život jako utrpení. Tomuto faktu nepomohla ani situace omezení kontaktu s blízkými. Upírání kontaktu ze strany instituce způsobila, že někteří účastníci výslovně litovali svého rozhodnutí žít v domově pro seniory. Jediným zdrojem informací a rozptýlení byli sociální pracovníci zařízení. Výsledkem byla každodenní monotónní činnost starších jedinců v domově (převážně sledování televize ve společných prostorech). Respondenti zmínili, že se považují za obyčejné starší dospělé, kteří jsou jen uvězněni v přeplněném zařízení. Většině jedincům život v takovém uzavřeném prostředí způsobuje negativní pocity. Na závěr je třeba zmínit, že účastníci popsali život s Covidem jako nový normál (Shi Yin Chee 2020), což je fakt, který je shodný s případem výše, viz Paul a Kaimal (2021).

Pod záštitou Western Carolina University se uskutečnil kvalitativní výzkum, kterého se zúčastnilo 43 respondentů starších 65 let. Autoři se zabývali vnímáním rizika Covid-19, zvládání pandemie a emocemi seniorů. Celkově bylo emocionální zdraví ovlivněno pandemií Covid-19 negativně. Nejčastějšími problémy byly strach, osamělost a úzkosti. Většina respondentů se považovala za velice rizikové a nejčastějším důvodem

byl zhoršený zdravotní stav. Senioři, kteří se vnímali jako vysoce riziková dodržovali stanovená opatření, aby se před virem ochránili. Mezi taková preventivní opatření patří: sociální izolace (která může negativně ovlivnit duševní zdraví), hygienické návyky, nošení roušek a rukavic. Většina respondentů podporovala svou imunitu cvičením, zdravou stravou a vitamínovými doplňky. Autoři také zjistili, že se respondenti záměrně vyhýbali médiím (Goins et al. 2021).

Další pohled na osamělost a pocity starších jedinců během pandemie v Americe poskytla Holaday s kolektivem (2021), kteří do výzkumu zahrnuli i roli etnicity. Výzkum probíhal v létě 2020 a účastnilo se ho přes 8 000 respondentů. Od začátku pandemie 22 % respondentů uvedlo zvýšenou osamělost a smutek. Míra osamělosti a smutku byla vyšší u žen (potvrzují Havens a Hall 1999, viz výše). Vyšší míra osamělosti byla také zaznamenána u jedinců, kteří měli přístup na internet. Tento jev značí, že média mohou ovlivňovat vnímání jedince. Co se týká etnicity černoši a hispánci necítili takové omezení sociálních kontaktů a izolaci jako běloši. U černošských obyvatel může mít vliv častá účast na náboženských aktivitách a také pobyt v několikageneračních domech. Autoři také zjistili, že pravidelná primární péče může pomoci zmírnit pocity osamělosti a sociální exkluze (Holaday et al. 2021).

Ve Velké Británii se uskutečnil výzkum se 1364 účastníky starších 60 let a jejich rodinami. Výzkum trval od srpna do září roku 2020 a cílem bylo zjistit, jak pandemie ovlivnila fyzické a duševní zdraví starších lidí. Jedinci, kteří na tom nejsou zdravotně nejlépe, uvedli, že je pro ně období pandemie velice náročné. Studie zjistila, že mnoho starších osob (1 ze 3 respondentů) trpí úzkostmi, převážně z toho důvodu, že jsou si vědomi ohrožení virem. Mnozí se báli vycházet ven. Respondenti také uvedli, že nemají energii a ani motivaci pro každodenní činnosti, které prováděli před pandemií, péči o domácnost počinaje. Z tohoto důvodu se obávali, že se jejich životy už nikdy nevrátí do normálního, předpandemického stavu. Největším problémem, který odhalila studie, je stud starších jedinců přiznat si své obtíže a případně požádat o pomoc (AgeUK 2020).

Ve výzkumu provedeném v roce 2020 ve Švýcarsku se autoři zabývali důsledky opatření proti Covidu-19 a jaké nezamýšlené důsledky mohou mít zejména pro starší jedince, jejichž názory jsou často upozadované (Falvo, Zufferey, Albanese, Fadda 2021). Kvalitativní studie se účastnilo 19 respondentů starších 64 let. Respondenti v první vlně uzavírání cítili napětí a strach, zejména se báli opustit svůj dům a vysvětlovali, že cítili silný pocit izolace. Většina účastníků srovnávala jejich stav se stavem vězňů. Několik seniorů zmínilo, že mají strach z nemoci jako z neznámého cizince. Polovina respondentů předpokládala, že důsledky této izolace a nedostatek sociálního kontaktu mohou mít vliv na jejich fyzické i duševní zdraví, včetně depresí a osamělosti. Dále byl několikrát zmíněn hněv ve vztahu k institucím, které nejsou schopné zajistit stanovená pravidla a opatření a dále hněv vůči jedincům, kteří jsou k této

situaci lhostejní. Jako další důležitý fakt je třeba zmínit, že většina účastníků se necítila zranitelně a zároveň nesouhlasila s tak striktními omezeními jaká byla stanovena úřady země. Respondenti byli také značně nespokojeni s tím, že jejich názor nebyl nikdy zohledněn před implementací opatření. Vlivem těchto omezení byli senioři identifikováni jako riziková skupina, což v nich vyvolalo silný pocit stigmatizace. Autoři v závěru zmiňují, že mezi jednotlivci v pozdním věku jsou interindividuální rozdíly. Bez ohledu na věk chronologický se respondenti nespojovali s ohrožením, zranitelností a ani křehkostí. Senioři chtěli i nadále žít aktivním životem a věnovat se seberozvoji (Falvo, Zufferey, Albanese, Fadda 2021).

Rakouská studie od Heideger a Richtera (2020) poskytuje přímé srovnání osamělosti seniorů před pandemií a během pandemie. Celkem bylo náhodně vybráno 888 respondentů (444 dotazovaných před pandemií a 444 během pandemie) z celkového počtu 2563 respondentů. Většinou respondenti uvedli, že se cítí zdraví. Pocit osamělosti se během prvních měsíců pandemie zvýšil, ale přesto se respondenti necítili příliš osaměle. Tento fakt může být způsoben tím, že více než polovina respondentů (54 %) žila alespoň s jednou další osobou (Heideger, Richter 2020).

Z dosud realizovaných studií vidíme, že názory a zkušenosti seniorů s pandemií jak z Evropy, Asie, ale také Ameriky se příliš neliší. Většina respondentů dodržovala nařízená opatření. Vlivem omezování sociálních kontaktů se však cítili izolovaní, osamělí a křehcí. Pandemie zanechává i zdravotní následky, počínaje psychickými problémy, například deprese a úzkosti. V kontextu těchto realizovaných studií mě zajímalo, jak senioři v České republice interpretují každodennost během pandemie, zda pocítují izolaci a zda se cítí být ohroženi koronavirem. Zajímal mě také přístup ke zdraví seniorů a dále jejich přístup k sebepéči v době pandemie.

## **Praktická část**

## 6. Metodologie

### 6.1 Cíl výzkumu

Záměrem mé práce je zjistit, jaká je žitá zkušenost seniorů v době pandemie a jaké významy přikládají svému zdraví a péči o něj v kontextu restrikcí a sociální izolace. Tento cíl lze rozčlenit do několika dílčích cílů. Mým prvním dílčím cílem je uchopit každodennost seniorů v době pandemie tak, jak ji oni sami interpretují z hlediska trávení volného času a každodenního řádu. Druhým dílčím cílem je porozumět jejich sebepéči a vnímání vlastního zdraví. Zajímala jsem se tedy i o to, jakým způsobem senioři podporují svou imunitu, zda jsou aktivní, nebo zda chodí k lékaři či se mu během pandemie vyhýbají. Posledním dílčím cílem je porozumět, jak hodnotí dříve platné stanovené restriktce a případně omezení kontaktů a způsobenou izolaci.

### 6.2 Metody sběru dat a vzorek

Pro mou bakalářskou práci bylo realizováno 10 rozhovorů, z nichž 2 rozhovory byly uskutečněny s klientkami domova pro seniory v Plzni. Jeden rozhovor navíc byl uskutečněn s pečovatelkami domova pro seniory. Mého výzkumu se celkem zúčastnilo 7 žen a 3 muži. Většina rozhovorů byla uskutečněna od prosince 2021 do ledna 2022. Kritérium pro výběr respondentů byl věk 65 let a více a druhým kritériem bylo místo pobytu v Plzeňském kraji. Tyto podmínky splňují všichni oslovení. Respondenti byli informováni, že veškeré rozhovory budou anonymizované, tudíž nikde nebudou uvedena jejich jména a ani kontakty. Zároveň jsem obdržela souhlas využívat rozhovory výhradně pro mou bakalářskou práci. Rozhovory byly polostrukturované a trvaly v rozmezí od 8 do 30 minut. To, zda byly uskutečněny osobně, případně pomocí online platformy, si zvolili sami respondenti. Osobně se uskutečnilo 5 rozhovorů, díky online platformě jich proběhlo také 5. Dále jsem oslovila o spolupráci nejmenovaný domov pro seniory v Plzni. V lednu 2022 mi pak byly umožněny (v rámci veškerých opatření) 2 polostrukturované rozhovory s klientkami a také, jak už bylo zmíněno, krátký rozhovor s pracovníci domova. Veškeré rozhovory byly po souhlasu respondenta nahrávány a následně přepsány do písemné podoby. K jednotlivým rozhovorům byly taktéž přidány mé terénní poznámky.

Pro svou práci jsem zvolila dva vzorky respondentů. První vzorek byla široká veřejnost, která se o sebe dokáže postarat sama, případně má ve svém okolí někoho, kdo jedinci s péčí, případně s jinými starostmi každodenního života pomáhá. Jedná se o 8 respondentů:

1. Respondentka 79 let, bydlí v rodinném domě s dcerou, ale samostatně
2. Respondentka 75 let, bydlí s manželem v rodinném domě
3. Respondentka 72 let, bydlí se synem v rodinném domě
4. Respondent 75 let, bydlí v rodinném domě s rodinou pohromadě
5. Respondentka 82 let, bydlí v bytě
6. Respondent 66 let, bydlí s partnerkou v rodinném domě
7. Respondentka 67 let, bydlí s manželem v rodinném domě
8. Respondent 70 let, bydlí s manželkou v rodinném domě

Druhý vzorek tvořili dvě respondentky z domova pro seniory na území města Plzně.

1. (č. 9) Respondentka 86 let
2. (č. 10) Respondentka 81 let

Jeden rozhovor navíc byl ještě uskutečněn s pracovnící daného domova pro seniory. Dotazovala jsem se na provedené změny v instituci během pandemie. Dále jestli pozorují změny v chování klientů a také mě zajímalo, jak je to ve skutečnosti s poskytovanou pomocí v době největších vln koronaviru.

Rozhovor pro první vzorek respondentů<sup>5</sup> byl tematicky rozdělen na 3 části. První, nejkratší část, se týkala představení respondenta, kde jsem se ptala na věk, dosažený stupeň vzdělání a na to, s kým geront bydlí a kde (byt/dům). Ve druhé části rozhovoru jsem se dotazovala na otázky týkající se pandemie Covid-19. Třetí, poslední část polostrukturovaného rozhovoru, tvořilo téma zdraví. V této části mě zajímalo, jak vnímají senioři své zdraví v kontextu pandemie a také jak o své zdraví pečovali.

Témata rozhovorů s druhým vzorkem respondentů<sup>6</sup> se lišila s ohledem na jejich zkušenost života v instituci. V první části jsem položila několik otázek pro představení respondenta. Druhá část se týkala pandemie Covid-19 a života v instituci. Kromě běžného dne seniorů v instituci mě zajímalo, jak se omezení samotné instituce dotýkají jejich klientů. Ve třetí, poslední části, je struktura otázek podobná jako v případě otázek pro první vzorek respondentů. Otázky se týkaly zdraví respondentů.

---

<sup>5</sup> Viz příloha č. 1

<sup>6</sup> Viz příloha č. 2

Zajímalo mě:

- Změnil se způsob života seniorů během pandemie v kontextu sociální izolace?
- Jaké významy přikládají senioři svému zdraví a péči o něj v pandemii?
- Považují se senioři sami za rizikovou skupinu?
- Jak vnímají senioři pandemii Covid-19 a restriktce jím způsobené?
- Liší se vnímání pandemie seniorů v instituci oproti seniorům, kteří jsou doma?

Témata, na která jsem se obecně během rozhovorů zaměřila a která byla zmíněna: každodennost seniorů, sociální izolace, vnímání médií, souhlas starší generace s očkováním, zdraví seniorů a péče o něj během pandemie. Vzhledem ke stanoveným cílům mé práce se v praktické části nebudu výrazněji zabývat tématem očkování.

## 6.3 Analýza

Díky polostrukturovaným rozhovorům jsem měla možnost dostatečného nazření na problematiku „Senioři a pandemie v kontextu zdraví a sociální izolace“ do hloubky. Respondenti měli dostatečnou volnost k vyjadřování svých pocitů a názorů na daná témata. Jednotlivé rozhovory byly zaznamenávány, po informovaném souhlasu, na tablet Lenovo, později kvůli problémům se zvukem z tabletu na mobilní telefon Xiaomi. Veškeré rozhovory byly přepsány do písemné podoby a vytisknuty. Následovalo kódování, při kterém jsem barevně vyznačila podobná témata a názory a připsala jsem k jednotlivým pasážím příslušná hesla.

## 7. Každodennost seniorů v době pandemie

Co se týká každodennosti, u většiny respondentů se ve svém šetření setkávám s tím, že ovlivnění běžného dne pandemií negují. Opravdu ale nebyla jejich každodennost narušena? Nejen na tuto otázku jsem se během rozhovorů zaměřila. Nejčastějším programem respondentů během dní v pandemii byly běžné domácí práce (úklid, vaření atd.), a aktivity jako čtení novin či sledování televize, čtení knih a trávení volného času venku, ať už se jedná o procházky či činnost na zahradě nebo na chatě. Často byl zmiňován i odpolední odpočinek například po obědě. Respondenti nevykazovali nechuť ke každodenním aktivitám, jako tomu bylo ve výzkumu AgeUK (2020). Respondentka č. 7 uvádí: „*No tak nejdřív se vyspíme, pak si hezky přečteme noviny, mezitím teda uvaříme, naobědváme se, dáme si dvacet po obědě, to je takový*



*pravidelný naše a pak jsme jezdili do lesa pracovat“*. Dle Paula a Kaimala (2021) se každodennost seniorů během pandemie změnila. Tuto skutečnost já ve svém výzkumu potvrdit nemohu, co se týká respondentů z široké veřejnosti. Každodenní rutiny seniorů zůstávají, dle výpovědí, v koronavirové krizi povětšinou neměnné. Malé změny a omezení se týkaly například vymezeného času pro nákup.

Zatímco každodennost seniorů, kteří bydlí sami a jsou schopni se postarat sami o sebe, případně vyžadují jen menší pomoc, je vesměs beze změny. Seniori, kteří žijí v domově pro seniory, změnu všedních dní pociťují. Obě respondentky z domova pro seniory zmiňují, že ačkoliv je v instituci režim, který je pravidelný, mnoho aktivit bylo vlivem koronaviru pozastaveno či úplně zrušeno. Některé činnosti byly pozastaveny i z důvodu absence zaměstnanců. Sama pečovatelka zmiňuje omezení společenských aktivit v domově a také možné psychické strádání klientů vlivem nedostatku těchto aktivit. Na nedostatek aktivit obecně si ale respondentky v instituci explicitně nestěžují. Hovoří o tom, že se pořád něco děje, a že jsou s chodem instituce naprosto spokojené. Respondentka č. 2 žijící v instituci vypověděla: „*No, je tady určitej režim a ten mi vcelku vyhovuje (...) Chodila jsem na to Bingo, to je taková hra prostě, bohužel teďka to není zase díky tomu koronaviru nešťastným.*“ Dalším faktorem, se kterým jsou obě klientky domova pro seniora spokojené je osobitý a hlavně pozitivní přístup personálu. Více se o instituciální péči rozepíši v kapitole Zdraví a péče seniorů v době pandemie.

Chod instituce jako takové byl pandemií, dle mých předpokladů, zasažen. Díky rozhovoru s pracovnící domova pro seniory jsem měla možnost nahlédnout do změn a následků, které byly způsobeny pandemií. Největším problémem byl náhlý pokles zaměstnanců, ať už z důvodu odchodu, či nemoci. Z důvodů nedostatku personálu bylo několik aktivit v instituci pozastaveno, nebo úplně zrušeno, jak už jsem zmínila výše.

V neposlední řadě se v tématu každodennosti nabízí zmínit, že většina respondentů působila velice pozitivně, navzdory probíhající koronavirové krizi. Nikdo z respondentů nebyl pandemií zasažen natolik, aby ztratil pozitivního ducha a chuť do života. Dle klasifikace seniorů Františka Tvaroha (1984) tudíž byla většina mých respondentů biofilního charakteru, tedy, že stáří berou jako přirozenou součást života. Dle druhého dělení, od profesora Pacovského (1990), se jedná, v případě mých respondentů, převážně o konstruktivní model přijetí stáří seniora (viz podkapitola Stáří).

## 7.1 Sociální kontakty a izolace v kontextu pandemie

Sociální izolace vyvstala z analýzy dat jako nejčastěji zmiňovaný problém, jenž zasáhl seniory během pandemie. Ačkoliv sami respondenti zmiňovali, že se pandemií necítí izolovaní, jejich výpovědi a příběhy značí něco jiného. Z tohoto důvodu jsem si dovolila tento jev nazvat „nevědomá izolace“, kdy si respondenti neuvědomují, jak moc je pandemie ovlivnila a omezila, co se týká sociálních kontaktů a každodennosti. Také je možné, že tuto skutečnost respondenti skrývali pouze přede mnou, jakožto zcela cizí osobou. Na druhou stranu mohu říci, že jejich odpovědi byly velice rychlé a jednoznačné. Proto si nemyslím, že by měli potřebu mi takovou informaci zatajit a jejich reakce tomu nenasvědčují. Dalším faktem je, že většina respondentů z mého výzkumu nežije sama. Tato skutečnost také může mít vliv na pocity sociální izolace a osamělosti. Jedna respondentka zmínila, že se sice izolovaná cítila, ale že se tak cítí pořád, protože žije sama. Pandemie koronaviru tudíž neměla na tuto respondentku, dle jejích slov, zvláštní dopady týkající se izolace. Většina z dotazovaných uvedla, že se necítí izolovaně. Ale všichni respondenti (včetně klientek domova pro seniory) uvedli, že se snažili buď vyvarovat kontaktu s ostatními lidmi, nebo že omezili kontakty jak s rodinou, tak s přáteli. Respondentka č. 3 uvedla: „*Nechodila jsem moc do společnosti, jenom nakoupit (...)* Stýkala jsem se jen s rodinou, ale jen blízko rodinou syn, dcera, vnoučata.“ Respondentka č. 7 se k izolaci a omezení kontaktů vyjádřila takto: „*Jako vyloženě nechodíme schválně mezi lidi, toho jsme se jako vyvarovali celou tu dobu (...).* Na jaře, to jsme se taky s těma dětma teda jako nevidali, protože aby jsme se teda, spíš aby nás oni nenakazili, zase voni chodili do práce, že jo, do škol...“ Zde můžeme vidět mnou výše zmíněnou „nevědomou izolaci“.

Pandemie měla největší dopad na osobní setkávání přátel, které bylo zcela upozaděno. Tento jev jsem zpozorovala u necelé poloviny mých respondentů, kteří přátelské kontakty udržovali skrze mobilní telefony a hovory na dálku. Telefonní hovory nahrazovaly také fyzický kontakt s rodinou. Kdyby tu nebyla možnost telefonické komunikace, respondenti by, troufám si říci, pociťovali izolaci o mnoho více. Ke znatelnému omezení sociálních kontaktů docházelo během největší krize na podzim roku 2020 a v roce 2021, kdy ještě nebylo zcela jasné, jakou hrozbu Covid-19 představuje pro zdraví populace. Přibližně polovina respondentů uvedla, že během setkávání s rodinnými příslušníky dodržovali doporučená opatření v podobě rozestupu 2 metrů, nasazených respirátorů či přímo setkávání venku na čerstvém vzduchu.

O podobné zkušenosti vyprávěla rovněž respondentka z domova pro seniory v Plzni. Ačkoliv to nebylo řečeno přímo, díky pracovníci domova pro seniory a také z výpovědi první respondentky z dané instituce vím, že klienti se mohli vídat s návštěvou jen za dodržování přísných opatření a v té největší krizi byl kontakt nemožný úplně. Jak jsem uvedla výše, ani klientky domova pro seniory se necítily

izolované, ačkoliv se musely podřídit omezením instituce. Respondenti uváděli, že v současné době<sup>7</sup> už nedávají takový zřetel na doporučení vlády, co se týká vyhýbání se sociálním kontaktům. Na začátku pandemie však kontakty omezili z důvodu, že o Covidu-19 ještě nikdo neměl příliš informací, a tudíž volili strategii předejít nákaze.

Respondent č. 6 říká: „...Hodnotil jsem to tak, že celej svět o tom nic neví, nikdo jako, bylo to něco novýho, tak se člověk snažil dodržovat to, co nařídili, že je to asi možnost, jak se tomu vyhnout, a nebo to zmírnit.“

Zajímavým jevem, který se objevil v několika případech, byla nařízená izolace seniorů svými blízkými, případně institucí. Jedna respondentka měla zakázáno chodit na běžný nákup, z důvodů obav rodiny o její zdraví a případnou nákazu Covidem-19, přestože se sama necítí ohrožená. Ve své výpovědi naznačila, že s nařízením rodiny nesouhlasí. To navíc zdůvodnila tím, že Covid již prodělala. Další respondent byl rodinou izolován a přesunut do jedné místnosti v domě v momentě, kdy byl nakažený a průběh označil za mírný. Respondent č. 4, se dle jeho slov cítil: „jako kdyby mě vydělili“. Dále zmínil, že: „naštěstí mám hodnou vnučku, že mi zprovoznila televizi přes tablet“. Zde se znovu ukazuje, jak důležitou roli hrají média pro seniory v době pandemie. Také se zde jeví fakt, že nařízená opatření mohou mít vážný dopad na podobu vztahů v rodině. Izolovány byly také respondentky z domova pro seniory, a to právě díky nařízením instituce v době největších vln koronaviru. Jednotlivá omezení a vlny koronaviru jsem zmínila v podkapitole Covid-19 v České republice. Tyto respondentky z domova pro seniory se však v době rozhovoru izolované necítily. Dále v době rozhovoru zmínily, že se s rodinou vídají často a také si i často volají. Respondentka č. 1 z instituce tvrdí: „Ve středu a v neděli jsem u nich celý den. (...) Necítím se izolovaná, já si můžu chodit, můžu chodit ven, ovšem já musím jediné s doprovodem, už nemůžu sama, no ale o mě se staraj ti chlapci moji. (...) Každý večer mi volají, no a i vnučata a mám i pravnoučata, tak se spolu vídáme a v neděli všichni.“

Co se týká nařízených opatření, všichni respondenti s nimi souhlasili a na první dotázání jim tato opatření nepřišla nijak přehnaná. Po delší rozpravě ale respondenti vykazovali nespokojenost, a to jak s omezením cestovat mezi okresy, tak nákupy v určitou hodinu, či s povinností nosit respirátor venku v zimě. Opatření a restrikce přijdou několika respondentům jako nesmyslná a zbytečná. Respondentka č. 5 uvedla s velmi našťavaným tónem hlasu: „No a nejhroší to bylo pak když zavřeli ty okresy ne, protože my jezdíme na Plzeň-Sever vlastně no, a tak tam to nešlo ject ani na hřbitov, ani na Plzeň-Jih za rodinou, to se mi teda jako nelíbilo, vyloženě to bylo jako neskutečný (...) Vadí mi ještě ty roušky, se pod tím potím, když třeba je zima jo, jak to fouká, tak to není moc příjemný, ale co se dá dělat“. Respondentka z domova pro seniory svůj

---

<sup>7</sup> V době rozhovorů, prosinec 2021 až leden 2022

nesouhlas vyjádřila v kontextu nařízení domova, který ovšem také musí uposlechnout nařízení vlády: „*Myslím si, že někdy jsou ty nařízení, který musí uposlechnout vedení domova nelogický, prostě, že to člověk nechápe, jak může takový nařízení být, ale bohužel, musí se respektovat(...)*“ Pokud chtěla přijít návštěva za klienty domova pro seniory, musela se podřídit již zmíněným restrikcím (respirátory, očkování, negativní test na Covid, rozestup 2 metry a více, ochranné pláště atd.). Z výpovědi pracovnice domova mohu říci, že se frekvence návštěv klientů lehce snížila. Což může být zapříčiněno tím, že návštěvníci si byli vědomi možného ohrožení zdraví seniorů a jejich křehkosti, a tudíž je nechtěli ohrozit. V době největších restrikcí a lockdownů nesměl nikdo ven ani dovnitř instituce. Avšak ti, co chtěli své příbuzné navštívit, přišli alespoň, dle výpovědi pracovnice domova pro seniory, pod okna klientů či na terasu.

Další věc, kterou je třeba zmínit je ochota přizpůsobit se a uposlechnout nařízení vlády ohledně stanovených restrikcí. Ačkoliv respondenti, jak jsem již zmínila, vyjádřili nesouhlas s opatřeními, opatření jim přijdou leckdy zbytečná a neopodstatněná, tak se vyskytovali ad hoc komentáře typu: „No, co se dá dělat“, případně i v hlasech respondentů bylo slyšet, že se raději podřídí. Respondenti sice cítili tlak veřejnosti a vlády, že je potřeba chránit starší a ohrožené jedince, ale sami se tak necítí, a tudíž považují restrikce za omezující a v některých případech nesmyslné.

## **7.2 Vliv médií na pocity ohroženosti a prožívání pandemie**

Média jsou bezpochyby největším zdrojem informací o pandemii Covid-19. Jak uvedla Holaday et al. (2021) média v době pandemie mohou ovlivnit jedincovo vnímání. Mí respondenti trávili nejvíce času převážně u televizních programů (převážně zpravodajské relace), rádia či novin. Někteří respondenti zmínili, že mají média zapnutá celý den a jiné zdroje informací si nevyhledávají. Těžko říci, zda nezájem o dohledávání zpráv a dat je způsobeno přesycením informacemi o pandemii, nebo prostým nezájmem dohledávat si jiné informace. Tato zjištění odporují americkému výzkumu (Goins et al. 2021), ve kterém autoři zjistili, že senioři se médiím zcela vyhýbají. Respondenti v mém výzkumu také vůbec nezmiňovali internet jako možný zdroj dat. Je možné, že ne všichni jedinci jsou natolik technologicky zdatní, aby toto médium použili. Toto jednání může způsobit jednostranný pohled na situaci a zkreslení informací, a tím pádem se jedinci mohou cítit ohroženě. Více než polovina respondentů uvedla, že v médiích je až „přehnaná“ informovanost o Covidu-19. Myslím si, že respondentka č. 10 celou tuto situaci vystihla a zastřešila, když tvrdí: „...*Mám trošku výhrady, myslím si, že se to přehání v jednostrannosti, že prostě si zvykli (pozn.: média) informovat ukazováním stříkaček a injekce, že toho je moc, to negativně působí na psychiku, prostě podle mě to není pravý ořechový, tak jak se to provozuje (pozn.: kampaně během pandemie na*

*nutnost očkování a dodržování restrikcí apod.), a to myslím televize všechny, nejenom ty, co mají reklamy, ale i jedničku.“*

O určité „přehnané“ informovanosti hovořil i další respondent, který daný jev interpretoval jako nevýhodu demokratického režimu: „... *Co se týče novinářiny, když si pustíte televizi, když si pustíte rádio, že je to prostě hrůza jako jo, jeden řekne tohle, druhý řekne tohleto, (...) mě se tohle nelíbí, nevím, jestli je to taková ta stinná stránka tý demokracie, ale asi jo, že si každéj může říct, co chce.“*

Co se týká pocitu ohroženosti seniorů, několik respondentů uvedlo, že se necítí ohroženě, protože ví, že sami nikam nechodí, a tudíž je nákaza u nich velice nepravděpodobná. Možné nakažení například v obchodě či u lékaře si tito respondenti neuvědomovali. Na druhé straně jedna respondentka (č. 5) vyprávěla o zkušenosti, kdy se bála přenosu nákazy skrze balkon v době, kdy její sousedi byli nakažení. Tyto obavy může vysvětlovat množství informací z médií, které respondentka měla, neboť dle jejích slov, sledovala televizi či poslouchala rádio téměř pořád. Tato respondentka ale přímo na mou otázku, zda se cítí ohrožená, tvrdila, že se ohrožená necítí díky očkování.

Někteří respondenti už Covid-19 prodělali a díky jisté imunitě po prodělání nemoci se necítí ohrožení. Tento fakt zmiňuje přímo jedna respondentka (č. 3), která měla velmi vážný průběh onemocnění a po takto silném průběhu a minulých hospitalizaci usuzuje, že ji koronavirus už nezasáhne. Jiní respondenti naopak zmínili, že spoléhají na imunitu vzniklou očkováním. Dále respondenti potvrdili, že se ohrožení cítili na začátku pandemie, ale v době rozhovorů už nikoli. Tento jev může být způsoben větším počtem informací o samotném koronaviru, zkušenostmi samotných seniorů a také poklesem nakažených jedinců či úmrtí. Ráda bych zmínila, že z provedených rozhovorů vyplývá jistá důvěra seniorů k očkování, přestože samo o sobě nevylučuje nákazu.

Respondenti také uvedli, že strach nemají ani tak příliš o sebe, jako o své blízké. Tady bych ráda odkázala na Paula a Kaimala (2021), kteří zmiňují ve výsledcích svého výzkumu to samé. Seniori mají vlivem koronaviru větší obavy o své nejbližší než o sebe. V mém výzkumu se jednalo o velice nemocného člena rodiny. V dalším případě se jednalo o vnučata respondentky, tedy jak pandemie zasáhne svět a chod ve státě samotném: „*Obavy mám, víte o koho? Já mám 7 pravnoučat (...) mám obavy z toho, v čem budou žít, protože nikdo neví, jak bude působit očkování na děti, politika je na nic, z toho je mi někdy špatně, co se dokáže u nás dít.“*

Někteří respondenti také uvedli, že každý má volbu, jak se bude chovat, co udělá proto, aby se ohroženě necítil. Respondent č. 4 říká: „*Já si myslím, že každéj má možnost, aby o sebe pečoval tak, aby ohroženej nebyl (...)* Jestli teda budu sedět a budu čekat až mě něco napadne, jestli chytanu virus nebo nechytanu, jo, člověk se tomu musí

*nějak postavit, jo.*“ A respondentka č. 2 žijící v instituci zmiňuje: „*Je v moci každého člověka, aby se tak necejtíl, každéj máme stejný možnosti a stejně je můžeme využít, že to některý lidi nedělají, že se prostě chovají, promiňte mi, jako dobytek a to i tady (pozn. v instituci).*“ Tato výpověď mi přijde zajímavá z toho hlediska, že právě respondentka, která žije v domově pro seniory, který má jistý řád a omezení, smýšlí tímto způsobem. Každý z nás má stejné možnosti a stejné způsoby, jak se chránit před Covidem-19, a opravdu záleží na každém jedinci, jak je využije a jak se k celé situaci postaví.

Z mého výzkumu respondentů žijících v instituci a seniorů z široké veřejnosti vyplývá, že Covid-19 vnímali velice podobným způsobem. Pobyt v instituci neměl výraznější vliv na odlišné vnímání pandemie. Závěrem této kapitoly bych ráda shrnula, že média měla malý vliv na pocity ohrožení některých respondentů, ačkoliv byla hlavním zdrojem informací o pandemii. Většina se necítila ohrožená, díky několika faktorům, jako je prodělání nemoci, či jiná vlastní zkušenost seniora, dostupnost více informací o koronaviru a podobně. S ohledem na tato fakta mohu říci, že respondenti sami se nepovažují za rizikovou skupinu, ačkoliv je takto média prezentovala. Jak jsem nastínila v teoretické části (viz Gerontologie), společnost seniory vnímá jako křehké bytosti, ale sami senioři, se dle mého šetření takto necítí. Tuto skutečnost rozvedu v následující kapitole „Zdraví a péče seniorů v době pandemie“. Senioři se převážně vnímají za zdatné jedince, kteří jsou fit a jsou povětšinou nezávislí (srov. Čeledová et al. 2016; Holmerová et al. 2014; Příbyl 2015), tedy že se dokáží postarat sami o sebe.

## **8. Zdraví a péče seniorů v době pandemie**

V následující kapitole představím, jak senioři vnímali své zdraví v kontextu pandemie a jak samotní senioři zacházeli se svým zdravím. Jestli jsou zdraví či nikoli. Zajímalo mě, jak senioři pečovali o své zdraví v době pandemie, zda byli aktivními a posilovali svou imunitu či nikoliv. V poslední kapitole také krátce zmíním, jak Covid-19 ovlivnil jejich přístup k institucionální péči.

Ještě je třeba uvést, že péči institucionální zmíním zvlášť. Klientky domova pro seniory nebudou zahrnuty do respondentů z široké veřejnosti v podkapitole Péče seniorů v kontextu pandemie.

## 8.1 Zdraví seniorů v době pandemie

Co se týká zdraví, většina mých respondentů se potýká se zdravotními komplikacemi, jako jsou: cukrovka, vysoký krevní tlak, zhoršený zrak, bolesti. Tyto změny a faktory stáří jsem zmínila v první kapitole teoretické části. Většina respondentů odpověděla na mou otázku, jak vnímají své zdraví a jak se cítí, že se cítí „úměrně k věku“ nebo „dobře na svůj věk“. Zde opět mohu odkázat na teoretickou část mé práce. Věk je v myslích, troufám si říci, nejen seniorů zakotven tak, že čím více je vám let, tím horší to bude a už se to nikdy nezlepší. Ale jak jsem zmínila v podkapitole Věk, každý jedinec má jiný věk kalendářní a věk funkční. Každý jedinec chápe a cítí svůj věk jinak. Nasvědčují tomu i další odpovědi respondentů, kteří dále tvrdí, že se cítí velice dobře, navzdory tomu, že ve světě probíhala pandemie Covidu-19, která je prezentována tak, že postihuje převážně starší jedince.

Někteří senioři byli však vůči svému zdraví velice lhostejní. Jeden respondent (č. 6) žertoval o tom, že je nemocný jen, když přijde z hospody, přitom v průběhu rozhovoru se ukázalo, že se institucionální péči obecně vyhýbá. Dále několik respondentek tvrdilo, že jsou zdravé a ve svém věku své zdraví nijak nepodporují (například vitamíny). Jiný respondent (č. 8) se zase nezajímal o to, jaké léky bere a čemu pomáhají, protože se přece cítí dobře. Cítit dobře se sice může, ale co když na to mají vliv právě předepsané léky? Tento fakt může svědčit o jisté pasivitě respondenta ve vztahu ke konzumaci léků, nedostatečné informovanosti a zároveň odkazovat na rostoucí vliv medikalizace (Conrad 1992).

Z mého výzkumu vyplývá, že Covid-19 zdraví seniorů významně neovlivnil a ve srovnání se zjištěním autorů Colucci s kolektivem (2022), si neuvědomují možné zdravotní ohrožení či oslabení koronavirem. Colucci s kolegy tvrdí, že se sebevnímání a zdraví seniorů koncem třetího období zkoumání (během druhé vlny uzavírání – únor 2021) zlepšilo. Tuto skutečnost mohu také potvrdit, jelikož senioři v mém výzkumu uváděli, že „teď už se cítí dobře“. Co se týká psychického zdraví jedince, nikdo neměl a nevykazoval sebemenší psychické problémy. Zde se naskytuje otázka, zda to respondenti nechtěli zmiňovat před cizí osobou, nebo zda to je skutečně tak. Pandemie na mých respondentech, podle jejich slov, nezanechala žádné zdravotní ani psychické následky. Mé zjištění je v rozporu s tvrzením Paula a Kaimala (2021) kteří tvrdí, že pandemie Covid-19 má za následek, mimo jiné, zhoršení duševního zdraví.

## 8.2 Péče seniorů v kontextu pandemie

V podkapitole Péče jsem uvedla tvrzení docentky Dudové, jenž tvrdí, že poskytovatelé péče jsou převážně ženy. Tento jev mohu ve svém šetření potvrdit. Většina respondentů, pokud měla v rodině ženu (dceru, vnučku, partnerku), uvedla, že se o seniora starala právě žena a případně rodina ženy. S úmyslem píši, pokud měl respondent v rodině ženu, protože jsem se setkala se dvěma respondentkami, které měly pouze syny, nebo partnera, kteří jim poskytovali potřebnou péči a pomoc. Těžko říci, zda by se u těchto respondentek také projevila péče poskytovaná ženským pohlavím, pokud by je respondentky v rodině měly (dcera, vnučka). Zajímavé je, že ani jedna respondentka nezmínila, že by péči poskytovala snacha, což může být zapříčiněno mnoha důvody, které mi nejsou známy. Tato skutečnost vyvrací také tvrzení Klímové, Chaloupkové z roku 2013, že s péčí o seniora pomáhají zejména ženy, které žijí s partnerem (viz podkapitola Péče o seniory).

Co se týká poskytovaného charakteru péče respondentům, všem byla dle výpovědí poskytována péče podpůrná či neosobní (viz podkapitola Péče o seniory). Péče osobní, tedy péče, kdy je třeba být neustále s gerontem nebyla ani v jednom případě z osmi potřeba. Co se týká péče podpůrné, jednalo se zejména o doprovod k lékaři či dovezení nákupu. Péče neosobní pak zahrnovala pomoc v domácnosti. Rodina tak představuje důležitou roli v životě seniora. Nejen, že dokáže poskytnout hmotnou pomoc, ale také emocionální, která dá seniorovi najevo, že není na vše sám. Respondentka č. 3 uvedla: „*No starala se dcera a vnučka, všichni tady doma no, mě obškakovali, a ještě obškakujou. Vozí mě i k doktoru.*“

Z hlediska sebepéče během pandemie o sebe pečovala menší polovina dotazovaných, kteří přímo poznamenali, že chodí častěji na procházky, jedí více ovoce a zeleniny, případně i berou určité doplňky stravy a vitamíny. Ve srovnání se zjištěním Goins et al. (2021) pozorují ve svém vzorku respondentů menší zájem o podporu imunity během pandemie. Těžko říci, zda si jsou senioři svým zdravotním stavem tak jistí, nebo zda zkrátka Covid-19 nepovažují za takovou hrozbu.

Výpovědi dalších respondentů vykazují spíše protichůdné tendence ve vztahu k sebepéči. Jeden respondent (č. 6) je sice stále aktivním, chodí ven, bere vitamíny a jí ovoce, ale na druhou stranu se vyhýbá lékaři: „*Já doktora беру velkým obloukem, protože mám vysokej tlak prej a vždycky do mě hrne prášky, cholesterol, já to stejně nežeru, pardon, nejim. Takže pokud nemusim, tak ho (pozn. lékaře) radši nevidim.*“ Jiný respondent (č. 8), který je na tomto tzv. pomezí „péče nepéče“ si ani nepamatuje veškeré léky, které bere. Nutno podotknout, že bere léky na běžné neduhy ve stáří jako je například vysoký tlak a cholesterol. Dále uvedl, že svou imunitu nepodporuje žádnými vitamíny. Na druhou stranu se tento respondent nebrání návštěvám lékaře a je stále



aktivním, jelikož, jak sám tvrdí, pokud chce, jezdí pracovat do lesa. Jiná respondentka (č. 2) však tvrdí, že o své zdraví nijak nepečuje a lékaře také nenavštěvuje. Tento svůj postoj vysvětlovala tím, že péči nepotřebuje, protože má sestru zdravotnici, která vždy poradila, když respondentku něco trápilo. Další respondentka (č. 7) na pomezí uvedla, že o své zdraví nijak nepečuje. Také ji však zahrnuji do skupiny respondentů na pomezí, jelikož je stále aktivní, jezdí v létě prodávat v kiosku a po zbytek roku pracuje s mužem v lese.

Celkově mohu říci, že respondenti, ač vědomě či nevědomě o sebe pečují. Doba pandemie na jejich chování k sobě samým ale nic nezměnila. Jednání respondentů v pandemii je víceméně stejné, jaké bylo podle nich před pandemií. Lze tedy usuzovat, že Covid-19 nezapříčinil zvýšenou starostlivost a péči respondentů o sebe samé.

Považuji za důležité zmínit jednu věc, která vyvstala z rozhovorů. Tou je jisté chápání složité situace, kdy byl zdravotnický systém v České republice přetížen. Respondent vědomě nevyžadoval výsledky týkající se zdravotního stavu, jelikož si byl vědom vytíženosti praktických lékařů v době pandemie: „*Tak co nám chybí, nechybí, pak říkali, že tam je hroznej nával a doktor, že toho má moc.*“ Tato informace byla neustále opakovaná v médiích a ukazuje se, že byla obecně vnímána ve společnosti. Péče o pacienty z důvodu přetížení praktických lékařů nemohla být poskytována v takovém rozsahu a komfortu, jako před pandemií.

### 8.3 Institucionální péče o seniory v době pandemie

Jak už jsem uvedla výše, institucionální péče byla ze stran klientek domova pro seniory hodnocena velice pozitivně. Mé respondentky zcela vyvrací tvrzení Shi Yin Chee (2020), která ve svém výzkumu popisuje negativní vnímání seniorů ve vztahu k institucionální péči, kterou hodnotí jako „něco omezujícího“. Dále autorka odhalila, že senioři litují toho, že jsou klienty domova pro seniory v době pandemie. Mé respondentky hovoří o velké spokojenosti s pobytem v instituci. Pokud mají nějaký problém, hned je o ně, dle jejich slov, skvěle postaráno. Za zajímavé považuji i klientčino (č. 10) tvrzení, že by zaměstnanci domova měli být lépe finančně ohodnoceni: „*...Byla bych ráda, kdyby byly lepší finančně oceněny, víte, ne že by se mi zpovídali kolik berou, to ne, ale vim, že to není nic moc (...) dala bych jim nejvíc, protože si to skutečně zaslouží*“. Obě respondentky obdivují práci pečovatelek domova, protože jsou si samy vědomy toho, že je to velice náročná práce, jak psychicky, tak také fyzicky. Jedna respondentka podotkla, že člověk musí mít „tady i tady“ a ukazuje přitom na hlavu a na srdce. Druhá klientka domova zmiňuje, že člověk musí pozici pečovatele vykonávat s láskou, jinak by v instituci nikdo příliš dlouho nevydržel. Vztah pečovatel-klient nebo,

chcete-li, lékař-pacient nebyl vždy zaměřen na emocionální a sociální potřeby jedinců. Empatie a citové vazby k pacientům byly zcela nevhodné. Díky nim se totiž vytvářel trvalý společenský vztah. Takové vztahy s pacienty připomínaly rodinná pouta a s pacienty bylo následně zacházeno jako s partnery nebo přáteli a o to více byla práce pečovatelek náročnější. Každodenní praxe pečovatelek v instituci nyní zahrnuje jak racionální, fyzickou péči tak také sociální a emocionální péči (Read 2007).

Vlivem koronaviru bylo v instituci domova pro seniory nedostatek personálu. Pracovnice zmiňuje, že sice v době největší krize nastoupili dobrovolníci, kteří ale na druhou stranu domov vůbec neznali a nezvládali náročnou práci pečovatele. *„I když byly snahy třeba ze strany města, kraje, že dělali nějaké seznamy dobrovolníků, aby se právě vykryly potřeby zařízení, tak bohužel, nefungovalo to. (...) Také většinou i třeba ten seznam, co byl od kraje, tak ti dobrovolníci byli vesměs už i v jiných zařízeních, už nevyzbyli na nás, nebo naopak se jim to krylo i se zaměstnáním, takže nemohli vůbec přijít.“* Dále dodává: *„Spíš měli jinou představu o té pomoci, mysleli si třeba, že by pomohli dvě hodiny jednou za 14 dní, ale to je samozřejmě v tom nepřetržitém režimu v péči o 70 klientů málo. (...) Někteří si to zkusili a pak řekli, že ta práce je tak obtížná, že už nepřijdou, přestože jsme většinu těch lidí i platili, nevydrželi to.“* Tato výpověď značí má slova v úvodu, tedy, že práce pečovatele je velice obtížná. Poskytovat přímou péči, jak již bylo zmíněno, 70 klientům není nic jednoduchého a je jasné, že úbytek zaměstnanců vlivem pandemie tomu nijak nepřispěl. Přímá péče pečovatele dle slov pracovnice domova zahrnuje mimo jiné: pomoc s hygienou, podání či donesení stravy, doprovod klienta, méně mobilní klienty zvednout z lůžka a přemístit na vozík, převlékání klientů a další. Nadstandardní činnosti aktivizace klientů šly během pandemie stranou, z důvodu již zmíněného nedostatku personálu a potřeby zajistit seniorům základní péči.

Pro zajímavost zmíním, že má zjištění korelují s tvrzením Hasmanové Marhánkové (viz podkapitola Péče o seniory), že v institucionální péči je převaha žen. Ve všech případech se mnou komunikovaly ženy pečovatelky. Při pohybu v domově seniorů jsem na muže narazila snad jen jednou, za celé odpoledne v instituci. A také nemohu s jistotou říci, zda se jednalo o pečovatele či nikoliv.

Z mého výzkumu vyplývá, stejně jako z výzkumu Shi Yin Chee (2020), že klientům instituce, jakou je domov pro seniory, byla v době pandemie poskytnuta pouze základní zdravotní péče včetně jisté emocionální podpory, kterou klientky domova v největších vlnách pandemie, nemohly dostávat ze strany rodiny či přátel. Tento fakt zdůrazňuje potřebnou roli pečovatelek a vytváření vztahu mezi nimi a klienty. Pandemie však ovlivnila sociální péči, která zahrnuje aktivity a sociální kontakty. Sociální kontakty a izolaci jsem zmínila v analýze viz výše.

## 9. Limity výzkumu

Výsledky mého výzkumu mohou být ovlivněny dobou, kdy byly realizovány polostrukturované rozhovory. Na přelomu 2021 a 2022 jsme už měli mnoho zkušeností s Covidem-19, a proto je možné, že samotní senioři už nedávali koronaviru takovou váhu, jako na začátku. V rozhovorech zmiňovali, že projevili jisté známky stresu a obav pouze na začátku pandemie, nyní už nikoli. Z mého pohledu jsou senioři vůči pandemii odolnější než dříve. Může to být zapříčiněno jejich osobními zkušenostmi s Covidem-19 případně reálnými zkušenostmi okolí seniora.

Dále bych chtěla zmínit možné zkreslení dat, co se týká institucionální péče o seniory. Vzhledem k tomu, že mi byly umožněny pouze 2 polostrukturované rozhovory v domově pro seniory, jsem si vědoma, že 2 respondenti nejsou zcela vypovídajícím vzorkem respondentů žijících v instituci. Proto nemohu tyto závěry generalizovat na veškeré seniory žijící ve formálních institucích.

Senioři v České republice považují Covid za nový stav, který je normální a na který si budeme muset všichni zvyknout. Podobně tomu bylo ve výzkumu Shi Yin Chee (2020) a Paula a Kaimala (2021). Většina je, jak jsem zmínila v kapitole Každodennost seniorů v době pandemie, velice pozitivního smýšlení.

## 10. Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit, jaká je žitá zkušenost seniorů v době pandemie a jaké významy přikládají svému zdraví a péči o něj v kontextu restrikcí a sociální izolace. Tento cíl jsem rozčlenila do dílčích cílů. Prvním dílčím cílem bylo uchopit každodennost seniorů v době pandemie tak, jak ji oni sami interpretují z hlediska trávení volného času a každodenního řádu. Druhým dílčím cílem bylo porozumět jejich sebepéči a vnímání vlastního zdraví. Zajímala jsem se tedy i o to, jakým způsobem senioři podporují svou imunitu, zda jsou aktivní, nebo zda chodí k lékaři či se mu během pandemie vyhýbají. Posledním dílčím cílem bylo porozumět, jak senioři hodnotí dříve platné stanovené restriktce a z nich vyplývající omezení kontaktů a případnou sociální izolaci.

Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. V teoretické části byly nastíněny obecně platné definice a pojmy, abych mohla ukotvit svá tvrzení v části praktické. Praktická část je výsledkem mého kvalitativního výzkumu, který se uskutečnil pomocí polostrukturovaných rozhovorů s 10 respondenty, z nichž 2 respondentky byly klientkami nejmenovaného domova pro seniory v Plzni. Další 1 rozhovor byl uskutečněn s pracovnící dané instituce během doby mezi rozhovory s klientkami.

Nejčastěji rezonované téma, které vyvstalo z rozhovorů, byla sociální izolace, mnou definovaná jako „nevědomá izolace“. Ačkoliv sami respondenti zmiňovali, že se pandemií necítí izolovaní, jejich výpovědi a příběhy značili něco jiného. Respondenti si totiž neuvědomovali, jak moc je pandemie zasáhla, co se týká sociálních kontaktů. Všichni respondenti uvedli, že se snažili buď vyvarovat kontaktu s ostatními lidmi, nebo že omezili kontakty jak s rodinou, tak (zejména) s přáteli. Fyzický kontakt jedincům nahradily hovory na dálku. Troufám si říci, že kdyby tu nebyla možnost telefonické komunikace, respondenti by pociťovali izolaci o mnoho více. Většina respondentů také dodržovala nařízená opatření a restriktce stanovené vládou České republiky, ačkoliv byla poté v průběhu rozhovoru vůči nařízením patrná jistá averze. Dále mohu říci, že opatření a restriktce, které byly stanoveny během pandemie, neměly zjevný vliv na každodennost seniorů, pouze co se týká respondentek z instituce domova pro seniory. Zde byl vlivem koronaviru nedostatek personálu. V instituci byl také patrný pokles nabízených společenských aktivit. Obě klientky domova jsou však s chodem instituce spokojené a na nedostatek aktivit obecně si respondentky explicitně nestěžují. V době největších vln pandemie byl domov pro seniory pro návštěvy uzavřen. Avšak ti, co měli zájem své příbuzné vidět, došli alespoň, dle slov pracovnice domova, pod okna na terasu. Pracovnice domova pro seniory dále zmiňuje, že pokles návštěv je v současné době (v době rozhovoru) v běžném, nepandemickém stavu. Tento fakt vypovídá mnohé o mezigeneračních vztazích a o zájmu české společnosti o své starší příbuzné.

Téma, které mě dále zajímalo, bylo ohrožení seniorů v době pandemie. Zda se oni sami považují za rizikovou skupinu, protože právě tak je prezentovala média. Z mého výzkumu vyplývá, že média měla malý vliv na pocity ohrožení některých respondentů, ačkoliv byla hlavním zdrojem informací během pandemie. Někteří respondenti uvedli, že je informovanost, dle jejich slov, leckdy až přehnaná. Většina seniorů se necítila ohrožená, díky několika faktorům, jako je prodělání nemoci, či jiná vlastní zkušenost seniora, dostupnost více informací o koronaviru a podobně. S ohledem na tato fakta mohu říci, že respondenti sami se nepovažují za rizikovou skupinu, ačkoliv takto byli právě médii vyobrazováni.

Vnímání zdraví seniorů a jejich sebezpečí během pandemie byly hlavním tématem mé práce. Během pandemie, jak jsem nastínila v teoretické části, proběhlo mnoho výzkumů a šetření na toto téma. Senioři se ve většině případů cítili koronavirem ohrožení. Autoři se shodují, že omezení pohybu a sociálního kontaktu mělo negativní dopady na kvalitu života starších jedinců, zejména se jednalo o zdraví a psychickou pohodu. Dále měli senioři během pandemie strach chodit k lékaři a do zdravotnických zařízení, kvůli možnému nakažení virem. V neposlední řadě byli senioři společností identifikováni jako riziková skupina, což v nich mohlo vyvolávat negativní pocity.

Z mého šetření však vyplývá, že senioři se navzdory pandemii, která ve světě proběhla a z jistého hlediska stále probíhá, cítí dobře. Respondenti často zmiňovali souvislost vnímání vlastního zdraví s koncepcí věku, tedy, že se na svůj věk, dle jejich slov, cítí dobře. Pandemie na mé respondenty neměla příliš významný vliv. Jen necelá polovina respondentů v době pandemie pečovala o své zdraví, tedy chodili častěji na procházky, užívali doplňky stravy a jedli pestrou stravu, převážně ovoce a zeleninu. Je možné, že si své zdravotní ohrožení či možné oslabení koronavirem neuvědomovali. Nikdo z mých respondentů nevykazoval žádné známky obav chodit k lékaři a do zdravotnických zařízení. Senioři k lékaři chodili, pokud to, v jejich případě, bylo nutné (např. prohlídky, kontroly). Avšak několik respondentů bylo vůči svému zdraví velice lhostejnými. Tito jedinci se záměrně vyhýbali institucionální zdravotní péči, nebo o svém zdraví dokonce žertovali. Psychické zdraví seniorů bylo, v případě mého vzorku respondentů, velice pozitivního charakteru. Nikdo z respondentů nebyl pandemií zasažen natolik, aby ztratil chuť do života. Také nikdo nezmiňoval žádné psychické následky, které by snad pandemie mohla způsobit. Jak jsem zmínila v limitech mé práce, je možné, že mi respondenti tuto skutečnost mohli zatajit, vzhledem k jednoznačným a rychlým odpovědím doufám však, že nikoliv.

Co se týká poskytované péče seniorům, jak v případě respondentů z široké veřejnosti, tak také péče institucionální v domově pro seniory, je poskytována převážně ženami. Většina respondentů uvedla, až na několik výjimek, kdy byl v rodině pouze syn, či vnuk, že se o seniora starala v době pandemie žena (dcera, vnučka, partnerka) a

případně i rodina ženy. Charakteristika poskytované péče seniorům byla zejména podpůrná a zřídka kdy neosobní. Podpůrná péče zahrnovala, v případě mých respondentů, převážně pomoc s menšími úkony v domácnosti (např. opravy či dovezení nákupu) nebo případně doprovod k lékaři. Neosobní péče zahrnovala například pomoc s úklidem. Nikdo z mých respondentů z široké veřejnosti nevyžadoval péči osobní, která by byla vykonávána nepřetržitě každý den. Co se týká respondentek z domova pro seniory, zde byla péče formální, poskytována zdravotnickým personálem. Jedná se o dlouhodobou a také poměrně náročnou formu péče. Jak zmínily nejen klientky domova, ale také samotná pečovatelka, zajistit péči 70 klientům není nic jednoduchého. Tento fakt značí i jednání dobrovolníků, kteří do instituce nastoupili v době největších vln pandemie, ale brzy ji také opustili. Daní jedinci nezvládali poskytnout každodenní, zejména základní péči. Vlivem pandemie celkově klesl počet zaměstnanců v instituci, a tudíž bylo možné klientům poskytnout pouze základní péči, včetně jisté formy péče emocionální. Pečovatelé proto nahradily podporu rodiny, a i zde je patrné, jak je role pečovatelů důležitá, nejen pro psychické zdraví a pohodu seniorů.

Zajímavým poznatkem, který vyvstal z několika rozhovorů, byl také jistý pozitivní dopad Covidu-19, protože přispěl k rozvoji mezigenerační solidarity a vztahů. Ráda bych odkázala na staršího pána, kterého vnučka naučila pracovat s tabletem. Dále mohu odkázat na ochotu pomáhat seniorům, ať už ze stran dobrovolníků, či rodiny.

Tato práce může být přínosem nejen pro odborné publikum, ale také pro veřejnost, co se týká otázky generačních vazeb a zdravotní sociální péče. Touto prací se snažím poukázat na to, že senioři sice mají mnoho zkušeností a také mnoho zdravotních potíží, ale jsou velice různorodou skupinou a nezaslouží si být označováni, jako „ti slabí“. Neměli by být opomíjeni jejich potřeby, přání a žitá zkušenost, aby nedocházelo k sociální izolaci, která může mít negativní dopady na jejich zdraví.

## 11. Resumé

The aim of my bachelor's thesis is to find out what is the lived experience of seniors during a pandemic covid-19 and what importance they attach to their health and care in the context of restrictions and social isolation. I was also focused on what were the seniors' everyday experiences during the pandemic, which was full of restrictions, especially for elderly individuals. The findings are based on 10 semi-structured interviews and 1 interview that took place with a retirement home employee.

Social isolation was the most common topic that was visible from the interviews. I called it unconscious isolation, because the elderly people were not aware, that they were isolated. All respondents tried to avoid contact with other people or they reduced contacts with their family and (especially) friends. Physical contact was replaced by telephone calls. All respondents agreed with the prescribed measures, but they also said that the measures were meaningless in interviews. Daily lives of seniors were not disrupted by the pandemic. They were different only in cases of institutional care, because due to the pandemic, there was a deficit of staff in the institution and some of social activities ended due to the pandemic. However, both clients of the nursing home in Pilsen did not complain about the lack of activities and were satisfied with the institution.

Although seniors were presented by the media as a threat, respondents themselves stated that they did not feel threatened. Most seniors in my research did not feel threatened thanks to several factors such as the illness or the senior's own experience. Further some respondents stated that awareness in social media of the pandemic was excessive. Therefore, I can say that seniors did not consider themselves as a risk group that needed to be protected from the virus.

Most of my respondents said they felt healthy for their age. The pandemic almost did not have any effect on the health of the elderly. Their approach to health and care remains practically without changes. Less than a half of the respondents were taking care of their health, were eating some vitamins and fruits, were going for a walk too. Some of my elderly respondents were very indifferant to their health. They did not go to the doctors and ignored their advices. The pandemic Covid-19 left no psychological consequences in the lives of elderly people.

## 12. Seznam použité literatury

Beneš, J. (2020) „Covid-19 z pohledu infektologa“ in *Cor et Vasa* 62 (1): 9-10, ISSN: 0010-8650

Čeledová, L. Kalvach, Z. Čevela, R. (2016) „Úvod do gerontologie“. Praha: Karolinum, ISBN: 978-80-246-3404-3

Dudová, R. (2015) „Postarat se ve stáří – Rodina a zajištění péče o seniory“. Praha: SLON, ISBN: 978-80-7419-182-4

Dvořáková, D. (2012) „Kvalita života seniorů v domovech pro seniory“. Praha: Grada publishing, ISBN: 978-80-247-4138-3

Fialová, L. Kroch, F. (2012) „Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled“. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-2160-9

Hasmanová Marhánková, J. (2013) „Aktivita jako projekt – Diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a seniorek“. Praha: SLON, ISBN: 978-80-7419-152-7

Hasmanová Marhánková, J. (2021) „Ageismus, věkové rozdělení a zkušenost stáří v době krize: Zamyšlení nad společenskými dopady pandemie COVID-19“ in *Sociologický časopis* 53 (2): 143-164

Haškovcová, H. (2006) „České ošetřovatelství: Manuálek sociální gerontologie“. 10. díl, Brno: Institut pro další vzdělávání, ISBN: 80-7013-363-5

Haškovcová, H. (2010) „Fenomén stáří“. 2.vyd, Praha: Havlíček Braint team, ISBN: 978-80-87109-19-9

Haškovcová, H. (2012) „Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi“. Praha: Galén, ISBN: 978-80-7262-900-8

Higgs, P. Gilleard, Ch. (2016) „Personhood, identity and care in advanced old age“. Bristol: Policy press, ISBN:978-4473-1906-1

Hocman, G. (1985) „Stárnutí (Co víme o tom, co nás nemine)“. Praha: Avicenum

Holmerová, I. a kolektiv (2014) „Průvodce vyšším věkem – Manuál pro seniory a jejich pečovatele“. Praha: Mladá fronta a.s., ISBN: 978-80-204-3119-6

Hrůza, Z. (1966) „Věda o stárnutí“. Praha: Academia

Chrdle, A. Dlouhý, P. Štěfan, M. (2021) „Covid-19: diagnostika a léčba mimo nemocnice“ in *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství* 27 (2): 36-48, ISSN: 1211-264X



Kalvach, Z. a kolektiv (2008) „*Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*“. Praha: Grada publishing, ISBN: 978-80-247-2490-4

Kalvach, Z. a kolektiv (2004) „*Geritrie a gerontologie*“. Praha: Grada publishing, ISBN: 80-247-0548-6

Kalvach, Z. a kolektiv (2014) „*Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*“. Praha: Grada publishing, ISBN: 978-80-247-4544-2

Křivohlavý, J. (2001) „*Psychologie zdraví*“. Praha: Portál, ISBN: 80-7178-551-2

Machová, J. Kubátová, D. a kolektiv (2015) „*Výchova ke zdraví*“. 2.vyd, Praha: Grada publishing, ISBN: 978-80-247-5351-5

Mlčák, Z. (2007) „*Psychologie zdraví a nemoci*“. Ostrava: Ostravská univerzita, ISBN: 80-7368-035-1

Motlová, L. a kolektiv (2021) „*Sociální vyloučení seniorů 65+ žijících ve vlastní domácnosti v České republice*“. Praha: NLN, ISBN: 978-80-7422-784-4

Orlíková, H. a kolektiv (2021) „*Protilátky proti SARS-CoV-2 u zaměstnanců Státního zdravotního ústavu v první vlně pandemie COVID-19 v České republice, duben až květen 2020*“ in *Praktický lékař* 101 (3): 160-168, ISSN 0032-6739

Pacovský, V. (1990) „*O stárnutí a stáří*“. Praha: Avicenum, ISBN:80-281-8076-8

Pacovský, V. (1994) „*Geriatrická diagnostika*“. Praha: Scientia medica, ISBN 80-85526-32-8.

Pacovský, V. (1997) „*Proti věku není léku? Úvahy o stárnutí a stáří*“. Praha: Karolinum, ISBN: 80-7184-486-1

Průša, L. a kolektiv (2021) „*Dlouhodobá péče nejen v České republice*“. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, ISBN: 978-80-88361-09-1

Příbyl, H. (2015) „*Lidské potřeby ve stáří*“. Praha: Maxdorf s.r.o., ISBN: 978-80-7345-437-1

Rabušic, L. (1995) „*Česká společnost stárne*“. Brno: Georgetown, ISBN: 80-210-1155-6

Tota, M. (2016) „*Senior aneb Ještě mě tu máte*“. Týn nad Vltavou: Nová Forma s.r.o., ISBN: 978-80-7453-666-3

Trojánek, M. a kolektiv (2020) „*Nový koronavirus (SARS-CoV-2) a onemocnění COVID-19*“ in *Časopis lékařů českých* 159 (2): 55-66, ISSN: 0008-7335

Tvaroh, F. (1984) „*Všichni stárneme*“. Vyd.2, Praha: Avicenum

Vidovičová, L. Galčanová, L. Sýkorová, D. Petrová Kafková, M. (2013) „*Stáří ve městě, město v životě seniorů*“. Praha: SLON, ISBN: 978-80-7419-141-1

## 13. Elektronické zdroje

AgeUK (2020) „*Age UK research lays bare the drastic impact of the pandemic on our older population's health and morale*“ [online] London [cit. 25.3.2022]. Dostupné z: <https://www.ageuk.org.uk/latest-press/articles/2020/10/age-uk--research-into-the-effects-of-the-pandemic-on-the-older-populations-health/>

American psychological association (2021) „*A snapshot of today's older adults and facts to help dispel myths about aging*“ [online], [cit. 20.4.2022]. Dostupné z: <https://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/older>

Bílková, V. (2020) „*Jak chránit seniory v čase koronaviru?*“ [online] Praha: Ústav mezinárodních vztahů [cit. 5.3.2022]. Dostupné z: <https://www.iir.cz/jak-chranit-seniory-v-case-koronaviru>

Colucci, E. a kolektiv (2022) „*COVID-19 lockdowns' effects on the quality of life, perceived health and well-being of healthy elderly individuals: A longitudinal comparison of pre-lockdown and lockdown states of well-being*“ [online] in Archives of Gerontology and Geriatrics 99: 104606 [cit. 25.3.2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104606>

Conrad, P. (1992) „*Medicalization and social control*“ [online] in Annual review of Sociology 18 (1): 209-232 [cit. 9.4.2022]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/2083452?seq=1>

Covid portál (2022) „*Srovnání různých typů testů*“ [online] aktualizováno 19.2.2022, [cit. 21.3.2022]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/testovani/srovnani-ruznych-typu-testu>

Dudová, R. Volejníčková, R. (2014) „*Proč ženy pečují? Gender a neformální péče o seniory*“ [online] Praha: Sociologický ústav AV ČR [cit. 21.3.2022]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.13060/12130028.2014.15.1.100>

Girdhar, R. Srivastava, V. Sethi, S. (2020) „*Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic*“ [online] in Journal of Geriatric Care and Research 7 (1): 32-35, ISSN: 2397-5628 [cit. 24.3.2022]. Dostupné z: [https://www.academia.edu/43206805/Journal\\_of\\_Geriatric\\_Care\\_and\\_Research\\_2020\\_Vol\\_7\\_Issue\\_1](https://www.academia.edu/43206805/Journal_of_Geriatric_Care_and_Research_2020_Vol_7_Issue_1)

Goins, R. a kolektiv (2021) „*Older Adults in the United States and COVID-19: A Qualitative Study of Perceptions, Finances, Coping, and Emotions*“ [online]

Cullowhee: Western Carolina University [cit. 24.3.2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.660536>

Heideger, T. Richter, L. (2020) „*The Effect of COVID-19 on Loneliness in the Elderly. An Empirical Comparison of Pre-and Peri-Pandemic Loneliness in Community-Dwelling Elderly*“ [online] in *frontiers in Psychology*, [cit. 23.3.2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.585308>

Chee Shi Yin (2020) „*COVID-19 Pandemic: The Lived Experiences of Older Adults in Aged Care Homes*“ [online] in *Sahe Journals Millennial Asia* 11(3): 299-317 [cit. 27.3.2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0976399620958326>

Jeřábek, H. a kolektiv (2005) „*Rodinná péče o staré lidi*“ [online] Praha: CESES FSV UK, ISSN: 1801-1519 [cit. 23.3.2022]. Dostupné z: [https://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05\\_11\\_jerabek.pdf](https://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf)

Hall, M. Havens, B. (1999) „*The Effect Of Social Isolation And Loneliness On The Health Of Older Women*“ [online] Canada: University of Manitoba, [cit. 23.3.2022]. Dostupné z: [https://www.iscet.pt/uploads/obSolidao/the\\_effect\\_of\\_social\\_isolation\\_and\\_loneliness\\_on\\_the\\_health\\_of\\_older\\_women.pdf](https://www.iscet.pt/uploads/obSolidao/the_effect_of_social_isolation_and_loneliness_on_the_health_of_older_women.pdf)

Holaday, L. a kolektiv (2021) „*Loneliness, sadness, and feelings of social disconnection in older adults during the COVID-19 pandemic*“ [online] in *Journal of the American Geriatrics Society*, [cit. 25.3.2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jgs.17599>

Klímová Chaloupková, J. (2013) „*Informal care in the family: socio-demographic characteristics of caregivers*“ [online] in *Sociologický časopis* 7 (2): 107-123 [cit. 22.3.2022]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/270708908>

Little, W. a kolektiv (2014) „*Introduction to Sociology - 1st Canadian Edition*“ [online] Houston: Rice University BCCAMPUS OPEN EDUCATION, [cit. 22.3.2022]. Dostupné z: <https://opentextbc.ca/introductiontosociology/>

Moody, H. Sasser, J. (2018) „*Aging Concepts and Controversies*“ 9th edition. [online] California: SAGE Publication, [cit. 20.3.2022]. Dostupné z: <https://3lib.net/book/2957323/40ea5d>

Parsons, T. (1951) „*The social system*“. with a new preface by Bryan S. Turner (1991) [online] London: Routledge, [cit. 28.3.2022]. Dostupné z: <https://voidnetwork.gr/wp-content/uploads/2016/10/The-Social-System-by-Talcott-Parsons.pdf>

Paul, A. Kaimal, L. (2021) „*Elderly & COVID -19 Pandemic*“ [online], [cit. 24.3.2022] dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/350075118>

Perlman, D. Peplau L. (1998) „*Loneliness*“ [online], [cit. 27.3.2022]. Dostupné z: <https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-98.pdf>

Read, R. (2007) „*Labour and Love: Competing Constructions of 'Care' in a Czech Nursing Home*“ [online] in *Critique of Anthropology* 27 (2): 203-222 [cit. 9.4.2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0308275X07076798>

Vaculíková, J. Vávrová, S. (2019) „*Exploring the meaning of old age from the Czech adult perspective: A quantitative research study*“ [online] Zlín: Univerzita Tomáše Bati [cit. 21.3.2022]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2019/03/15.pdf>

Vellas, B. a kolektiv (2016) „*White book on frailty*“ [online] Toulouse: IAGG GARN, [cit. 21.3.2022]. Dostupné z: <https://garn-network.org/documents/WHITEBOOKONFRAILITY-USVERSION.pdf>

Vidovičová, L. Rabušic, L. (2003) „*Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*“ [online] Brno: Výzkumné centrum, [cit. 21.3.2022]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/39954468>

Vohralíková, L. Rabušic, L. (2004) „*Čeští senioři včera, dnes a zítra*“ [online] Brno: Výzkumné centrum, [cit. 27.2.2022]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/40330595>

Falvo, I. Zufferey, M. Albanese, E. Fadda, M. (2021) „*Lived experiences of older adults during the first COVID-19 lockdown: A qualitative study*“ [online] PLOS ONE 16 (6) [cit. 24.3.2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252101>

World Health Organization (2022) „*Coronavirus disease (COVID-19)*“ [online], [cit. 20.3.2022]. Dostupné z: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)

## 14. Přílohy

### Příloha č. 1

#### Osnova rozhovoru pro 1. vzorek respondentů

<b>Zdraví seniorů a přístup k péči v době pandemie</b>	
<b>1. Představení respondenta – základní informace</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Věk</li><li>• Dosažený stupeň vzdělání</li><li>• Rodinný status<ul style="list-style-type: none"><li>- bydlí samy/s někým, kde?</li></ul></li><li>• Obec (lze dohledat)</li></ul>	
<b>2. Covid-19</b>	<b>Uvedení: Aktuálně máme za sebou téměř 2 roky, kdy celý svět bojuje s pandemií, která zapříčinila řadu restrikcí, tj. uzavřené služby, omezování kontaktu atd.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Popište prosím svůj běžný den v době pandemie.<ul style="list-style-type: none"><li>-Liší se Váš den v pandemii od běžného dne bez pandemie?</li><li>-Co se pro Vás vlivem pandemie změnilo?</li></ul></li><li>• Popište prosím, jak vnímáte Covid-19?<ul style="list-style-type: none"><li>-Prodělal/a jste Covid-19?</li><li>-Změna názorů od začátku pandemie.</li></ul></li><li>• Povězte mi prosím krátce Váš názor na očkování.<ul style="list-style-type: none"><li>-Jste očkovaný/a?</li></ul></li><li>• Média a pandemie<ul style="list-style-type: none"><li>-Popište prosím Váš názor na mediální dění ohledně pandemie.</li><li>-Přijde Vám dostatečná informovanost o pandemii?</li></ul></li><li>• Cítíte se ohrožený/á?</li><li>• Dáváte zřetel na covidová opatření a restriktce?<ul style="list-style-type: none"><li>-Cítil/a jste se izolován/a?</li></ul></li></ul>	
<b>Sociální kontakty v době pandemie:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ovlivnila pandemie Vaše vztahy s blízkými? Popište prosím jak.</li><li>• Stýkal/a jste se s blízkými v době pandemie?<ul style="list-style-type: none"><li>-Jak často</li></ul></li></ul>	

<p>-Omezil/a jste kontakty oproti běžnému stavu bez pandemie?          -Bál/a jste se kontaktu?          -Jaké komunikační prostředky jste užíval/a?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Péče v době pandemie           <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pečoval o Vás někdo? Pokud ano, kdo?</li> <li>-Sebepéče (Popište prosím, jak jste o sebe pečoval/a v době pandemie.)</li> </ul> </li> <li>• Ovlivnila pandemie Vaše vztahy s rodinou a přáteli? (Pokud ano v čem, popište prosím.)</li> <li>• Jaký máte vztah se sousedy? Pomáhali jste si navzájem v době pandemie?</li> </ul>
<b>3. Zdraví</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co se týká zdraví, jak jste se cítil/a v době pandemie?           <ul style="list-style-type: none"> <li>-Psychicky i fyzicky (Měl/a jste obavy z nákazy? Nechybělo Vám něco v době pandemie?)</li> <li>-Cítíte se zdravý/á?</li> </ul> </li> <li>• Jak jste pečoval/a o své zdraví?</li> <li>• Pocity nyní           <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jak vnímáte své zdraví nyní po 2 letech pandemie?</li> </ul> </li> <li>• Navštěvoval/a jste lékaře?           <ul style="list-style-type: none"> <li>-Popište prosím Vaše pocity z návštěv.</li> </ul> </li> <li>• Vyhledával/a jste jiná zdravotnická zařízení, popřípadě jinou péči?</li> </ul>
Napadá Vás něco, co v rozhovoru s námi nebylo řečeno, nicméně přijde Vám to důležité?
<b>Ukončení rozhovoru, poděkování respondentům</b>

**Osnova rozhovoru pro 2. vzorek respondentů**

<b>Zdraví seniorů a přístup k péči v době pandemie</b>	
<b>1. Představení respondenta – základní informace</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Věk</li> <li>• Dosažený stupeň vzdělání</li> <li>• Jak dlouho žijete v instituci?</li> </ul>	
<b>2. Covid-19</b>	<b>Uvedení: Aktuálně máme za sebou téměř 2 roky, kdy celý svět bojuje s pandemií, která zapříčinila řadu restrikcí, tj. uzavřené služby, omezování kontaktu atd.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Popište prosím svůj běžný den v době pandemie.</li> <li>• Jak vnímáte Covid-19?               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Prodělal/a jste Covid-19?</li> <li>-Změna názorů od začátku pandemie.</li> </ul> </li> <li>• Koníčky, pravidelná činnost</li> <li>• Omezuje Vás nějakým způsobem zařízení XX?</li> <li>• Očkování</li> <li>• Jaký máte názor na mediální dění v pandemii?               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Máte možnost sledovat média?</li> <li>-Přijde Vám dostatečná informovanost o pandemii?</li> </ul> </li> <li>• Cítíte se ohrožený/á?</li> <li>• Jste si vědom/a Covidových opatření v instituci?</li> <li>• Jak se změnila opatření v instituci během pandemie?               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dáváte zřetel na covidová opatření a restriktce?</li> <li>-Cítil/a jste se izolován/a?</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Sociální kontakty v době pandemie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ovlivnila pandemie Vaše vztahy s blízkými?</li> <li>• Byl Vám umožněn během pandemie kontakt s blízkými? Popište prosím rozdíl kontaktů před pandemií a během pandemie.               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jak často</li> <li>-Bál/a jste se kontaktu?</li> <li>-Jaké komunikační prostředky jste užíval/a?</li> </ul> </li> <li>• Ovlivnila pandemie Vaše vztahy s rodinou a přáteli? (např. hádky)</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaký máte vztah s ostatními klienty instituce? Změnil se během pandemie?</li> </ul>
<p><b>3. Zdraví</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co se týká zdraví, jak jste se cítil/a v době pandemie? <ul style="list-style-type: none"> <li>-Psychicky i fyzicky (Měl/a jste obavy z nákazy? Nechybělo Vám něco v době pandemie?)</li> <li>-Cítíte se zdravý/á?</li> </ul> </li> <li>• Jak jste pečoval/a o své zdraví? (procházky, vitamíny)</li> <li>• Pocity nyní <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jak vnímáte své zdraví nyní po 2 letech pandemie?</li> </ul> </li> <li>• Navštěvoval/a jste lékaře? <ul style="list-style-type: none"> <li>-Popište prosím Vaše pocity z návštěv.</li> </ul> </li> <li>• Vyhledával/a jste jiná zdravotnická zařízení, popřípadě jinou péči?</li> </ul>
<p>Napadá Vás něco, co v rozhovoru s námi nebylo řečeno, nicméně přijde Vám to důležité?</p>
<p style="text-align: center;"><b>Ukončení rozhovoru, poděkování respondentům</b></p>