Pedagogická fakulta
Faculty of Education
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

Bakalářská práce

Vliv pandemie Covid-19 na samostatně žijící seniory

The impact of the pandemic Covid-19 on single living seniors

Vypracovala: Linda Procházková
Vedoucí práce: prof. PaedDr. Iva Stuchlíková, CSc.

České Budějovice 2021

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. ,v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V…… dne……. Podpis…….

Poděkování

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce prof. PaedDr. Ivě Stuchlíkové, CSc., za odborné, vstřícné a trpělivé vedení při zpracování mé práce.

Abstrakt

Název práce: Vliv pandemie Covid-19 na samostatně žijící seniory

Autor práce: Linda Procházková

Vedoucí práce: prof. PaedDr. Iva Stuchlíková, CSc.

Počet titulů použitých zdrojů a literatury: 33

Počet příloh: 2

Bakalářská práce se zabývá popsáním vlivu pandemie covid-19 na samostatně žijící seniory. Na začátku práce je popsáno stáří a s ním spojené změny a úskalí. Dále je rozebírána problematika deprivace, izolace a separace. V poslední kapitole teoretické části se bakalářská práce zaměřuje na epidemie a pandemie. V této kapitole je popsán jejich vliv na lidskou psychiku a jak je zvládat za pomocí copingových strategií.

Empirickou část tvoří výzkum zaměřený na vliv pandemie covid-19 na samostatně žijící seniory. V rámci smíšeného designu byly využity principy kvantitativních i kvalitativních metod. V kvantitativní části došlo ke komparaci samostatně žijících seniorů s těmi, kteří žijí s partnerem či rodinou. Kvalitativní část se zaměřila na bližší studii prožívání těch, kteří tuto pandemickou situaci musí zvládnout sami.

Data, která byla použita pro tuto bakalářskou práci, pochází z výzkumného projektu JUPSYCOR, který získával informace za pomocí dotazníkového šetření během první vlny pandemie Covid-19 v České republice.

Klíčová slova: samostatně žijící senioři, pandemie Covid-19, prožívání, deprivace, izolace, separace, copingové strategie

Abstract

Title: The impact of the pandemic Covid-19 on single living seniors

Author: Linda Procházková

Supervisor: prof. PaedDr. Iva Stuchlíková, CSc.

Number of used resources and literature: 33

Number of references: 2

The bachelor thesis deals with the description of the impact of the covid-19 pandemic on single living seniors. At the beginning of the work, the age and the associated changes and pitfalls are described. The issues of deprivation, isolation and separation are also discussed. In the last chapter of the theoretical part, the bachelor thesis focuses on epidemics and pandemics. This chapter describes their impact on the human psyche and how to manage it using coping strategies. The empirical part consists of research focused on the impact of the covid-19 pandemic on single living seniors. Within the mixed design, the principles of quantitative and qualitative methods were used. In the quantitative part, there was a comparison of single living seniors with those who live with a partner or family. The qualitative part focused on a closer study of the experiences of those who have to cope with this pandemic situation themselves. The data used for this bachelor's thesis come from the JUPSYCOR research project, which obtained information using a questionnaire survey during the first wave of the Covid-19 pandemic in the Czech Republic.

Key words: single living seniors, the Covid-19 pandemic, experience, deprivation, isolation, separation, coping strategies

Obsah

Úvod 8

Teoretická část 9

1. Pohled vývojové psychologie na období stáří 9

1.1. Definice a teorie stárnutí 9

1.2. Změny ve stáří 10

1.2.1. Fyzické změny 10

1.2.2. Psychické změny 10

1.2.3. Sociální změny 14

2. Deprivace, izolace a separace 16

2.1. Deprivace 16

2.1.1. Psychická deprivace 18

2.1.2. Informační deprivace 19

2.1.3. Sociální deprivace 19

2.1.4. Senzorická subdeprivace 20

2.2. Izolace 20

2.2.1. Sociální izolace 21

2.3. Separace 22

3. Kritické, krizové situace a katastrofy 23

3.1. Problematika kritických, krizových situací a katastrof 23

3.2. Druhy kritických, krizových situací a katastrof 24

3.3. Zdravotní katastrofy – epidemie a pandemie 24

3.4. Zvládání kritických, krizových situací a katastrof 26

Empirická část 28
4. Metodologie výzkumu 28
4.1. Oblast výzkumu 28
4.2. Výzkumný cíl, problém a otázky 28
4.3. Výzkumný design 29
4.4. Výzkumný soubor 29
4.5. Metoda sběru dat 29
4.6. Metoda zpracování a analýza dat 30
4.6.1.Kvantitativní část výzkumu 31
4.6.2. Kvalitativní část výzkumu 31
4.6.3. Kvantitativní metoda zpracování dat 31
4.6.4. Analýza výsledků kvantitativní části 37
4.6.5. Kvalitativní metoda zpracování dat 38
4.6.6. Analýza výsledků kvalitativní části 39
Diskuse 41
Závěr 42
Etické aspekty bakalářské práce 43
Seznam použitých zdrojů a literatury 44
Seznam příloh 46

Úvod

Má práce s názvem Vliv pandemie COVID-19 na samostatně žijící seniory se zaměří na popis změn, které vznikly v důsledku příchodu nové celosvětové nákazy. Cílem bakalářské práce bude zjistit, jakým způsobem a do jaké hloubky se pandemie podepsala na životech samostatně žijících seniorů. Zároveň v teoretické části práce shrnu vývojové období stáří a změny, které se s tímto obdobím pojí. Dále se chci věnovat tématům izolace a sociální deprivace a jejich vzájemnému působení na psychiku jedince. Předposlední část se jemně dotkne problematiky mimořádných situací a jejich působení na jedincovo prožívání. V poslední části své práce spojím výsledky z výzkumné části a teoretické poznatky, které se týkají onemocnění COVID-19. Při práci kromě analýzy získaných podkladů (kvantitativních dat) budu popisovat data, získaná prostřednictvím mého angažování v projektu JUPSYCOR.

Úkolem této bakalářské práce je najít, souvislost, případně spojitost mezi změnou prožívání samostatně žijících seniorů a přítomností onemocnění COVID-19. Prostor je věnován možnému vlivu věnovala tohoto onemocnění na skupinu respondentů. Na základě získaných poznatků pak vyhodnocuji, zdali onemocnění Covid-19 působí negativně, pozitivně, anebo se zde žádná změna neobjevila.

Teoretická část

1. Pohled vývojové psychologie na období stáří

Stáří – velmi zavádějící pojem, který může znamenat mnohé. Máme tu stáří fyzické, psychické a sociální. Tři pojmy, které spolu souvisí tak těsně, a přesto se od tak markantně liší. Determinuje nás stáří tělesné schránky natolik, že psychické stáří nic neznamená? Nebo jsme tak staří, nakolik se cítíme?

Co mě vždy zaujme je to, že se lidé stydí, nebo je jim nepříjemné, když je ostatní nazvou starými. Vždyť stáří je součástí života každého z nás, je to vývojová etapa jako každá jiná. Proto bych se v této kapitole a následujících podkapitolách chtěla věnovat definici a vývojové teorii stáří. Jak se měníme s časem? Co nám toto vývojové období může dát a zároveň i vzít?

1.1. Definice a teorie stárnutí

Definicí a teorií stárnutí je mnoho. Liší se rokem, od kdy by „měl být“ člověk označován za starého, dále dělením jednotlivých fází stáří. Je všeobecně známým faktem, že lidská populace stárne, hranice úmrtnosti se posouvá čím dál více k vyššímu číslu. Čím je lidská populace vyspělejší, tím se zlepšuje zdravotní, sociální i ekonomická situace, ve které dotyčný žije. V důsledku toho se běžný lidský jedinec dožívá čím dál vyššího věku. V moderní společnosti je jako „starý“ označován člověk, který dosáhl penzijního věku či zvolil odchod do důchodu.

„V roce 1800 byl za starého běžně označován člověk čtyřicetiletý, v roce 1900 byl jako kmet vnímán padesátník, v současných průmyslově rozvinutých zemích je pak zpravidla dolní hranice stáří udávána věkem 65 let.“ (Langmeier, 2006, s. 204).

Co dalšího můžeme v rámci vývojových teorií stáří najít, je dělení stáří do stádií, či dalších vývojových etap. Pro příklad staršího členění bych uvedla dělení podle Příhody (1997, s. 14):

Senium:

1. Senescence od 60 do 75 let
2. Kmetství od 75 do 90 let
3. Patriarchium od 90 let

Z datově bližších zdrojů uvádím dělení Vágnerové (2007, s.443; 492), která rozeznává dvě období stáří: a) Rané stáří od 60 – 75let b) Pravé stáří 75let a více.

1.2. Změny ve stáří

Stárnutí a příchod stáří se týká každého z nás. S nástupem této životní etapy přichází mnoho změn, které se týkají fyzické a psychické stránky jedince. Dále se dotýkají i sociálního života. Nemalé změny doprovázejí i poslední fázi stárnutí – období umírání. V následujících podkapitolách shrnu nejdůležitější změny – fyzické, psychické, sociální a změny provázející umírání.

1.2.1. Fyzické změny

Čeho si můžeme všimnout na první pohled, je častý úbytek tělesné hmotnosti a výšky. Ten vzniká v důsledku změny váhy celého organismu – kostry (atrofie kostí, degenerativní změny chrupavek, aj.), svalstva a vnitřních orgánů. Dále si u starších osob všímáme snížené hybnosti a pružnosti. Klesá také výkonnost svalů a její souhra či spolupráce s nervovou sítí. To může mít za důsledek změny v motorických schopnostech daného seniora. Pomalu dochází k degeneraci nervového systému – ubývá neuronů, zhoršují se morfologické i funkční vlastnosti nervového systému. V běžném životě to můžeme pozorovat na zpomalených reakcích. Následně dochází ke zhoršení receptorů – zrak, sluch. Posledním orgánem, který podléhá degenerativním změnám, je mozek (atrofie, ischemie). S tímto orgánem značně souvisí psychické vlastnosti (Šimíčková-Čížková, 2010).

Za podstatné vnímám zmínit skutečnost, že staří lidé jsou více náchylní k onemocnění a zraněním. Mezi nejčastější onemocnění, která jsou spojována s vysokým věkem jsou: osteoporóza (řídnutí kostí), inkontinence (např. močová inkontinence – mimovolní únik moči), revmatoidní artritida, diabetes mellitus a poruchy CNS (demence, Alzheimerova choroba, aj.)

1.2.2. Psychické změny

K psychickým změnám dochází i ve stáří. Jsou podmíněny několika faktory. Můžou být podmíněny biologickými či psychosociálně podmíněnými faktory nebo jejich interakcí. Pod biologickými změnami si můžeme představit: celkové zpomalení zapamatovávání a vybavování vzpomínek či pojmů. Přesto například zážitky, které jsou spojovány s emocemi, senioři lépe ukládají, a také si je lépe vybavují z paměti. Dochází zde k rozdílu používání mozkových center oproti mladým lidem. Mladší lidé k řešení problémů používají specializovaná centra mozku, zatímco starší lidé používají mozek spíše komplexněji, s využitím obou hemisfér. Někdy proto může docházet ke změnám funkční integrity (lateralita mozkových hemisfér již není tak rozdílná). Důležité je však zmínit, že změny

neprobíhají u všech jedinců stejně. Každý jsme jiný a z toho důvodu mohou mít jedinci rychlejší/pomalejší nebo těžší/lehčí nástup (Vágnerová, 2007).

Je nutné zdůraznit, že ne všechny změny jsou negativní, ba naopak. Staří lidé projevují větší stálost ve svých rozhodnutích. Spíše udržují trvalejší vztahy s druhými lidmi. Ne nadarmo se říká, že staří lidé jsou moudří. Jako důkaz lze předložit to, že mají ve většině případů větší trpělivost, rozvážnost, opatrnost. Více přemýšlí nad svým chováním a zároveň mají pochopení pro chování mladších generací („vidí" skrytou motivaci).

K psychosociálním změnám může docházet díky snížené schopnosti adaptace. Pro seniory je v mnoha situacích náročné se přizpůsobovat stále novým a novým věcem. Vývoj moderní doby a její progres se však žene stále kupředu, a to se při zhoršení kognitivních a fyzických sil udržuje těžko. Dále tyto změny ovlivňuje životní styl každého jednice – strava, pitný režim, pohyb a spánek. Podstatné je nezanedbávat i funkce, které nejsou již tak hojně využívány jako byly dříve. Proto se starším lidem doporučuje využívání mnoha kognitivních her či škol pro seniory. Lidé díky tomu stále udržují aktivní centra mozku, které by tak postupem času začaly degenerovat (Vágnerová, 2007).

1.2.2.1. Změny kognitivních funkcí

Na začátku této podkapitoly je nezbytné si uvědomit, že jakékoliv změny se neodehrávají ze dne na den. Nedojde k fatální změně jen kvůli tomu, že jedinec překročí magickou hranici 60 let a stane se seniorem. Každého jedince spolu jeho stárnutím doprovázejí jiné změny.

„Ve stáří dochází k nerovnoměrné proměně dílčích schopností i celkové struktury poznávacích procesů. Kognitivní plasticita, tj. schopnost využít svůj potenciál, není po 60. roce už příliš velká a postupně a stále klesá." (Vágnerová, 2007, str. 317). Obecně by se tedy dalo říct, že dochází ke zpomalení a zhoršení kognitivních schopností. Mezi tyto schopnosti patří např.: poznávací procesy, učení, myšlení, paměť (krátkodobá, dlouhodobá), pozornost, jazyk atd. V následující části bych se zaměřila za změny, které jsou nevíce markantní.

A) Poznávací funkce

U poznávacích funkcí je důležitá jejich exekutivní schopnost. Tato kognitivní dovednost zodpovídá za plánování, používání záměru nebo intence, sekvenční zpracování a vědomou kontrolu. Dále také zahrnuje reakci na nové zkušenosti aj. Součástí exekutivních funkcí je vlastnost metakognice. Tato vlastnost jedinci pomáhá vnímat podněty z okolí a na ty adekvátně reagovat. Výsledkem tohoto jednání je lepší adaptace a přizpůsobení se nové skutečnosti. Dojde-li k jejímu zhoršení, tak se nám může zdát, že je senior velmi konzervativní a zpomalený.

B) Pozornost

Jednou z nejdůležitějších vlastností vědomí je pozornost. Jedná se o funkci, kterou lze popsat jako soustředění mentálních zdrojů na informace a nejdůležitější podněty, jež v dané situaci působí na jedince. Zásadní problém, který vzniká v důsledku stárnutí, je zhoršení štěpení úmyslné a bezděčné pozornosti. Senioři již nedokážou rozdělit svoji pozornost na tolik podnětů a činností jako dřív. Pokud se snaží o štěpení záměrné pozornosti, může dojít ke zvýšené chybovosti v jednotlivých úkonech (přelití kávy, špatně oblečené tričko atd.). Tyto změny se pak mohou jevit jako seniorova roztržitost nebo zpomalenost. K celkovému zhoršení pozornosti dochází v důsledku změn, které se udály v centrální nervové soustavě (dále jen „CNS“). Ve stáří dochází k narušení synaptických spojení a úbytku neuronů. V důsledku těchto degenerativních změn je zhoršen přenos informací mezi jednotlivými částmi a centry mozku. Další příčinou může být snížená bdělost, která pozornost silně ovlivňuje. Jednou z příčin snížené bdělosti je zvýšená unavitelnost seniora.

C) Paměť

Paměť nám slouží jako zásobárna informací. Tato uložiště mají mnoho úrovní ukládání informací. Paměť dělíme na senzorickou, krátkodobou neboli pracovní a dlouhodobou (pod níž spadá sémantická a epizodická paměť). Informace nejsou uloženy do nekonečna, dochází k jejich zapomínání. To prioritně neznamená, že je něco špatně. Zapomínání je přirozený proces, který nám pomáhá odlehčit mozkovou kapacitu a zabránit jejímu přetížení. Nicméně ve stáří dochází rovněž k nevyžádanému zapomínání. Paradoxem v této souvislosti je, že vzpomínky z mládí bývají obecně vcelku dobře zachovány. Spíše dochází k rozpadu paměťových stop v krátkodobé a senzorické paměti (Plháková, 2017).

Ke stáří a paměti se bohužel pojí i mnohá onemocnění, které jsou známé především svým projevem zapomínání. Hovořím především o těchto nemocích – Alzheimerova choroba, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova nemoc či Multiinfarktová demence (MID). Všechny tyto nemoci mění ukládání informací. Dále narušují jejich vybavování či způsobí jejich zapomínání (a…Česká alzheimerovská společnost, 2015).

1.2.2.2. Emoční změny

U starších lidí je velmi dobře znatelná změna emočního prožívání v různých situacích. Místy jsou senioři emotivnější, než bývali za mladších let. Mnozí by řekli, že jsou i emočně labilnější než ostatní členové společnosti – více se dojímají. Je typické, že starší lidé vyhledávají spíše „pohodlí domova“, vynechávají výlety či dobrodružství, která jsou spojená s velkým a dlouhodobým nepohodlím. Objevují se u nich znaky tzv. usedlosti, pohodlnosti (Pacovský, 1990).

V současné době však nalezneme již mnohé studie či důkazy, které nám tvrdí opak, nebo se přimlouvají za pozitivnější náhled na emoční složku osobnosti seniorů.

„Ukazuje se, že starší lidé oproti mladším vykazují rostoucí komplexnosti svých mentálních reprezentací, vykazují také lepší emoční regulaci a lépe propracované systémy emoční exprese. Starší lidé oproti mladším jsou relativně spokojenější se svým životem.“ (Stuchlíková, 2007, s.102).

1.2.2.3. Změny osobnosti ve stáří

I ve stáří dochází ke změnám osobnosti. Líbí se mi, že to není finální bod a stále se zde dá posunout. Z toho důvodu se mi zdá příhodné zmínit teorii osobnosti od E.H. Ericksona, zejména pak o jeho pojetí krize v každé etapě života, a to, jak krizi zvládneme. Může nás to posunout vpřed, čímž získáme novou ctnost. Pokud konflikt nevyřešíme, dochází ke stagnaci a negativním následkům na osobnost jedince. V tomto určitém období nastává konflikt mezi integritou ega a zoufalstvím. Toto období je charakteristické „ohlížením se“ – co jsem za svůj život dokázal/a? Zanechal/a jsem za sebou šťastnou rodinu? Prožil/a jsem svůj život naplno? Splnily se mi sny? To jsou příklady otázek, které by nás měly dovést k tomu, zdali jsme správně naložili se svým životem. Jestli nás ten život dovedl k naplnění. Pokud ano, tak za to vše člověk získá poslední ctnost – moudrost (Drapela, 2003).

Některé starší zdroje uvádí pár změn. Například Říčan (2007) ve své knize uvádí možné osobnostní špatnosti gerontů: z šetrnosti se stává lakota, dále se můžeme setkat s mrzutostí, podezíravostí, panovačností aj. Je tu i opačný názor, který tvrdí, že osobnost se tak značně nemění. Thorová (2015) ve své knize uvádí, že značné změny v osobnosti u seniorů signalizují spíše nemoc. Následné změny se pak udávají kolem 80 roku života, kdy dochází k odklonu od extraverze a emoční stability. Spíše dochází ke zvýraznění jistých rysů osobnosti, které nebyly dříve tak znatelné. K zhoršení může dojít i díky změnám v mezilidských vztazích či izolaci.

1.2.3. Sociální změny

V pokročilém věku může a pravděpodobně dochází k sociálním změnám. Často jsou způsobeny i aspekty, které jsem popsala v předešlých podkapitolách. Především bych upozornila na sníženou hybnost, zhoršení senzorických funkcí (zrak, sluch) a v neposlední řadě zhoršení adaptačních schopností. Přestože v dnešní době našim seniorům pomáhá spousta korektivních pomůcek, stále je zde možnost zhoršené komunikace s ostatními.

S vyšším věkem dále přichází i změny ve společenském dění. V současné době je běžné, že při dosažení důchodového věku se daný senior rozhodne odejít z práce do důchodu. K odchodu z práce se však může připojit plno negativních věcí. Člověk zanechá činnosti, na kterou byl dlouhá léta zvyklý, zároveň opouští skupinu svých kolegů a přátel. To může v jedinci vyvolat pocity osamělosti, izolace, zbytečnosti (není již dále prospěšný pro společnost). V životě seniora může postupem času začít převládat určitá stereotypie dnů. Každý den s podobnou náplní aktivit.

Co může pomoci, je integrace seniorů do společnosti. Řekla bych, že se jedná také o jedno ze znamení, že se daná kultura či společnost vyvíjí dobrým směrem. Segregace nikomu nepomáhá, jen v člověku prohlubuje depresivní pocity. Zdá se mi, že česká společnost zaujímá ke stáří ambivalentní postoje. Řekla bych, že se zde dělíme na 3 skupiny lidí: ti, kteří mají ke straší generaci úctu a berou je jako „ty“ moudré. Na opačné straně je tábor, který stáří nemá rád. Převládajícím názorem je ten, že staří lidé již nijak nepomáhají společnosti a zatěžují ekonomický systém. Poslední skupina je neutrální. Něco jí vadí a něco ne.

S problematikou postoje ke starší generaci se pojí jeden důležitý pojem – Ageismus.

Ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech… Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samých, a proto jim brání, aby se se staršími lidmi identifikovali jako s lidskými bytostmi (Papežová, 2009, s. 7).

Na základě této citace z knihy se dá říci, že ageismus je diskriminace jedince či skupiny na základě věku. Dle mého názoru jsou senioři diskriminováni na základě předsudků a mýtů o stáří (nepohyblivost, usedlost, konzervativnost, snížená sexuální aktivita či neochota přijímat a učit se novým věcem). Bohužel tento typ diskriminace může mít vážný dopad na psychiku utlačovaného jedince. Pokud daná osoba přijme novou nálepku, je možné, že to zajde až ke snížení sebeúcty či znehodnocování vlastních úspěchů. U takového jedince se pomalu může začít vyvíjet závislost na druhých, protože se sám vnímá jako závislý. Dále cítí jistou nekompetentnost v určitých situacích, které by ve skutečnosti byl schopný zvládnout. V horším případě dochází k alkoholismu či ke zneužívání jiných psychotropních látek. Výše zmínění negativní činitelé mohou dovést seniora až k závažným psychickým onemocněním, jako jsou například úzkostné poruchy, deprese, které, pokud zajdou do těch nejzávažnějších stádií, mohou vést až k sebevraždě. Z tohoto důvodu bychom si měli opravdu dávat pozor na to, jak se chováme ke starším obyvatelům nejen našeho okolí, ale ke starším obyvatelům obecně. Jsou to lidé jako každý jiný. Řekla bych, že mnoho negativních postojů ke starým lidem je tvořeno na základě nepřesně odvozených předsudků a neochotě poznat to dobré. Stáří nemusí znamenat jen nemohoucnost a smrt. I tato finální kapitola života umí být naplněna radostí a hrdostí.

Poslední pojem, který úzce souvisí s touto kapitolou, je gerontotranscendence. Gerontotranscendace se objevuje v devátém vývojovém stádiu (podle E.H. Eriksona) života. Je součástí přirozeného procesu, kdy se jedinec začíná orientovat na životní spokojenost a moudrost, kterou během života získal. Tato etapa také nabízí jistou míru zpětné vazby. Transcendentní změnou může být také ztráta zájmu o materiální složku světa, a naopak přechod ke zvýšenému zájmu o duchovní činnosti. Zároveň dochází ke změně chápání reality (jedinec se zaměřuje spíše na přítomnost než budoucnost) a času (jeho plynulost, množství). V poslední fázi životního cyklu by mělo dojít ke smíření se smrtí. To je poslední cílová rovina každého člověka. Čím lépe ho jedinec přijme, tím lépe se mu bude tento svět opouštět. (Erickson & Šimek, 2015).

2. Deprivace, izolace a separace

V mé kvalifikační práci jsem si vytyčila 3 pojmy, které se prolínají celým jejím obsahem – deprivace, izolace a separace. Tyto tři determinanty lidské psychiky nejsou žádnou novinkou. Potýkáme se s nimi i za běžného a ničím nenarušeného života. Bohužel díky propuknutí nového onemocnění Covid-19 získaly tyto tři determinanty nový rozměr. Navíc rozsah deprivace, izolace a separace se rapidně zvýšil, a to především v sociální oblasti lidského života. Po definici jednotlivých termínů – deprivace, izolace, separace bude prostor věnovat dopadům deprivace, izolace, separace na každodenní život. Poté se budu věnovat tomu, jak tyto tři činitelé působí na psychiku a sociální život seniora.

2.1. Deprivace

„Deprivace – nedostatečné uspokojení nějaké důležité potřeby. Psychickou deprivací se rozumí nedostatek sociálních a smyslových podnětů uspokojujících potřebu jistoty, bezpečí, lásky a potřeby nebýt sám.“ (Gillernová et al., 2000, str. 13).

Další velmi zajímavou definici deprivace nám nabízejí psychologové J. Langmeier a Z. Matějček (2011):„Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu“ (Langmeier & Matějček, 2011, s.6).

K deprivaci se pojí dva důležité pojmy a to konflikt a frustrace. V rámci psychologické terminologie znamená frustrace protichůdné tendence. Tyto tendence mohou být jak vnitřní, tak i vnější, často mívají stejnou intenzitu. Jedince ovlivňují negativně, a to v důsledku toho, že znemožňují či silně stěžují jedincovo rozhodování (Machová & Kubátová, 2009).

Frustrace je silně spjata s naším úsilím v rámci vykonávání námi zvolené činnosti. Dochází k ní například v rámci pracovního procesu, ve vztazích, a dalších životně důležitých potřebách. Tato překážka často znemožňuje dosažení námi zvoleného cíle. Komplikace tkví v tom, že tyto překážky mohou vycházet z nás (nedůvěra ve své schopnosti, nekompetentnost…), nebo z vnějších podmínek (špatné pracovní podmínky, nespolupracující kolegové aj.). Frustrace se pak následně projevuje ve formě hněvu či zklamání. Tyto pocity mohou vyvolávat změny chování jedince (agresi, asertivitu, lhostejnost) (Machová & Kubátová, 2009).

Podstatné je zmínit, že každý jedinec reaguje jinak – lidé mají různé copingové strategie zvládání stresových situací. Následky jedincem zvoleného jednání se u každého projevují odlišně. Není psáno, že by se z každé osoby stal deprivant.

K derivaci se také pojí pojem subdeprivace. Jedná se o jev, který se v lidské společnosti vyskytuje mnohem častěji než samotná derivace. Je velmi náročné ji identifikovat. Dalo by se říct, že se jedná o mírnější formu deprivace. Jedinec může být zabezpečen ve všech oblastech života (materiální prostředky, sociální oblast aj.), ale v jedné je deprivován. Jedinec například strádá jen v citové oblasti. Základním rozlišitelným faktorem subdeprivace je její nižší intenzita a rušivost (Slavomil, Škoda, 2008). Dojde-li však k deprivaci člověka, je důležité se zaměřit, k jakému typu deprivace došlo. Rozlišujeme především tyto základní druhy: psychická (emoční), motorická (nedostatek pohybu), kognitivní a sociální deprivace (Machová & Kubátová, 2009). V následujících pár odstavcích bych podrobněji rozebrala některé typy deprivací. Zejména by se pak zaměřila na ty, které se objevovaly ve výpovědích mnou zkoumaného vzorku respondentů.

2.1.1. Psychická deprivace

Psychická deprivace „značí ztrátu něčeho, strádání nedostatkem uspokojení nějaké důležité potřeby. Nejde o strádání fyzické, ale výlučně o nedostatečné uspokojení základních potřeb duševních, (psychická deprivace)“ (Langemirer & Matějček, 2014, s.23).

Na tuto problematiku lze nahlížet z mnoha stran psychologických směrů a teorií. Pro popis psychické deprivace bych ráda využila teorii motivace od amerického psychologa Abrahama Harolda Maslowa. Z jeho bych práce zmínila pyramidu základních potřeb. Nachází se zde pět úrovní potřeb (jedná se o systém hierarchický) – fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí, potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba uznání a na poslední úrovni se nachází potřeba seberealizace. Základní pravidlo, které je protkáno celou pyramidou, zní: na vyšší stupeň potřeb se posouvám jedině v případě, pokud jsem úspěšně uspokojil potřeby nižší. Nižší stupně pyramidy mají tendence se více prosazovat – upřednostním potřebu ukojit hlad (fyziologická potřeba) nad potřebou bezpečí (2. stupně pyramidy).

U jedinců s psychickou (emoční) deprivací není uspokojena potřeba lásky a sounáležitosti. Jisté části jejich života budou díky tomu značně dysfunkční. Dysfunkčnost deprivanta se může projevovat například ve vztahové rovině – jedinec nebude schopen navázat zdravý vztah, nebo jej udržet mimo disharmonický stav. Následně bude narušen postoj deprivanta k sobě samému.

Další podstatné téma, které se pojí k psychické deprivaci, je téma afiliačních potřeb. „Afiliace (*affiliation)*: Tendence vyhledávat společnost druhých bez ohledu na pocity vůči nim“ (Hewstone & Stroebe, 2006, s.421). Obecně by se tedy dalo říct, že potřeba afiliace patří mezi základní společenské potřeby člověka. Být s ostatními, komunikovat s nimi (verbálně i neverbálně), navazovat přátelské a intimní vztahy a udržovat fyzický kontakt. Prostá potřeba nebýt sám.

2.1.2. Informační deprivace

Informační deprivace se pojí s nedostatkem, či sníženým přísunem informací z okolí. Aplikovali-li bychom tento pojem na praxi, vypadalo by to následovně: V dnešní době přichází většina informací skrze kontakt s blízkými, televizní zpravodajství, internet či jiná média. Od té doby, co vládní opatření zahrnují karanténu a omezený pohyb mimo domov, dochází k informační deprivaci. Pokud bychom se zaměřili na samostatně žijící seniory, můžeme vypozorovat následující: jsou odkázáni pouze na sdělení, která jsou prezentována v médiích (televize, rádio). Valná většina také neví, či neumí zacházet s internetem. V neposlední řadě tištěná vládní opatření jsou psána právnickou terminologií, které málokterý občan rozumí. V důsledku toho může dojít k informační deprivaci.

2.1.3. Sociální deprivace

Sociální deprivace je způsobena např. ztrátou kontaktu s blízkými (rodinou, přáteli), změnou nebo ztrátou bydliště či ztrátou zaměstnání. Sociální deprivace jako taková může vést ke ztrátě sociální identity jedince (potažmo seniora). Pokud je v dotyčném člověku společností podporován pocit nedostatečnosti a smutku, je možné, že to v seniorově mysli vyvolá nepatřičné iluze, které mohou vést ke vzniku samotné deprivace.

Je důležité zmínit, že občasné prožívání samoty či lehkého smutku není nic závažného. Ke stáří patří jisté prožitky melancholie a dumání nad vlastním životem. Negativní prožívání však nesmí přerůst do odchylek mimo normy. Převáží-li negativní aspekty v životě seniora ty dobré, je pravděpodobné, že se u seniora vyvine klinicky diagnostikované onemocnění deprese. „Různé literární údaje uvádí výskyt depresivní poruchy u 1-5% starší populace, u 10-12% hospitalizovaných, 12-14% v domovech důchodců“ (Češková, 2011, str. 330). Je nezbytné se seznámit s dalšími dopady této nemoci. Kromě důsledků samotného onemocnění jsou zde další dopady, které jedince ovlivňují. Především bych chtěla zmínit zvýšené riziko nákazy jinou nemocí a jejímu horšímu průběhu. K tomu dochází především z toho důvodu, že je oslaben jedincův fyzický i psychický stav. Oslabený psychický stav a prožívání zvyšuje riziko úmrtnosti, sebevražedných sklonů a možné důsledné institucionalizace.

2.1.4. Senzorická subdeprivace

Při senzorické subdeprivaci dochází ke strádání v oblasti senzorických podnětů. Podněty jsou všudypřítomné, přicházejí jak z vnějšího prostředí, tak i z vnitřního prostředí našich organismů. Z toho důvodu nikdy nemůže dojít ke kompletní izolaci podnětů. Jejich omezení bohužel může silně působit na lidskou psychiku. V rámci světové pandemie COVID-19 dochází k tomu, že jsou lidé uzavíráni ve svých domovech (minimálně v rámci dní, ale také se setkáváme s dlouhodobější izolací). Díky monotonii, která provází jedince každodenními aktivitami, dochází k senzorické subdeprivaci. Pokud nedochází k řádné psychické prevenci či psychohygieně, vede toto chování k rezignaci, zhoršení inteligence, obrazotvornosti či představivosti.

„Pobyt ve stereotypním prostředí, zejména, je-li vynucený vnějšími okolnostmi, vede ke zhoršení mentálního stavu. Tento problém trápí mnoho lidí. Kromě vězňů jsou to zejména staří lidé, tělesně postižení či dlouhodobě hospitalizovaní pacienti“ (Plháková, 2017, s. 358).

2.2. Izolace

Pojem izolace je vcelku zobecňující pojem. Izolace může znamenat snížení či celkové omezení kontaktu s naším prostředím (sociálním či podnětovým). Negativním dopadem izolace je zhoršení adaptace na prostředí a jeho podněty. Je důležité si uvědomit, že staří lidé mají v určitých aspektech života zhoršené schopnosti přizpůsobování se (defekty týkající se smyslového a motorického aparátu či mentálního zdraví). Pokud dojde k izolaci staršího jedince, může se stát, že jejich readaptace bude o to těžší, či nebude vůbec možná.

Pojem izolace úzce souvisí se sociální deprivací. Spojitost mezi těmito dvěma instituty lze spatřovat především v bodě, že extrémní izolace (v tomto případě budu mluvit o sociální izolaci, ke které se blíže vyjádřím později) znamená rozsáhlé odepření podnětů z okolí (styky s přáteli, rodinou…). Můžeme tak předpokládat, že dojde k znemožnění uspokojování základních potřeb jedince (viz. Maslowova pyramida základních potřeb). Nedostatek podnětů a neuspokojené potřeby se tak stávají stavebním kamenem pro vybudování příznaků (později i samotného onemocnění) sociální deprivace.

Pokud bych měla zmínit některé z dopadů na lidskou psychiku, za pozornost určitě stojí zvýšené riziko vzniku deprese či úzkostných stavů. Zároveň může dojít ke ztrátě schopností, které člověk dlouho nevyužívá.

Na tomto místě bych uvedla dle mého osobního stále aktuální termín Aristotelův citát, jenž v sobě skrývá hodně pravdy. Tento citát zní: „Člověk je bytost přirozeně společenská.“ Aristoteles má pravdu. Již od narození máme předurčeno vyrůstat a být vychováváni v sociálním prostředí. V tomto prostředí máme být obklopeni rodinou, přáteli, učiteli atd. Pokud je tento přirozený řád věcí narušen, dochází k postupnému vzniku patologických jevu (např. již výše zmíněná deprivace apod.).

2.2.1. Sociální izolace

Sociální izolace má primární význam absence sociálních kontaktů či interpersonálních vztahů. Sociální izolace může být způsobená vnějšími uvědomovanými motivy druhých (například v důsledku způsobení trestného činu, ostrakismus aj.). Další možností vzniku sociální izolace je vnitřní motivovanost jedince izolovat se od mezilidských kontaktů (většinou je tento akt motivován strachem ze sociálních kontaktů, nebo jedinec pociťuje nevoli a nezájem k jejich vytváření. V tom se případě může jednat o závažný psychopatologický jev). Zajímavá je i propojenost jevů izolace a deprivace. Dlouhodobá sociální deprivace jedince může vést ke vzniku sociální izolace (Černoušek, 2017).

Problematikou sociální izolace a deprivace se zabývali i někteří psychologové z českého prostředí. Mezi ně patří například profesoři Josef Langmeier a pár let zesnulý Zdeněk Matějček. Ti například tvrdí, že: „Sociální izolace je zřejmě nejtěžší deprivační situací“ (Langmeier & Matějček, 2011, s.49).

Dále nás sociální izolace ovlivňuje v oblasti naší imunity. K imunitě se neodmyslitelně pojí úroveň zdraví. Díky dlouhodobě udržované sociální izolaci dochází k jejímu potlačení. V důsledku toho můžeme u jedince předpokládat zvýšenou náchylnost k onemocnění či vzniku chorob. „Jiné studie odhalily, že lidé, kteří velmi trpí samotou (měřeno podle vědeckých měřítek na stupnici osamocení), mají relativně více potlačený imunitní systém a jsou vystaveni vyššímu riziku úmrtí“ (Vinay, 2007, s.79).

Riziko smrti, zmíněné výše, může být u osamoceně žijících lidí až 2,5x vyšší než u zdravých jedinců.

Lidé, kteří jsou sociálně izolovaní, jsou více zatížení stresem, mají méně možností dát průchod svým frustracím a pociťují nedostatek podpory. To vede k chronickému stresu a k aktivaci stresové reakce, jejímž důsledkem je snížení imunity a konečně i četnější infekční onemocnění (Vinay, 2007, s.80).

2.3. Separace

Díky šíření nemoci Covid-19 došlo k nucené izolaci miliónů obyvatel ČR. V rámci opatření byli senioři zařazeni mezi rizikové skupiny jedinců, jež se mohou snáze nakazit. Proto jim byla doporučena dobrovolná izolace. V důsledku toho dochází k separaci od důležitých osob, k nimž byl daný senior či seniorka připoután (attached), měl vytvořen citovou vazbu. Toto odloučení může způsobit vznik *Separační úzkostné poruchy 309.21 (F93.0).* Příznaky separační úzkosti jsou následující: znovu opakující se úzkostné stavy, nemocní trpí obavami o své blízké (o jejich zdraví, obávají se jejich smrti), mají strach z nebezpečných situací (např. že se zraní, něco se jim stane, což jim znemožní se znovu shledat s důležitou osobou). U dospělých osob může být také narušeno chování v pracovní a sociální oblasti života. Jejich behaviorální stránka osobnosti je narušeno úzkostnou potřebou kontrolovat osoby (kde jsou, s kým a co dělají), s nimiž mají navázanou silnou citovou vazbu (American Psychiatric Association, 2013).

Další zdroj uvádí, že separace „znamená oddělení, vyloučení. Takové odloučení starého člověka od rodiny může způsobit psychickou deprivaci seniora či seniorky“(Ort, 2004, s.102).

Za podstatné zmínit na tomto místě považuji i souvislosti a rozdíly u pojmů izolace a separace. Základním rozdílem, který mezi těmito pojmy vnímám, jsou oblasti, kterých se dotýkají. Já osobně chápu izolaci jako fenomén, který se dotýká všech aspektů života jedince (fyzické, psychické, sociální…), zatímco separaci vnímám jako institut, který se dotýká člověka především na psychosociální úrovni (např. vliv na dítě, které bylo odděleno od matky).

Přesto bych řekla, že oba tyto pojmy úzce souvisí se sociální složkou seniorova života. V první kapitole jsem se vyjádřila k tomu, že se v životě seniora mnoho věcí mění. Největšími změnami prochází právě tato oblast. Sociální izolace a separace patří mezi „precipitující faktory, které znamenají zvýšenou psychosociální zátěž“ (Pidmar, 2003, s. 25). Pokud bychom tedy předpokládali nejhorší vývoj situace, kdy je člověk takto dlouhodobě zatěžován (ztrácí přátele, dochází k omezenému styku s rodinou a blízkými a neuspokojování soc. potřeb), může nakonec dojít k tomu, že se u postiženého vyvine klinicky diagnostikovaná deprese.

3. Kritické, krizové situace a katastrofy

V dnešní moderní době (podle periodizace dějin toto období datujeme od počátku 20. století), a především v evropském společenství jsme si odvykli na to, jak taková katastrofa vypadá. Vše nám bylo příliš vzdálené na to, abychom se s tím museli osobně potýkat. Na další katastrofy se lidstvo radši snažilo zapomenout. Co s člověkem udělá příchod katastrofy? Jak se na člověku podepíše současná situace, se kterou se potýká celý svět? Jak se nejlépe obrnit vůči negativním dopadům katastrof na lidskou psychiku? K nalezení odpovědí na tyto otázky bych se ráda zaměřila v následujících řádcích této kapitoly.

3.1. Problematika kritických, krizových situací a katastrof

Co si pod pojmem krizová situace představit? Považuji za velké štěstí, že jsem se narodila v době, kdy se naší země nedotýkaly žádné větší katastrofy. Za můj dosavadní život (pokud nebudu brát současnou situaci s pandemií Covid-19) nás potkala jen jedna z větších přírodních katastrof – povodně v roce 2002. Tato katastrofa se mě osobně nedotkla natolik, aby to mělo možnost ovlivnit moje fyzické či psychické zdraví. Měla jsem štěstí, nedá se však paušalizovat a už vůbec nelze hovořit o celosvětovém fenoménu. Přestože si to běžný člověk neuvědomuje, krizové situace se dějí každý den a všude po světě. Mám na mysli války, přírodní a technologické katastrofy, vysokou míru kriminality aj. Všechny tyto situace jsou stejné v jedné věci – narušují klid a řád. I když se nám to možná nelíbí, lidé potřebují jistý řád v chodu věcí. Podporuje to stabilitu a plynulý proud aktivit. Předešlé katastrofické události však mohou mít tak silný náboj, že nemají problém narušit tato pravidla společností.

V konečném důsledku mají takovou moc, že umí napadnout a kompletně dekomponovat stabilitu lidské psychiky. Tato hluboká rána do lidské obrany může vést ke vzniku silného traumatického zážitku, který dotyčného jedince může ovlivňovat do konce jeho života.

3.2. Druhy kritických, krizových situací a katastrof

Jak jsem již výše zmínila, katastrofické události se rozdělují do několika druhů. Hausmann přímo dělí krizové a kritické situace do těchto kategorií:

- Přírodní katastrofy (laviny, sesuvy, záplavy, zemětřesení, uragány atd.)
- Záměrně způsobené katastrofy (teroristické útoky, sabotáže a válečné události atd.)
- Sociální, případně zdravotní katastrofy (těžké epidemie, hromadné otravy apod.)

(2003, s. 357, cituji podle Kohoutek & Čermák, 2009, s.19)

Právě uvedené rozlišování uvádím z toho důvodu, že se v současné době nacházíme v období, kdy byl svět postižen jednou z těchto katastrof. Specificky řečeno svět upadl do zdravotní katastrofy (celosvětová pandemie onemocněním Covid-19). K tomu tématu se pak podrobněji vyjádřím v samostatné podkapitole.

3.3. Zdravotní katastrofy – epidemie a pandemie

Za podstatné považuji hned na úvodu zmínit, že všechny zdravotní katastrofy mají společné znaky, které je pojí dohromady. Nejedná se jen o záležitost postiženého či nemocného jedince. Skomírající zdraví člověka ovlivňuje i lidi kolem něj. Dochází k zatížení všech aspektů lidského bytí (fyzického, psychického i emocionálního).

Mluvíme-li o zdravotních katastrofách, hovořím především o epidemiích a pandemiích. Zásadní rozdíl mezi těmito pojmy je velikost jejich působení. Epidemie má velmi rozsáhlé pole působnosti, např. region. Pokud se jedná o pandemii, pole působnosti dané nemoci se rozšíří z regionů na celé území států až kontinentů. V historii lidstva se nesetkáváme s výskytem epidemie či pandemie poprvé. Mezi nejznámější a často i nejstrašnější příklady patří např. Morová rána neboli Černá smrt (Eurasie; 1346-1353; 75-200mil. obětí); Španělská chřipka (celosvětová pandemie, 1918-1920; 50-100mil. obětí); Mexická prasečí chřipka (celosvětová pandemie; 2009-2010; cca 290tis. obětí).

Tyto pandemie však patří již k minulosti, v současné době se však potýkáme s novým nepřítelem. Novou nemocí, kterou Světová zdravotní organizace 11.3. 2020 označila za pandemii a která nás bohužel trápí dodnes – Covid-19.

3.3.1. COVID-19

Covid-19 je onemocnění virového původu (řadíme jej do skupiny RNA virů). V roce 2019 se objevil nový rod koronaviuru, který byl pojmenován SARS-CoV-2, jinak známý jako Covid-19. Jedná se o vysoce infekční onemocnění, které se postupně rozšířilo do celého světa. Vir je primárně přenášen mezi lidmi kapénkovou infekci. Další nám známou cestou, jak dochází k nákaze, je skrze kontaminované povrchy věcí. Příznaky onemocnění Covidem-19 se liší, někteří lidé mají průběh bezpříznakový a další se mohou nalézat až v kritickém stavu. Mezi nejčastější příznaky řadíme: horečky, kašel, dušnost, ztrátu chuti a čichu. Inkubační doba Covidu-19 se pohybuje v rozmezí 4-5 dní (v té době by se měly objevit první příznaky). Průměrně se celková doba průběhu nemoci i s postupným ústupem symptomů odhaduje na 10-14 dní (Frej, Kuchař & Kozumplík, 2020).

3.3.1.1. Covid-19 ve světě

První potvrzené případy lidí nakažených onemocněním Covid-19 se objevily 31. prosince 2019. Tyto případy pocházejí z Čínské lidové republiky, přímo z oblasti města Wu-chan. Vir se posléze rozšířil i mimo území Čínské lidové republiky. 11. ledna 2020 přišla smutná zpráva o první oběti z Číny, která podlehla tomuto onemocnění. (World Health Organization, n.d., a)

24. ledna 2020 nahlásila Francie nově nakažené nemocí Covid-19. Jednalo se o první nakažené v Evropě. 4. dubna 2020. Světová zdravotní organizace (WHO) oznámila přes 1 milion potvrzených případů nákazou Covid-19. Šíření koronaviru bohužel nadále pokračovalo. Přestože si většina lidské populace myslela, že koronavirus brzy vymizí, stal se pravý opak. Nárůst nově nakažených stále stoupal. Navíc se 14. prosince a později 18. prosince objevily nové mutace viru známé jako britská a jihoafrická mutace. Od počátku prosince 2019 se do současné doby nakazilo onemocněním Covid-19 131 miliónů lidí. Z toho bylo vyléčeno zhruba 74 milionů jedinců. Onemocnění je v některých případech tak silným nepřítelem, že mu doposud podlehlo 2,84 mil. lidí. V průběhu 2. poloviny roku 2020 započaly některé organizace na vývoji vakcín proti koronaviru. Tyto vakcíny mají pomoci s posilněním kolektivní imunity. Během počátku roku 2021 začala postupná distribuce a vakcinace. Mezi nejznámější firmy, které produkují své vakcíny pro EU jsou: BioNTech – Pfizer, Johnson & Johnson (World Health Organization, n.d., b).

3.3.1.2. Covid-19 v České republice

Česká republika se s onemocněním Covid-19 začala blíže potýkat v průběhu března 2020. Návazně na to začala vlna přijímání nových vládních opatření (cca 3. března 2020). 10. března došlo k uzavření škol a následně 12. března vláda České republiky vyhlásila nouzový stav. Díky tomu mohla vláda vyhlásit nová opatření – různé druhy omezení pro občany ČR, uzavírání restauračních a dalších provozoven a obchodů, kromě těch s nejnutnějšími potřebami. Všechna tato opatření pomalu začala omezovat kontakt mezi lidmi. Přesto občané drželi jako národ za jeden provaz – šili roušky, dávali darem dezinfekční prostředky aj. Česká republika zvládla první vlnu ukázkově. Bohužel postupem času začala být některá vládní opatření lidem nesrozumitelná. V létě došlo ke kompletnímu rozvolnění omezení, což vedlo ke vzniku druhé vlny nákazy v říjnu 2020. Od té doby se začala Česká republika umisťovat na prvních příčkách v počtu nejvíce nakažených denně. Vláda stále prodlužovala nouzový stav, vyhlášený původně 12.3. 2020 na 30 dní, a to vždy na určité časové období. Po jeho uplynutí vždy usilovala o další prodloužení, a využívala k tomu všechny prostředky a kompetence, které měla k dispozici. Občané se čím dál více nebyli schopni orientovat v nových opatřeních. Vláda začala ztrácet důvěru a oporu ve svých občanech.

Tato bakalářská práce se věnuje pouze první vlně pandemie. Z toho důvodu nebudu již dále popisovat vývoj situace v Čechách.

3.4. Zvládání kritických, krizových situací a katastrof

Hovoříme-li o katastrofách a dalších tragických událostech, je velmi důležité věnovat pozornost i tomu, jak dané situace zvládnout. Výše zmíněné události působí negativně na lidskou psychiku. Způsobují stres a nepříjemné pocity. Termín, kterým je popisováno zvládání stresových situací, se v psychologické terminologii označuje jako coping. Je důležité si říct, že když mluvíme o copingu, nejedná se o obranný mechanismus. Obranné mechanismy často upravují realitu, zatímco coping s ní efektivně pracuje a neupravuje jí. Při používání copingových strategií dochází ke změnám v chování, kognitivních procesů a sociálních návyků. Jedinec se tak snaží operovat a zvládat podněty, které přicházejí jak z vnějšího, tak vnitřního prostředí. Čím víc má jedinec předchozích zkušeností, tím lépe umí copingové strategie používat a volit jejich správný typ (Špatenková, 2004).

Autorem termínu je americký psycholog Richard Stanley Lazarus. Ten v roce 1966 rozdělil copingové strategie do 2 základních kategorií:

- Strategie zaměřené na emoce (*emotion – focused*): V rámci této strategie se jedinec orientuje především na své osobní blaho (*self-being*) či emoce. Zde dochází k řešení problémů, které jsou způsobeny například ztrátou, či pocity ohrožení. Dalo by se tak říct, že se lidé snaží kontrolovat svou emocionální odezvu na danou situaci. Tato strategie se uplatňuje například při ztrátě blízké osoby (truchlení). Do této kategorie řadí Lazarus také metody „útěk či útok". Dále sem řadí i obranné mechanismy, jakými jsou např. racionalizace či popření (Plháková, 2017).

  Mezi strategie, které jsou zaměřené na emoce patří akceptace (dochází k uvědomění a přijetí daného problému, jedinec se jej snaží změnit, nebo se mu přizpůsobit), popření (zde dochází k zapření či odmítnutí existence problému nebo snaze ho řešit), snaha nalézt emocionální a sociální oporu (jedinec se například snaží najít oporu u svých blízkých. Dále se může jednat o snahu nalézt informace nebo pomoc ve společnosti), pozitivní reinterpretace (hledání a přiznání pozitivních částí problémů), hledání odpovědí pomocí náboženství (víra v nadpřirozenému původu jevu) (Mlčák,2005).
- Strategie zaměřené na problém (*problem – focused*): Tento způsob především zahrnuje snahu se co nejlépe adaptovat na situaci, ve které se jedinec právě nachází. K potřebné změně prostředí, tak jedinec vyhledává adekvátní informace a postupy, které mu k tomu dopomohou. Jedná se o postup, kde jsou primárně uplatňovány kognitivní procesy jako – myšlení, pozornost, paměť a reagování, zatímco emoce jsou zde upozaděny. Uplatňují je především lidé, kteří mají větší potřebu kontroly nad danou situací (Vágnerová, 2010).

Závěrem by se tedy dalo říct, že krizové či kritické situace se dají zvládnout. Avšak pokud je chceme zvládat, s co největší mírou efektivity, nemůžeme se vyhýbat racionální kontrole, a ani kompletně popřít své emoce. Čím lépe se jedinec dokáže „vžít" do situace, tím lépe dokáže vyhodnotit její vývoj, predikovat a zmírnit její důsledky. Tím pádem zvládne lépe ochránit své blaho i okolí.

Empirická část

4. Metodologie výzkumu

4.1. Oblast výzkumu

V empirické části této kvalifikační práci hodlám analyzovat data, která byla získána prostřednictvím JUPSYCOR v období první vlny pandemie Covid-19. Tato data pochází od občanů České republiky. V rámci projektu jsme získali odpovědi od 3014 respondentů. Tato bakalářská práce se však blíže zaměřuje na samostatně žijící respondenty v důchodovém věku N=125.

4.2. Výzkumný cíl, problém a otázky

4.2.1. Výzkumný cíl

Cílem bakalářské práce je co nejlépe popsat změny, které se odehrály v důsledku příchodu pandemie Covid-19 v životech a prožívání občanů České republiky. Zaměřila jsem se na specifickou skupinu respondentů (samostatně žijící senioři). Data, která byla shromážděna projektem JUPSYCOR, zpracuji jak kvantitativními, tak kvalitativními metodami.

4.2.2. Výzkumný problém a výzkumná otázka

Jakožto výzkumný problém své bakalářské práce jsem si vybrala zodpovězení otázky: Jakým způsobem ovlivnila pandemie Covid-19 životní situaci a prožívání samostatně žijících seniorů? Nyní se nacházíme na kompletně nezmapovaném území. Máme zde nový typ onemocnění, se kterým se lidstvo setkává poprvé. Postupem času se Covid-19 roznesl na území mnoha kontinentů. Tato situace donutila WHO vyhlásit pandemickou situaci. Od tohoto momentu přestalo být toto onemocnění jen abstraktním pojmem. Už se nejedná o vzdálenou nemoc, která pouze trápí lidi z oblasti Asie, už se dostala i k nám. Covid-19 začal nejen ovlivňovat fyzické zdraví lidí, ale postupně začal paralyzovat i psychickou stránku jedince. Úkolem této práce je najít odpověď na výzkumný problém a co nejdetailněji ho popsat.

V rámci empirické části chci najít odpovědi na mnou zvolenou výzkumnou otázku. Jakým způsobem se změnilo prožívání samostatně žijících seniorů s příchodem pandemie Covid-19?

4.3. Výzkumný design

Ke zpracování této bakalářské práce byly využity zásady smíšeného výzkumného designu. Smíšený design byl pro tuto bakalářskou práci značně výhodný. Existují dva typy smíšeného výzkumného designu. Pro tuto práci byl zvolený druhý typ.

„V tomto typu výzkumník využívá jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkum uvnitř jednotlivých fází výzkumného procesu. V zjednodušeném třífázovém modelu výzkumného procesu se nejdříve určují výzkumné otázky, pak se shromažďují data a nakonec analyzují“ (Hendl, 2016, s. 56). Pro lepší deskripci problematiky, která je spojena s pandemickou situací v ČR, budou použity jak kvantitativní, tak kvalitativní metody způsobu zpracování a analýzy dat.

4.4. Výzkumný soubor

Hlavní výzkumný soubor se skládá ze 125 respondentů, samostatně žijících seniorů. Tito respondenti pocházejí z výzkumného souboru (N = 3014) projektu JUPSYCOR. Byli vybráni na základě tzv. kriteriálního (typologického) výběru.

Respondenti reprezentují obě pohlaví, jak muže (N=21), tak ženy (104). Jedná se o skupinu lidí, kteří ve svém obydlí přebývají sami. To znamená, že ve svém obydlí přebývají sami – nebydlí s rodinou, partnerem ani přáteli. Věk respondentů se pohybuje v rozmezí od 65 do 89 let. Pro porovnání s ostatními seniory zahrnutými ve výzkumu JUPSYCOR byl využit druhý soubor, tvořený seniory, kteří nesplňovali podmínku samostatně žijících.

4.5. Metoda sběru dat

Pro tuto bakalářskou práci byla využita data, která byla sebrána výzkumným projektem JUPSYCOR. Tento projekt sbíral data ve dvou časových obdobích, pro analýzu, vyhodnocení a zpracování dat do kvalifikační práce byla použita data pouze z první vlny příchodu pandemie Covid-19 do ČR. Tento sběr dat probíhal v období od 18. března do 24. května 2020. Jako metoda sběru dat byl použit dotazník, který by prezentován na online platformě výše zmíněného projektu (http://jupsycor.cz/). Výhodou tohoto online dotazníku byla úspora času, financí a možnost zisku velkého množství respondentů. Tento typ sběru dat je také výhodný v tom, že jeho zpracování je poměrně snadné a vcelku rychlé.

Celkově se v dotazníku nachází 44 otázek. Ty obecně pomáhají ke zjištění demografických informací (pohlaví, věk, vzdělání, místo bydliště) popisu emocí a prožívání nově vzniklé situace. Otázky, které se nacházejí v dotazníku, jsou trojího typu:

- Uzavřené – zde byla možnost vybrat si z několika možných odpovědí
- Otevřené – odpovědi na tyto otázky následně sloužily ke skupinovému kódování
    - Co pro Vás znamená současná situace (tzv. druhá vlna epidemie) – změnila nějak Váš život? V případě, že ano, jak?
    - Od kdy jste začal(a) považovat situaci za vážnou? Jak situaci aktuálně prožíváte – co považujete za nejhorší?
    - Jak situaci aktuálně prožíváte – co Vám pomáhá?
- Škálové – zde byl použit typ kvaziintervalové škály (např. skoro nikdy – málokdy – občas – často – hodně často – skoro pořád).

Po ukončení sběru dat byly výsledky převedeny do programu MS Excel. V tomto programu následně sloužily k okódování.

4.6. Metoda zpracování a analýza dat

Data byla zpracována dvěma způsoby. Nejprve byly výpovědi zpracovány v rámci projektu JUPSYCOR. Toto kódování bylo tematické, po otevřeném kódování cca 10% dat byla vytvořena kategorizovaná sada kódů a celý soubor pak byl tímto tematickým kódováním vyhodnocen skupinou kódérů, která pracovala nejprve konsenzuálním způsobem na dalším podvýběru případů a poté už konzultovala jen sporné případy. Vytvořilo se pět kategorií (objektivní změny, subjektivní změny, nejhorší změny, co pomáhá a intenzita změn v životě), pod které bylo zařazeno celkově 42 kódů.

Data, která jsou kvantitativní povahy, jsem se následně rozhodla analyzovat za pomocí kvantitativních i kvalitních metod. Věřím, že to pomůže k co nejlepšímu popisu situace, která působila na samostatně žijící seniory.

4.6.1.Kvantitativní část výzkumu

V rámci kvantitativní části bylo cílem posoudit, zda se skupina samostatně žijících seniorů liší od ostatních seniorů. Proto jsem provedla porovnání skupiny samostatně žijících seniorů (N = 125) se skupinou seniorů, kteří žijí s partnerem, či rodinou (z celkového souboru ostatních seniorů N = 260, byl pro porovnání vytvořen stratifikovaným náhodným výběrem podsoubor se stejnou skladbou podle věku a pohlaví stejné velikosti N = 125). Porovnávána byla četnost kódů ve všech kategoriích.

4.6.2. Kvalitativní část výzkumu

V rámci kvalitativní části bylo provedeno překódování odpovědí samostatně žijících seniorů otevřeným kódováním. Cílem bylo zachytit přesněji sdělované významy, které mohly v tematickému kódování celého souboru zůstat nezachyceny a poskytnout tak co nejpřesnější vhled do prožívání první fáze pandemie samostatně žijícími seniory i s přihlédnutím k tomu, kdy byla data získána a k celému komplexu jejich výpovědi.

4.6.3. Kvantitativní metoda zpracování dat

Samostatně žijící senioři jsou velmi zajímavá skupina respondentů. Aby se prokázalo, zda jsou odlišitelnou skupinou z hlediska prožívání Covid-19, rozhodla jsem se tuto skupinu porovnat s ostatními seniory. Tato druhá skupina seniorů žije s partnerem či rodinou.

První fází bylo vytřídit si z kompletního souboru respondentů (N=3014) dvě výše zmíněné skupiny. První skupina (samostatně žijící) čítá celkově 125 respondentů. Druhá skupina (žijící s rodinou/partnerem) byla četnější, to znamená, že celkový počet se rovnal 260 respondentů. Pro zachování rovnoměrného zastoupení různých věkových podskupin v obou souborech byl proveden stratifikovaný podvýběr

Druhou fází zpracování dat bylo vytvořit baterii kategorií a jim podřazených kódů. Pro záznam kódu byl využit program MS Excel. Tento program je vhodný pro zpracování velkého množství dat a nabízí dobrou přehlednost.

Třetí fází je již samotné kódování. Kódy, které byly použity pro tuto bakalářskou práci, jsou převzaty od originálního kódování, které bylo provedeno týmem projektu JUPSYCOR. Jediné, co se změnilo, bylo jejich množství. Obecně se jedná o kódy, které popisují problematiku sociální deprivace, izolace a copingových strategiích. Poté, co jsem si vytvořila tabulky v MS Excel, následovalo jednotlivé vyhledávání a počítání četnosti kódů ve výpovědích respondentů. Pokud se v respondentově výpovědi objevil jeden z kódů, byla výpověď označená 1, pokud ne, 0. Díky tomu se pak dala jednoduše zjistit četnost kódů.

Poslední fází zpracování dat bylo zjistit, jaká je zde míra rozdílů mezi oběma soubory seniorů. Z toho důvodu jsem zvolila postup, během kterého jsem využila kontingenční tabulku, která slouží k přehledné vizualizaci vzájemných vztahů mezi vícero skupinami. Na základě výpočtu chí-kvadrát testu dobré shody bylo možné zjistit, zdali se zde vyskytují signifikantní rozdíly či ne. Hodnota p je stanovena na hodnotu menší než 0,05. V rámci výpočtů chí-kvadrátu byla využita Yatesova korekce. Tam, kde hodnoty četností byly menší než 20, byl pro větší přesnost proveden Fisherův test. Pro lepší orientaci v postupu zpracovávání přikládám tabulku s výsledky.

Tabulka 1: Četnosti kódů u souboru samostatně žijících a podvýběru ostatních seniorů

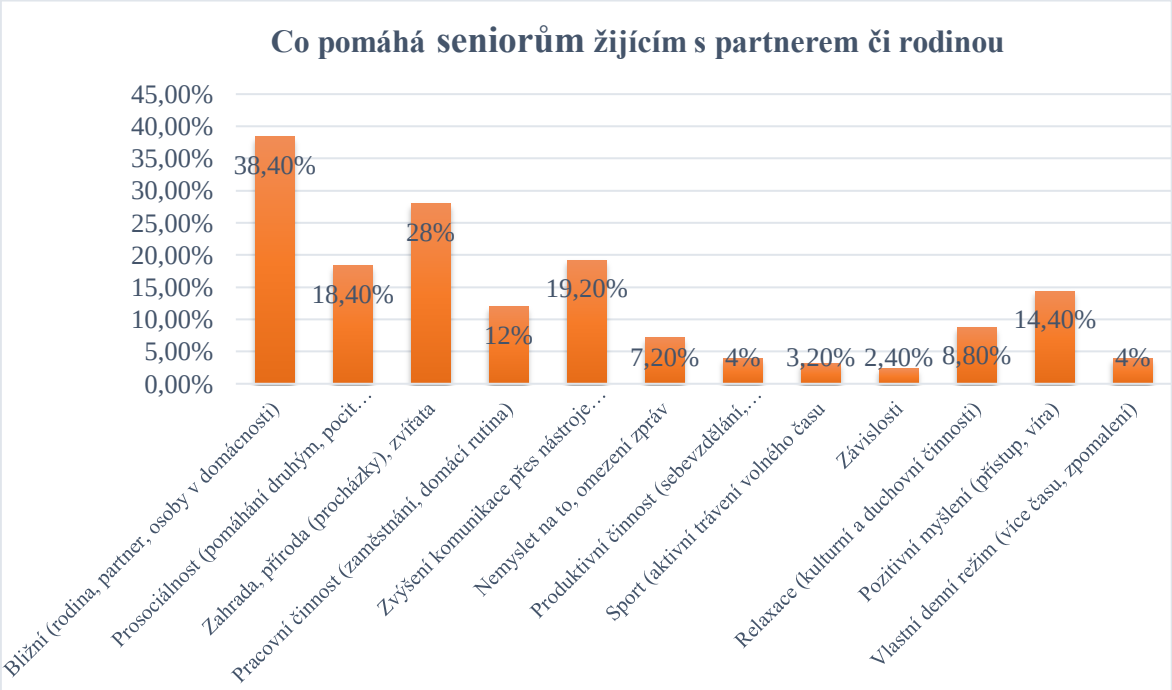
Kategorie	**Kódy**	**Senioři žijící s rodinou/partnerem N = 125**	**Četnost výskytu kódu**	**Samostatně žijící senioři N =1 25**	**Četnost výskytu kódu**	**Chí kvadrát; p < 0,05**
Objektivní změny	Osobní omezení (pohybu, aktivit, roušky)	59,20 %	74x	62,40 %	78x	x^2= 0,151 p = 0,698
	Omezení sociálního života (soc. distance, kontakt)	39,20 %	49x	41,60 %	52x	x^2= 0,0664 p = 0,08 F test = 0,07967
	Změna denního režimu	8 %	10x	10,40 %	13x	x^2= 0,1915 p= 0,662
	Blokování důležitých plánů (maturita, koupě bytu, SZZ)	4 %	5x	0,80 %	1x	x^2= 1,5369 p= 0,215
	Omezení v práci (nechodí do práce, do školy)	9,60 %	12x	6,40 %	8x	x^2= 0,4891 p= 0,484
	Vyšší nároky (v práci, časově atd.)	/	0x	4,80 %	6x	/
	Více času	3,20 %	4x	7,20 %	9x	x^2= 1,2983 p= 0,255
	Nic se nezměnilo	14,40 %	18x	15,20 %	19x	x^2= 0 p= 1 F test = 1

Subjektivní změny	Izolace (nedostatek kontaktu s blízkými, pocity osamění)	20 %	25x	28,80 %	36x	x^2= 2,168 p = 0,141
	Strach z onemocnění (o sebe, blízké)	19,20 %	24x	13,60 %	17x	x^2= 1,05 p = 0,305
	Nespecifický strach (důsledky, ekonomika, soc. důsledky, aj.)	11,20 %	14x	9,60 %	12x	x^2= 0,043 p = 0,836
	Pocity bezmoci a ztráty kontroly	8 %	10x	12 %	15x	x^2= 0,711 p = 0,399
	Souhlas s opatřeními (ano)	6,40 %	8x	10,40 %	13x	x^2= 0,832 p= 0,362
	Nesouhlas s vládními opatřeními, postupy	0,80 %	1x	2,40 %	3x	x^2= 0,254 p= 0,614
	Osobní růst (příležitost něco se naučit, zaměřil se na pomáhání)	4,80 %	6x	8,80 %	11x	x^2= 1,578 p= 0,021
Intenzita změn života	Negativní prožívání (emoční naléhavost)	26,40 %	33x	23,20 %	29x	x^2= 1,668 p = 0,434
	Neutrální prožívání (nic moc se pro mě nezměnilo)	40,80 %	51x	53,60 %	67x	
	Příležitost (pozitivní myšlení)	6,40 %	8x	8 %	9x	

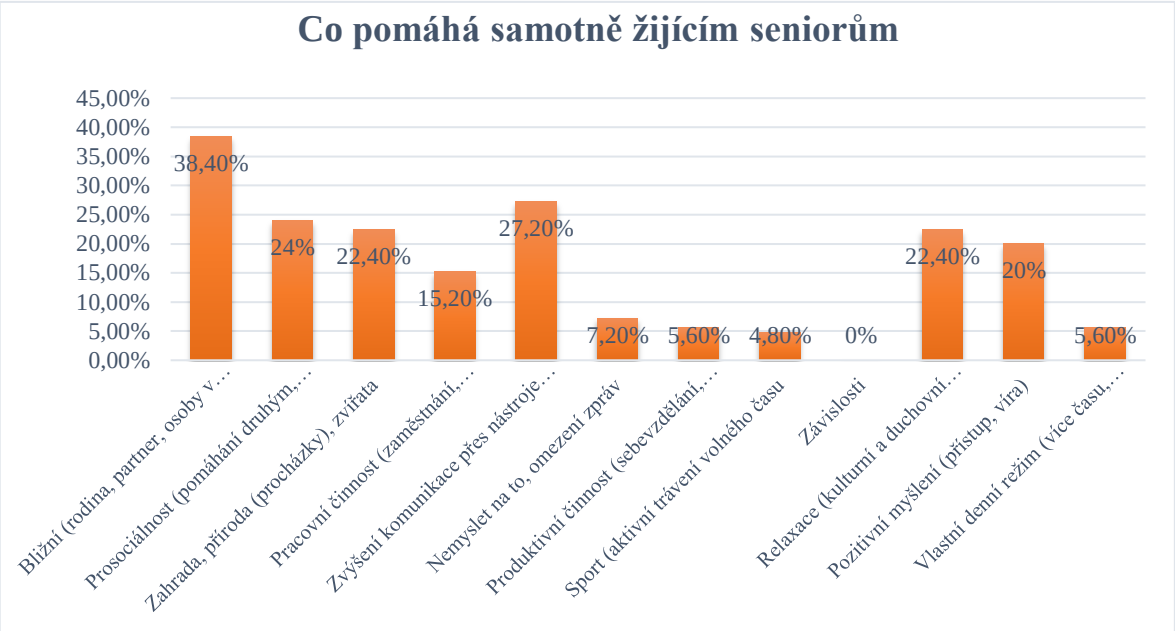
Nejhorší	Osobní nepohodlí (fyzické i emocionální)	11,20 %	14x	28,80 %	36x	x^2= 11,025 p= 0,001
	Izolace	18,40 %	23x	24 %	30x	x^2= 0,862 p= 0,353
	Obavy (o blízké)	11,20 %	14x	11,20 %	10x	x^2= 0,315 p = 0,575
	Nejistota (nejasnost – jak to bude)	15,20 %	19x	28 %	35x	x^2= 5,315 p = 0,212
	Smutek, obavy (z úmrtnosti)	17,60 %	22x	23,20 %	29x	x^2= 0,254 p = 0,614
	Přehánění (dramatizování, stigmatizace, hysterie, panika…)	0,80 %	1x	2,40 %	3x	x^2= 1,016 p= 0,313
	Kritika nesystematičnosti (vládních opatření)	6,40 %	8x	4,80 %	6x	x^2= 0,076 p= 0,783
	Ekonomické dopady	7,20 %	9x	5,60 %	7x	x^2= 0,067 p= 0,796
	Množství povinností	/	0x	0,80 %	1x	/
	Odkládání povinností, prokrastinace	/	0x	0,80 %	1x	/
	Lidé, co nerespektují pravidla a co podceňují situaci	16,80 %	21x	16 %	20x	x^2= 0 p= 1 F test = 1
	Mediální masáž (zahlcení zprávami)	5,60 %	7x	5,60 %	7x	x^2= 0,076 p= 0,783

Pro bližší popis copingových strategií byly využity kódy, které spadají do kategorie: Co pomáhá (v odpovědi na otázku „Jak situaci aktuálně prožíváte – co Vám pomáhá?“) Díky tomu bylo možné zjistit, co jednotlivým respondentům pomáhá. Pro lepší vizuální představu byly vytvořeny níže přiložené grafy. Procenta označují, kolik lidí z celkového výzkumného souboru spadá pod některý z kódů, které jsem si vytyčila. Data, která byla využita pro zpracování grafů, se nacházejí v přílohách (příloha č.1 – kvantitativní výzkum).

V rámci analýzy kvantitativních výsledků podsouboru seniorů žijících s partnerem či rodinou blíže popíšu kategorii – **Co pomáhá**. Tento soubor popisuje jako nejvíce napomáhající faktory své **Bližní (rodina, partner, osoby v domácnosti)**, **Zahradu, přírodu (procházky), zvířata), Zvýšení komunikace přes nástroje – mobilní telefon, internet aj.**



Graf č.1



Graf č.2

V souvislosti s kategorií – **Co pomáhá**, samostatně žijící senioři popisují jako nejvíce napomáhající faktor své **bližní (rodina, partner, přátelé)**. Nadále bych zmínila např. **komunikační nástroje – mobilní telefon, internet aj.**, **Zahradu, přírodu a zvířata, Relaxaci (kulturní a duchovní činnosti)** a **Pozitivní myšlení (přístup, víra).** V poslední řadě bych také upozornila na značnou míru vnímané **Prosociálnosti**, která se projevila více jak u 20% z celkového počtu respondentů. Navíc je vnímána silněji než u podsouboru ostatních seniorů.

4.6.4. Analýza výsledků kvantitativní části

V průběhu počínajících analýz se zdálo, že se mezi celkovým počtem jednotlivců liší prožívání vlivů pandemie Covid-19. Byly vybrány dvě skupiny seniorů – které se významně lišily životními podmínkami a bylo provedeno otevřené kódování. V průběhu podrobnějšího kódování se však začalo projevovat, že tyto dvě skupiny seniorů nejsou tak odlišné, jak se na první pohled zdálo. Jak vidíme v tabulce č.1, rozdíly mezi skupinami jsou ve většině případů značně nesignifikantní. Signifikantním rozdílem se projevily pouze 2 kódy ze 42 celkových. První kód, který se projevil jako signifikantní označuje – **Osobní nepohodlí (fyzické i emocionální)** – x^2=12,818; p=.000343. Jak si můžeme povšimnout, tento problém popisuje 28,80 % z celkového počtu (N=125) samostatně žijících respondentů. Druhým signifikantním výsledkem se stal rozdíl v četnosti kódů pro **Nejistotu (nejasnost – jak to bude) –** x^2= 11,194; p =.000821. Tento kód uvádí 35 respondentů samostatně žijících oproti 19 respondentům, kteří nežijí samostatně.

V tomto odstavci popíši nejčetněji se vyskytující kódy u samostatně žijících seniorů. Jednalo se o kódy, které označují: **Osobní omezení (pohybu, aktivit, roušky)** – N=78, **Omezením sociálního života (soc. distance, kontaktu)** – N=52, **Izolace (nedostatek kontaktu s blízkými, pocity osamění) –** N=36**, Izolace –** N=30**, Smutek, obavy (z úmrtnosti) –** N=29

Zaměříme-li se na kategorii **Intenzita změn života**, můžeme si tak povšimnout, jsou zastoupeny všechny kategorie kódů, a to v obou skupinách. Původní předpoklad toho, že obecné prožívání bude spíše negativní, se tak nepotvrdil. Z výsledků spíše vychází neutrální prožívání nově vzniklé situace. To si můžeme potvrdit v již zmíněné tabulce č.1, kde vidíme, že 62 respondentů popisuje negativní prožívání situace, zatímco zastánců neutrálního postoje k věci je 118.

4.6.5. Kvalitativní metoda zpracování dat

Na rozdíl od kvantitativního způsobu zpracování dat se tento způsob blíže zaměřuje na prožívání a jednání respondentů. Výzkumníka bychom mohli přirovnat k hledači pokladů. Pro zpracování informací používá jak induktivních, tak deduktivních metod. Za pomoci kvalitativních metod výzkumník nalézá skryté spojitosti a vodítka, které kvantitativní metodou není možné zachytit. Nejdříve dochází ke sběru dat, následně k jejich analýze. Díky tomu se může výzkumník rozhodnout, jaká data jsou pro něj důležitá a která nikoliv. Navíc tento postup zpracování dat nabízí neustálou možnost přezkoumávání vybraných výzkumných otázek. V důsledku toho je možné měnit závěry a vytvářet nové. (Hendl, 2016)

Data, která byla zpracována kvalitativním způsobem, originálně pocházejí z online dotazníku projektu JUPSYCOR. Jedná se tak o přepsané odpovědi na otevřené otázky.

Pro důkladné zpracování dat bylo využito otevřeného kódování. Cílem otevřeného kódování by mělo být vytvoření kategorizovaného seznamu kódů. Z toho důvodu byly výpovědi respondentů označovány vybranou baterií kódů (celkový součet se rovná 42 označením). Výzkumník se tak snaží seskupit opakující se témata, které označí kódy a následně je obecně shrne do kategorií. Příklady kódu jsou**: Bližní (rodina, partner, osoby v domácnosti), Příležitost (pozitivní myšlení, společenské změny…), Izolace nebo Omezení sociálního života.** Kategorie byly označeny jako – **Co pomáhá, Objektivní, Subjektivní a Nejhorší změny**. Poté, co bylo dokončeno kompletní okódování dat, byly výsledky seskupeny do tabulky. Tato tabulka je jednou z příloh bakalářské práce.

K analýze získaných výsledků byla následně použita Technika vyložení či výkladu karet. Tento postup spočívá v tom, že: „výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů, kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií“ (Švaříček & Šedová, 2014, s. 226).

4.6.6. Analýza výsledků kvalitativní části

V rámci prezentace výsledků, které jsou možné k nahlédnutí v přílohách (příloha č.2 kvalitativní výzkum), jsem se rozhodla využít Techniku výkladu karet.

Na úvod tohoto analytického příběhu je důležité popsat změny, které ovlivnily všechny občany České republiky. 20. března 2020 byl vládou ČR zaveden nouzový stav. To znamenalo jediné – přijímání ochranných nařízení. Díky nim došlo k uzavírání obchodů a provozoven, dále byla ukončena prezenční výuka ve školách (nadále pokračovala v online podobě), byl nařízen zákaz nočního vycházení, povinnost nošení ochranných prostředků (roušky či respirátory) jak v uzavřených prostorech, tak i venku. Dále bylo doporučeno se stýkat s co nejnižším počtem osob, omezit cestování pouze na nezbytně neodkladné záležitosti (cesta do práce, péče o rodinného příslušníka, cesta do nemocnice apod.). Později vládní představitelé ve spolupráci s lékařskými odborníky jmenovali několik ohrožených skupin jedinců, pro které může mít nakažení virem fatální následky. Mezi tyto skupiny byli zařazeni i lidé v důchodovém věku.

Zaměříme-li se blíže na náš výzkumný vzorek, musíme si uvědomit, že se jedná o samostatně žijící seniory. Své dny tak při normální situaci snaží vyplnit návštěvami u rodiny či přátel. Bohužel to je teď při přítomnosti pandemie skoro nemožné. Dochází tak k nucené sociální izolaci. Respondenti jako nejhorší uvádí **omezení sociálních kontaktů a samotu**. Jedna z respondentek například uvádí: *„…Jsme zavřené, nemohou za námi ani rodinný příslušnici“*. Výše zmíněné příznaky sociální izolace se tak proplétají napříč většinou výpovědí: *„…To si nedovede nikdo představit, jaký to je bejt tady sama, jakej mám strach.“* Jako další negativní aspekty pandemie jsou zmiňovány ztráty koníčků, **osobní nepohodlí (jak emoční, tak fyzické)** – *„…Nemůžu nikam chodit, nic nefunguje. Stojí to za nic!“*

Další často opakující výpovědí je **uvědomování si vlastní smrtelnosti**. Respondenti si více uvědomují svůj věk, množství času, které jim zbývá či nezbývá. *„…A znamená to pro mě, že nevím, jestli dožiju podzimu. A jaro krátký. Neužiju si jara. Mám už hodně let. A nevím, kolik jar a lét, jestli to tak bude vypadat dál“*. Další zmiňuje: „*Bojim se, protože jak je člověk přes 70, skoro 80 let, tak se bojí, aby něco nechytnul, aby neumřel, nebo nešel do nemocnice nebo tak, víš jaký to je, tak takhle.“* Poukazují na to, že si díky tomu uvědomují závažnost situace. Na otázku: Od kdy považujete situaci závažnou, jedna z dotazovaných odpověděla: *„Od prvních informací, kdy jsem byla zařazena do nejvíc ohrožené skupiny obyvatel 65+.V podstatě mi bylo vsugerováno, že proto musím umřít.“*

Prožívání pandemie se v tomto vzorku projevilo jako vyrovnané. Respondenti ve svých výpovědích zmiňují, že k **negativnímu prožívání pandemie** přispívá prezentace šíření viru a jeho dopadům na životy lidí – *„Vážná mi připadala ihned zpočátku v nárůstu paniky a masáží médii“*. Druhá skupina vnímá situaci tak, že to jejich současný život moc nezměnilo. *„Nepovažuji jí za žádnou katastrofu. Jsem přesvědčena že toto zastaveni člověk může pro sebe i pozitivně využít.“*

Obě tyto skupiny však shodně popisují **ztrátu vlastní nezávislosti**. Závislost uvádí ve vztahu ke své rodině. Kvůli obavám svých rodinných příslušníků mají zákaz si sami chodit nakupovat apod. Na otázku – Co pro Vás znamená současná situace (tzv. druhá vlna epidemie) – změnila nějak Váš život? V případě, že ano, jak, jedna z dotazovaných odpověděla: *„No, tak… Můj život změnila tak, že nemůžu moc ven. Protože mně je osmdesát, moje děti o mě mají strach. A pořád mně jenom připomínají, že nesmím nikam chodit, musím být doma.“*

Díky nově vzniklé situaci, která vznikla s příchodem pandemie, dochází také ke zkoušce mezilidských vztahů. Respondenti uvádí, že **silněji vnímají a pozorují ostatní lidi a jejich chování**. Zaměřují se na změnu ve strukturách vztahů apod. Jako příklad bych ráda uvedla tuto výpověď: *„pozoruji intenzivněji sociální chování lidí, mezilidské vztahy a hl. rozdělení společnosti, s tím související chování jedinců (na jedné straně bezohlednost, sobectví, nespokojenost a rebelie, zneužívání situace např. k politikaření i jiné…na druhé straně sounáležitost, ochota pomáhat, empatie, respektováni, obětování se, uvědomění si pravých hodnot...).“*

V poslední řadě bych ráda zmínila jednu zajímavost. Napříč výpověďmi se objevily zmínky o **prosociálním chování české společnosti**. Respondenti projevovali údiv a obdiv těm, kteří projevili svou nesobeckou stránku a pomáhali (mnohdy i zadarmo) druhým: *„…Překvapilo mě, že se lidé dali dohromady a všichni se snaží pomáhat, a nemyslí jen na sebe.“*

Diskuse

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem pandemie Covid-19 na samostatně žijící seniory. V teoretické části jsou popsány předpokládané dopady tohoto onemocnění. Přednostně je pospán psychický a sociální stav života samostatně žijících seniorů. Jsem si vědoma toho, že důsledky pandemie se nemusí a netýkají jen psychického stavu člověka. Mezi výše nezmíněné důsledky patří například fyzické zdraví nakažených, ekonomická situace občanů ČR a mnoho dalších.

Pro zpracování empirické části této bakalářské práce jsem využívala data, která byla sebrána za pomocí on-line dotazníku, který byl vytvořen členy projektu JUPSYCOR. Na podobu dotazníku a jím kladených otázek jsem neměla žádný vliv. Je možné, že pokud by došlo k jiné formulaci otázek, tak by se jednotlivé odpovědi mohly změnit.

Za důležité považuji zmínit možné zkreslení výsledků v kvantitativní části výzkumu. V rámci vyrovnávání skupin byl vytvořen podsoubor 125 respondentů, kteří v současné době žijí s rodinou či partnerem. Z celkových 260 respondentů jsem tak na základě náhodného stratifikovaného výběru operovala pouze se 125 lidmi. Kdyby systém vybral jiné reprezentující seniory, mohlo dojít k jiným výsledkům. Optimální by bylo proces náhodného výběru vícenásobně opakovat. Tento postup byl využit z toho důvodu, že jsem dopředu nevěděla, zdali budou rozdíly založené na množství, věku či pohlaví respondentů. Cílem bylo tyto faktory eliminovat, tak aby se projevené rozdíly daly vztáhnout pouze na to do jaké skupiny daný respondent patří.

V poslední řadě si uvědomuji, že popisuji jen první vlnu dopadů pandemie Covid-19. Jednotlivé názory a postoje se do současné doby (duben 2021) mohly změnit. Z toho důvodu mě napadá i možnost budoucího výzkumu. Zajímavé výsledky by mohly vzejít z porovnání skupin samostatně žijících seniorů z první a druhé vlny pandemie Covid-19.

Závěr

V teoretické části se tato bakalářská práce věnovala fenoménu stáří a s ním spojenými změnami a problémy. Došlo tak popisu fyzických, psychických i sociálních odvětví jedincova života. Dále došlo k popisu pojmů jako jsou deprivace a izolace, u kterých byl předpoklad výskytu v důsledku příchodu pandemie Covid-19.

V empirické části bylo cílem najít odpověď na výzkumnou otázku, což se povedlo. Na otázku: Jakým způsobem se změnilo prožívání samostatně žijících seniorů s příchodem pandemie Covid-19, bylo nalezeno několik odpovědí.

Díky smíšenému designu bylo umožněno nahlížet na danou problematiku dvěma různými přístupy. V rámci kvantitativních metod mi bylo umožněno porovnat dvě skupiny seniorů. Na začátku práce se předpokládalo, že samostatně žijící senioři budou nově vzniklou situaci prožívat znatelně hůř. Přestože se tato původní hypotéza nepotvrdila, bylo zjištěno, že se jednotlivé názory dělí na dvě skupiny. Na ty, kteří situaci shledávají jako silně negativní a na ty, kteří nepopisují žádné závažné změny a snaží se k tomu všemu přistupovat s otevřenou myslí. Jediné dva signifikantní rozdíly, které vnímali samostatně žijící senioři oproti ostatním seniorům, bylo zvýšené prožívání osobního nepohodlí (jak fyzického, tak i emocionálního) a pocity nejistoty.

V kvalitativní části této práce jsme se blíže zaměřili na prožívání samostatně žijících seniorů. V rámci tohoto šetření jsme zjistili, že prožívání pandemie je vcelku vyrovnané. Lidé popisují jak negativní aspekty pandemie Covid-19, tak i to, že se jejich životy zas tak zásadně nezměnily. Díky důkladnému přezkoumání výpovědí bylo zjištěno, že lidem nejvíce pomáhá rodina a zvýšené používání komunikačních prostředků (mobilní telefon, internet, soc. sítě). V poslední řadě bylo velmi pozitivně vnímáno prosociální chování národa a návrat k dřív oblíbeným koníčkům (sport, hra na hudební nástroje, zahradničení).

Na závěr bych tedy chtěla zodpovědět mou výzkumnou otázku. Ano, pandemie Covid-19 měla vliv na život samostatně žijících seniorů. Ti se však dokázali situaci přizpůsobit. Naučili se, jak tuto pandemii zvládat, tak aby mohli žít, co nejpřirozeněji.

Etické aspekty bakalářské práce

Během psaní této bakalářské práce i při realizaci jejího výzkumu bylo důležité dodržování etických zásad. V rámci výzkumného projektu JUPSYCOR byli respondenti seznámeni s cílem a použitím dat, byl získán informovaný souhlas a data byla sebrána anonymně.

Seznam použitých zdrojů a literatury

A...Česká alzheimerovská společnost. (2015). *Alzheimerova choroba.* http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05

Černoušek, M. (2017). *Izolace sociální.* https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Izolace_soci%C3%A1ln%C3%AD

Češková, E. (2011). *Léčba deprese ve stáří. Medicína pro praxi 1, 8* (7 a 8), 330-333 https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/07/06.pdf

Drapela, V. J. (2003). *Přehled teorií osobnosti.* Portál

Erikson, E.H., & Šimek, J. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: Devět věků člověka*. (2nd ed.). Portál

Fiscger,S., & Škoda, J.(2008). *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním.* Triton

Frej, D., Kuchař, J., & Kozumplík, M. (2020). *Svět přírodních antivirotik: Prevence a terapie pomocí domácích prostředků.* Eminent

Gillernová, I., Bahbouh, R., Mertin, V., Rymeš, M., Slaměník, I., & Šípek, J. (2000). *Slovník základních pojmů z psychologie.* Nakladatelství Fortuna

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* (4th ed.). Portál

Kohoutek, T., & Čermák, I. (2009). *Psychologie katastrofické události.* Academia

Langmeier, J., & Krejčíková, D. (2006). *Vývojová psychologie.* (4th ed.). Grada

Langmeier, J., & Matějček Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství.* (4th ed.). Karolinum

Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví.* Grada

Mlčák, Z. (2005). *Psychologie zdraví.* (3rd ed.). Ostravská univerzita, Filozofická fakulta

Ort, J. (2004). *Kapitoly sociologie stáří: (Společenské a sociální aspekty stárnutí).* Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta

Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Avicenum

Papežová, E. (2009). *Ageismus – vnímání seniory a postoje mladách dospělých.* [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. https://is.muni.cz/th/ajoi8/DIPLOMKA_PAPEZOVA_EVA.pdf

Plháková, A. (2017). *Učebnice obecné psychologie.* Academia

Příhoda, V., & Balcar, J. (1971). *Ontogeneze lidské psychiky: Vývoj člověka do patnácti let.* Státní pedagogické nakladatelství.

Říčan, P. (2006). *Cesta životem: Vývojová psychologie.* (3rd ed.). Portál

Stuchlíková, I. (2007). *Základy psychologie emocí.* (2nd ed.). Portál

Šimíčková-Čížková, J. (2010). *Přehled vývojové psychologie.* (3rd ed.). Univerzita Palackého v Olomouci

Švaříček, R., & Šeďová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* (2nd ed.) Portál

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt.* Portál

Tonešová, T. (2002). *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří.* Ambulance pro poruchy paměti

Špatenková, N. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén.* Grada

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří.* Portál

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří.* Karolinum

Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti.* Karolinum

Vinay, J. (2007). *Stres a zdraví.* Portál

World Health Organization. (n.d.,a). *Timeline: WHO´s COVID-19 response.* https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!

World Health Organization. (n.d., b). *Coronavirus disease: (COVID-19) pandemic.* https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov

Seznam příloh

Kategorie	Kódy	Senioři žijící s rodinou/partnerem N = 125	Četnost výskytu kódu	Samostatně žijící senioři N =1 25	Četnost výskytu kódu
Co pomáhá	Bližní (rodina, partner, osoby v domácnosti)	38,40%	48	38,40%	48
	Prosociálnost (pomáhání druhým, pocit sounáležitosti)	24%	30	18,40%	23
	Zahrada, příroda (procházky), zvířata	22,40%	28	28%	35
	Pracovní činnost (zaměstnání, domácí rutina)	15,20%	19	12%	15
	Zvýšení komunikace přes nástroje (telefonní, soc. sítě)	27,20%	34	19,20%	24
	Nemyslet na to, omezení zpráv	7,20%	9	7,20%	9
	Produktivní činnost (sebevzdělání, kreativní činnost, sebevzdělání	5,60%	7	4%	5
	Sport (aktivní trávení volného času	4,80%	6	3,20%	4
	Závislosti	0%	0	2,40%	3
	Relaxace (kulturní a duchovní činnosti)	22,40%	28	8,80%	11
	Pozitivní myšlení (přístup, víra)	20%	25	14,40%	18
	Vlastní denní režim (více času, zpomalení)	5,60%	7	4%	5

Příloha č. 1 – kvantitativní výzkum – údaje do grafů

Kategorie	Kódy	Četnost výskytu kódů	Příklad kódu ve výpovědích
Objektivní změny	Osobní omezení (pohyb, aktivit, roušky)	30x	„…Pandemie omezila moje koníčky, setkání a kulturu.“
	Omezení sociálního života	22x	„…společnost přátel a dětí nenahradí.“ „…Nemám možnost se setkat se svými přítelkyněmi, se kterými jsem se stýkala pravidelně každý týden a to, že tady musím být uzavřená doma mi nevyhovuje.“
	Změna denního režimu	1x	„…Nemožnost plánovat dopředu a mít se na co těšit.“
	Blokování důležitých plánů (maturita, koupě bytu, SZZ)	1x	„…škrtám si připravované akce“
	Omezení v práci (nechodí do práce, do školy)	0x	/
	Vyšší nároky (v práci, časově atd.)	0x	/
	Více času	2x	„…Využila jsem času k umytí okem, úklidu zapomenutých koutů a míst na která nebyl dříve čas. Hodně času strávím komunikací s mě blízkými lidmi“
	Nic se nezměnilo	4x	„…prakticky se nezměnilo nic“
Subjektivní změny	Izolace (nedostatek kontaktu s blízkými, pocity osamění)	22x	„…to si nedovede nikdo představit, jaký to je bejt tady sama, jakej mám strach.“ „…Jsme zavřené, nemohou za námi ani rodinný příslušnici.“
	Strach z onemocnění (o sebe, blízké)	4x	„…To víš, že mám o ně starost, o vnuky. Mám starost o Janu a o Marka, to mám starost, to jako musím přiznat, že ano.“ „…Nejhorsi je asi strach z nakazy.“
	Nespecifický strach (důsledky, ekonomika, soc. důsledky, aj.)	5x	„…že to bude velmi těžký se znovu... Všechno oživit, ty prodejny, a vlastně oživit, aby se lidi nebáli.“
	Pocity bezmoci a ztráty kontroly	10x	„…no jinak mi nepomáhá nikdo, no“ „…zatím nevidím světlo na konci tunelu“
	Osobní růst (příležitost se něco naučit, s rodinou, zaměřil se na pomáhání)	6x	„…Začala jsem ráno pravidelně cvičit“

	Souhlas s opatřeními (ano)	3x	„…Kdo porušuje ty opatření, no tak je hloupej, je třeba to dodržovat, aby se to nějak trošičku srovnalo, no, nikdo s tím nic neudělá“
	Nesouhlas s vládními opatřeními, postupy	3x	„Nejhorsi je asi…tristni chovani vlady“
	Osobní růst (příležitost něco se naučit, zaměřil se na pomáhání)	4x	„…Jsem přesvědčena že toto zastaveni člověk může pro sebe i pozitivně využít“
Nejhorší	Osobní nepohodlí (fyzické i emocionální)	18x	„…Nosím brýle a ty se mi rosí, když mám roušku.“ „…každou sobotu jsem byla zvyklá jet na výlet, což také nemůžu“ „…Snažím se to brát vesele a radostně, ale ono to někdy nejde“
	Izolace	22x	„…změnilo mi to, že nemůžu nikam, že sedím doma, čumím do blba a už mě to štve, nejradši bych šla do světa, no, podívat se do krámu, no a takhle sedím doma a čumím do blba“
	Obavy (o blízké)	4x	„…Mám strach o vnuky“
	Nejistota (nejasnost – jak to bude)	6x	„…Je to hrozný... (smrkání) Co bude, bude trochu víc bídy a hladu, protože všechno krachuje, bude akorát hrozná bída a hlad, k ničemu jinýmu to nespěje.“ „…Pochopitelně se mně dotýká negativní dopad na zdraví lidí, sociální situaci rodin a ekonomiku hospodářství“
	Smutek, obavy (z úmrtnosti)	4x	„…Strach chodit mezi větší množství lidí“ „…No za nejhorší... Kdybych to dostala, tak abych se dlouho netrápila, buď abych se brzo uzdravila, nebo abych zavřela oči a měla klid, no“
	Přehánění (dramatizování, stigmatizace, hysterie, panika…)	1x	„…věčné reptání a natahování ruky ke státu.“
	Kritika nesystematičnosti (vládních opatření)	4x	„vždyť tohle můžou vymyslet jen hloupý hlavy, ne chytrý hlavy, ale opravdu hloupý hlavy, nepřemejšlej, mají tady ne mozek, ale tekutou vodu.“

Nejhorší	Ekonomické dopady	3x	„ochopitelně se mně dotýká negativní dopad…na ekonomiku hospodářství“
	Množství povinností	0x	/
	Odkládání povinností, prokrastinace	2x	„…já zase sedím a koukám do blba, no, je to hrozný“
	Lidé, co nerespektují pravidla a co podceňují situaci	4x	„…Nejhorší je neukázněnost některých spoluobčanů“
	Mediální masáž (zahlcení zprávami)	2x	„…Když jsem byla zahrnuta množstvím špatných informací z medií.“
Intenzita změn života	Negativní prožívání (emoční naléhavost)	12x	„…No špatně, špatně. Mám strach a úzkost a... No všechno dohromady, no, není mi dvakrát, no.“ „…Depresivně a nevidím žádné východisko.“
	Neutrální prožívání (nic moc se pro mě nezměnilo)	13x	„…Nepovažuji jí za žádnou katastrofu. Jsem přesvědčena že toto zastaveni člověk může pro sebe i pozitivně využít“ „…Stále si myslím, že "nejde o život".“
	Příležitost (pozitivní myšlení, společenské změny,…)	5x	„…Pozitivní je probuzení občanské sounáležitosti a úžasné obětavosti lidí“
Co pomáhá	Bližní (rodina, partner, osoby v domácnosti)	10x	„…Pomáhá mi, když přijede jedna nebo druhá dcera a vnučka“
	Prosociálnost (pomáhání druhým, pocit sounáležitosti)	5x	„…Teď je to jiné, lidé pomáhají i zadarmo a obětují vše, aby se nám všem ulevilo a porazili jsme koronavir.“
	Zahrada, příroda (procházky), zvířata	4x	„…jinak krátké vycházky po okolí“
	Pracovní činnost (zaměstnání, domácí rutina)	5x	„…Využila jsem času k umytí okem, úklidu zapomenutých koutů a míst na která nebyl dříve čas“
	Zvýšení komunikace přes nástroje (telefonní, soc. sítě)	8x	„…tak Skypuju, píšeme si maily, telefonujeme si.“
	Nemyslet na to, omezení zpráv	0x	/
	Produktivní činnost (sebevzdělání, kreativní činnost, sebevzdělání	2x	„…Hodně fotografuji, srovnala jsem si fotky a sestavila 4 fotoknihy pro vnuky.“
	Sport (aktivní trávení volného času	5x	„…Bydlím na konci města a jezdím na kole“
	Závislosti	0x	/
	Relaxace (kulturní a duchovní činnosti)	2x	„…Pomáhá mi především práce a naděje brzkého ukončení epidemie.“
	Pozitivní myšlení (přístup, víra)	9x	„…snažím se být optimistická a věřím, že to

			brzy přestane a nebude to dlouho trvat“
	Vlastní denní režim (více času, zpomalení)	0x	/

Příloha č.2 – kvalitativní výzkum – ukázka reprezentujícího vzorku
N = 25