

LIFELONG LEARNING – CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Vol. 10, 2020, No. 3

Mendelova univerzita v Brně
Vysokoškolský ústav Institut celoživotního vzdělávání

ISSN 1804-536X (Print)
ISSN 1805-8868 (Online)

OBSAH

Editorial..... 271

Studie

Emrová Lenka: Vnímání sociálních kompetenci lékaře z pohledu
lékaře a z pohledu pacienta v gynekologii a porodnictví..... 275

Határ Ctibor, Jedličková Petra: Problematika aktivního Starnutia
a aktívnej staroby Vo vzdelávacej a sociálnej politike Slovenska,
Nemecka a Španielska..... 311

Tallová Barbora: Mezigenerační vztahy mezi dětmi předškolního
věku a seniory..... 333

Recenze

Michal Černý: Digitální kompetence v transdisciplinárním nahlédnutí:
mezi filosofií, sociologií, pedagogikou a informační vědou.
(Autoři recenze: Petr Novotný, Miroslava Dvořáková)..... 355

Zpráva

Konference ICOLLE se letos zaměřila na roli odborného vzdělávání
(Autor zprávy: Martina Urbánková)..... 363

CONTENTS

Editorial..... 271

Articles

Emrová Lenka: Physicians' and Patients' Perceptions of Physicians'
Social Competencies in Gynaecology and Obstetrics..... 275

Határ Ctibor, Jedličková Petra: The Issue of Active Ageing
and Active Old Age in the Education and Social Policy of Slovakia,
Germany and Spain..... 311

Tallová Barbora: Intergenerational Relationships between Preschool
Children and the Elderly..... 333

Book review

Michal Černý: Digitální kompetence v transdisciplinárním nahlédnutí:
mezi filosofií, sociologií, pedagogikou a informační vědou.
(Review authors: Petr Novotný, Miroslava Dvořáková)..... 355

Reports

Konference ICOLLE se letos zaměřila na roli odborného vzdělávání
(Reports author: Martina Urbánková)..... 363

EDITORIAL

Vážení čtenáři, milé kolegyně a milí kolegové, přátelé celoživotního vzdělávání,

právě si prohlížíte třetí číslo časopisu *Lifelong Learning – Celoživotní vzdělávání*, které formálně patří ještě do roku 2020. Na tento rok budeme určitě ještě dlouho vzpomínat – a s poukazem na celosvětové události pravděpodobně ne úplně v dobrém. Doufejme, že rok 2021 bude alespoň o něco lepší a neponese v podobném – koronavirovém – duchu. Určitě vás zajímá, co zajímavého se v tomto čísle dočtete. Toto polytematické číslo vám nabízí tři studie, jednu recenzi a jednu zprávu.

Kolegyně Lenka Emrová z Masarykova ústavu vyšších studií Českého vysokého učení technického v Praze se ve svém příspěvku zaměřuje na oblast zdravotnictví a zabývá se vnímáním sociálních kompetencí lékaře. Akcentuje zde potřebu sociálněpsychologické průpravy lékařů jak v pregraduální přípravě, tak i v postgraduální fázi, při výkonu povolání. Konkrétně se zaměřila na obor gynekologie. Při svém výzkumu realizovala ohniskové skupiny s lékaři a rozhovory s pacientkami. K jakým výsledkům došla, tedy jaké kompetence preferuje pro svoji vzájemnou interakci jedna či druhá skupina, se dočtete v její zajímavé studii.

Přátelé z Pedagogické fakulty Univerzity Konstantina Filozofa v Nitre Ctibor Határ a Petra Jedličková se rozhodli ve své studii věnovat problematice aktivního stárnutí a aktivního stáří. Porovnávají a analyzují vzdělávací a sociální politiky tří států – konkrétně Slovenska, Německa a Španělska. Při své práci využívali zejména metod srovnávací andragogiky. Pomocí obsahové analýzy národních dokumentů tak dokázali identifikovat určité společné i rozdílné znaky. Aktuálnost tématu této studie rozhodně vzbuzuje touhu po jejím přečtení.

Jedním z velmi zajímavých témat současnosti je také mezigenerační vzdělávání, kterému se věnujeme i u nás na Mendelově univerzitě v Brně. Kolegyně Barbora Tallová z Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně představuje ve svém článku téma mezigeneračních vztahů na příkladu dětí předškolního věku a seniorů. Pokládá si otázku, jaké jsou

možnosti podpory těchto vztahů mezi uvedenými skupinami a do jaké míry se na jejich rozvoji podílejí různé mezigenerační projekty či rodinné prostředí.

Petr Novotný s Miroslavou Dvořákovou z Ústavu pedagogických věd Filozofické fakulty Masarykovy univerzity nám zaslali k otištění zajímavou recenzní stať k publikaci Michala Černého, který nedávno vydal monografii pod názvem *Digitální kompetence v transdisciplinárním nahlédnutí: mezi filosofií, sociologií, pedagogikou a informační vědou*. Jejich podnětnou reflexi této knihy je určitě možné doporučit.

I v letošním roce, konkrétně 9. září 2020, proběhla v brněnském hotelu Avanti pod záštitou rektorky Mendelovy univerzity v Brně, hejtmána Jihomoravského kraje a dalších významných osobností mezinárodní vědecká konference ICOLLE 2020, které se zúčastnili zástupci z několika evropských zemí. Podrobnou zprávu shrnující veškeré podstatné informace o této události připravila vedoucí marketingového oddělení vysokoškolského ústavu Institutu celoživotního vzdělávání Martina Urbánková.

Vážené kolegyně a kolegové, přeji vám nejen příjemné chvíle ve společnosti našeho odborného časopisu, ale hlavně hodně sil, pedagogického optimismu, tvůrčích úspěchů, štěstí a ze všeho nejvíce zdraví v novém roce 2021.

Petr Adamec
předseda redakční rady

STUDIE / ARTICLES

VNÍMÁNÍ SOCIÁLNÍCH KOMPETENCÍ LÉKAŘE Z POHLEDU LÉKAŘE A Z POHLEDU PACIENTA V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ

Lenka Emrová¹

¹Karlova Univerzita, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Celetná 20, 110 00, Praha 1, Česká republika

Link to this article: <https://doi.org/10.11118/lifele20201003275>

Podáno: 1. 10. 2019, Přijato: 27. 7. 2020

To cite this article: EMROVÁ LENKA. 2020. Vnímání sociálních kompetencí lékaře z pohledu lékaře a z pohledu pacienta v gynekologii a porodnictví. *Lifelong Learning - celoživotní vzdělávání*, 10 (3): 275–309.

Abstrakt

V současné době je stále více diskutován stav našeho zdravotnictví. Na jedné straně je považováno za nejvyspělejší systém na světě, na druhé straně je českému zdravotnictví často vytýkáno, že je více uplatňován medicínský pohled a psychosociální aspekty jsou opomíjeny. Sociální kompetence jsou u lékaře očekávány, ale stále se nevěnuje dostatek pozornosti jejich definování, rozvíjení a vytváření podmínek pro jejich uplatňování. Je třeba uskutečnit proměnu kurikula sociálně-psychologické přípravy lékařů v pregraduální i postgraduální úrovni. Celoživotní vzdělávání zde hraje významnou roli, protože teprve v každodenní praxi se lékaři mohou dostat do kontaktu s pacienty a rozvíjet svoje sociální kompetence. Výzkum je zacílen na gynekologickou a porodnickou specializaci, kde je potřeba sociálně-psychologického přístupu vnímána jako jedna z nejdůležitějších. Hlavními metodami jsou tři ohniskové skupiny

se šesti lékaři a devět polostandardizovaných rozhovorů s rodičkami. Získaná data byla zpracována metodou kódování a vytváření trsů. Výsledky naznačují, že mezi lékaři a pacienty existuje určitá shoda ohledně kategorií sociálně kompetentního chování vůči pacientkám. Rozdíly jsou však ve vnímané důležitosti – lékaři považují za významné sociální kompetence kompetence intrapersonální, zatímco rodičky kompetence interpersonální a komunikační. Tyto výsledky jsou diskutovány s ohledem na důsledky pro budoucí výzkum intervencí v oblasti sociálních kompetencí lékařů v rámci formálního a informálního vzdělávání. Poznatky vycházející přímo z vnímání lékařů a pacientů považujeme za cenné, protože poskytují další pohled na to, co je důležité zahrnout do intervencí v oblasti získávání sociálních kompetencí.

Klíčová slova: sociální kompetence, intrapersonální kompetence, interpersonální kompetence, emocionální kompetence, komunikační kompetence, vzdělávání lékařů založené na kompetencích (CBME), celoživotní vzdělávání

PHYSICIANS' AND PATIENTS' PERCEPTIONS OF PHYSICIANS' SOCIAL COMPETENCIES IN GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS

Abstract

The quality and level of the Czech health-care system is a very current and often discussed topic. The Czech health-care system is considered to be the most advanced health system in the world, on the other hand, the Czech health-care system is often criticized for being more “technological” and “scientific” and that the psychosocial aspects are neglected. The physicians are expected to have acquired social competencies, but not enough attention is paid to defining and developing them as well as creating conditions for their

application. We need to change the curriculum for undergraduate and postgraduate physicians' psychosocial preparation. Lifelong learning plays a significant role as doctors can get into contact with patients and develop their social competencies only in everyday practice. The research focuses on gynaecological and obstetric specialization where the need of psychosocial approach is considered essential. The purpose of this research was to determine if there exists an agreement between gynaecologists-obstetricians and patients-women expectations on what behaviour make physicians' social competent behaviour. The main methods used are three focus groups for six doctors and nine semi-standardized interviews with expectant mothers. The obtained data were processed using the method of coding and creation of clusters. The results indicate that there is considerable agreement between physicians and patients on the categories of socially-competent behaviour. However, the differences are in the perceived importance of the competencies; the physicians consider intrapersonal competencies to be the most important, while mothers consider interpersonal and communication competencies to be the most important. These results are discussed with respect to the implications for future research of interventions in the field of physicians' social skills training in formal and informal education. We consider knowledge based directly on the perception of physicians and patients to be valuable because it provides further insight into what is important to include in the education of social competencies.

Keywords: social competencies, intrapersonal competencies, interpersonal competencies, emotional competencies, communication competencies, competency-based medical education (CBME), lifelong learning

V posledních letech můžeme na poli medicíny sledovat velký vědecký i technologický pokrok nejen v celém světě, ale také v České republice. České zdravotnictví patří mezi vyspělé zdravotnické systémy. Přesto někteří pacienti nejsou spokojeni se zdravotnickou péčí, což potvrzují i mnohé výzkumné studie (Beckman & Frankel, 1984; Gerrard *et al.*, 1980; Spencer, 1990; Takács & Seidlerová, 2012; Takács & Seidlerová, 2013). Poukazují na

skutečnost, že systém zdravotnické péče je příliš „zaměřen na technologie a vědu, na nemoc či lékaře nebo na řešení problémů“. Lékař by však měl být více „humanisticky orientovaný, zaměřený na člověka a soustředěný na pacienta“.

Violato *et al.* (2003) však zmiňuje, že přemýšlení o lékařské způsobilosti se v západním světě mění. Do popředí se dostávají sociální dovednosti a kompetence. I další autoři zdůrazňují, že komunikační kompetence, interpersonální dovednosti a profesionalita stojí vedle klinického rozhodování a lékařské kvalifikace jako součást klinických kompetencí (ACGME, 2001; Epstein & Hundert, 2002; Frank, 2005; Maudsley *et al.*, 2001; Violato *et al.*, 2003). Významné práce provedené výzkumnými pracovníky a odborníky v oblasti kompetencí odhalují specifické dovednosti, které dnešní odborníci v oblasti zdravotnictví potřebují k tomu, aby lépe vyhovovaly potřebám pacientů (Gerteis *et al.*, 1993; Halpern *et al.*, 2001; Mead & Bower, 2000; O'Neil, 1992; Stewart, 2001). Mnoho studií demonstuje, že přístup zaměřený na pacienta (*patient-centre-approach*) může zlepšit zdravotní stav a další výsledky pacienta (Benbassat *et al.*, 1998; Henbest & Stewart, 1990; Kaplan *et al.*, 1989; Lewin *et al.*, 2001; Roter *et al.*, 1995; Stewart *et al.*, 1999). Pacienti v dnešní době očekávají, že lékaři budou respektovat jejich autonomii, naslouchat jim, informovat je, brát v úvahu jejich preference, zapojovat je do rozhodování o léčbě a podporovat jejich úsilí v péči o sebe (Coulter & Magee, 2003). Roste počet důkazů, že lidé, kteří se aktivně podílejí na ochraně zdraví a řízení zdravotní péče, na rozhodování o své péči, mají lepší zdravotní výsledky, nižší náklady a vyšší funkční status než pacienti, kterým to není umožněno nebo z vlastní vůle přenechávají rozhodnutí na lékaři (Coulter & Ellins, 2006; Gifford, 1998; Von Korff *et al.*, 1998; Wagner *et al.*, 2001). Rovněž bylo prokázáno, že péče zaměřená na pacienta vede k větší spokojenosti s klinikou a k loajalitě pacienta k lékaři (Meryn, 1998). Honzák (1997) poukazuje také na ekonomický přínos plynoucí z psychosociálně orientované intervence u nemocných somatických specializací.

Příspěvek se zaměřuje na oblast gynekologie a porodnictví. Tato specializace je zvláště citlivá na sociální kompetence lékařů. Mnoho autorů se shoduje, že porod je „kritickým obdobím“ v životě ženy, které je doprovázeno zvýšenou citlivostí a zranitelností a má významné (a dlouhodobé) dopady na fyzické a duševní zdraví, vztah k dítěti, smysl pro rodičovské kompetence, a tedy její další rozvoj (Bailham & Joseph, 2003; DiMatteo *et al.*, 1996; Michels, Kruske, & Thompson, 2013). Vztah a dobrá komunikace mezi

lékařem a matkou je předpokladem pro vytvoření důvěryhodného vztahu a spolupráce. Dobrá spolupráce snižuje úzkost a stres a přispívá k pozitivnější zkušenosti s porodními a poporodními obdobími a k větší spokojenosti matek (Takács, Sobotková, Šulová, 2015). Dobrá spolupráce a komunikace s pacientem jsou důležité nejen pro obor gynekologie a porodnictví, ale i pro další specializace, zvláště v době, kdy se celosvětově prodlužuje délka života a zároveň se zvyšuje procento nemocných trpících tzv. civilizačními chorobami. Proto odborné medicínské rady v západním zdravotnickém světě vytvářejí kompetenční modely péče o pacienty a stále více zdůrazňují důležitost těchto aspektů chování lékařů, například Good Medical Council (GMC, 2013) ve Velké Británii, CanMEDS (Frank, 2005) v Kanadě nebo Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME, 2001) v USA. Tyto modely jsou základem vzdělávacích a praktických standardů a slouží k jejich hodnocení. Přestože toto téma je prioritou v dnešní moderní medicíně, její zavádění a integrace nejsou ještě plně praktikovány (Barnsteiner, Disch, & Walton, 2014). V České republice žádné takové modely zatím neexistují, lékaři si stěžují na nepřilíš propracovaný systém specializačního vzdělávání a apelují na nutnost změny.

Pojem „kompetence“ je v posledních desetiletí velmi oblíbeným konceptem. Vědci, kteří píší své práce v angličtině, definují kompetenci jako „fuzzy koncept“ (LeDeist & Winterton, 2005; Klink & Boon, 2003), protože na poli kompetencí panuje nejednotnost jak v oblasti definování, tak v oblasti obsahu i metodiky, které samozřejmě vedou k nedorozuměním a zmatkům. Můžeme vidět, že co autor, to nová definice kompetence. Přesto je tento koncept považován za užitečný, neboť umožňuje koordinovat systém vzdělávání s požadavky trhu práce.

Na základě studia literatury lze shrnout, že na kompetenci lze pohlížet jako na vnitřní charakteristiky osobnosti a zároveň jako na pozorovatelné chování. Hartle (1995, s. 107) vysvětluje kompetenci (*competency*) jako „charakteristiku jedince, která vede k vyššímu výkonu práce“ a zahrnuje jak viditelné „kompetence“, „znalosti a dovednosti“, tak „základní prvky kompetencí“, jako jsou „rasy a motivy“. Burgoyne (1988) podobně rozlišuje „kompetentnost“ (splnění požadavků na pracovní místa) od „mít kompetence“ (má potřebné atributy k vykonávání dovedností). Všechny definice se pak shodují, že kompetence vedou k efektivnímu výkonu v jakékoli činnosti nebo se uplatňují v různých oblastech života a lze je získat prostřednictvím pracovních a životních zkušeností, studií a tréninkem. Kompetenci tedy

vnímáme jako množinu vlastností, dovedností, postojů a hodnot, která je podstatou kompetentního chování, ale sama o sobě kompetentní chování nezaručuje. Kompetentní chování vnímáme jako efektivní a účinné chování osoby v konkrétní situaci, které vede k vyššímu výkonu. I v české literatuře existuje velké množství definic, přičemž některé z nich rovněž více akcentují vlastnosti, jiné chování. Hroník (2007, s. 62) považuje definice, které akcentují vlastnosti jakožto rozhodující činitele, za cestu zpět. Kompetenci vnímá jako trs znalostí, dovedností, zkušeností a vlastností, který podporuje dosažení cíle. Tento trs je pozorovatelný ve vzorku chování, kde můžeme identifikovat více kompetencí. Kompetence nejsou pouhými dovednostmi. Jsou to pozorovatelné způsoby, s jejichž pomocí dosahujeme efektivních výkonů (s. 61). Veteška & Tureckiová (2008, s. 27) definují kompetenci jako „jedinečnou schopnost člověka úspěšně jednat a dále rozvíjet svůj potenciál na základě integrovaného souboru vlastních zdrojů, a to v konkrétním kontextu různých úkolů a životních situací, spojenou s možností a ochotou (motivací) rozhodovat a nést za svá rozhodnutí odpovědnost“. Rovněž Plamínek & Fišer (2005) kompetenci vnímají jako způsobilost k množině úloh konkrétní pracovní pozice. Rozlišují dvě hlavní složky – vlastní výkon jednotlivce a potenciál nutný k danému výkonu (vlastní zdroje). Mezi oběma složkami úspěchu je synergický vztah.

Podobně jako kompetence obecně lze definovat i sociální kompetence a sociální kompetentnost. Sociální kompetence je tradičně definována jako komplexní systém sociálních schopností, zvyků, dovedností a znalostí, který dává předpoklad pro efektivní fungování v sociálních vztazích. Některé definice kladou větší důraz na individuální potenciál člověka (Argyle, 1999; Rubin & Rose-Krasnor, 1992; Schneider, 1993; Waters & Sroufe, 1983; White, 1959), druhé zdůrazňují konkrétní chování a jeho důsledky (Goldfried & D’Zurilla, 1969; Elliott, Gresham, & Heffer, 1987).

Kanning (2017, s. 11) rozlišuje sociálně kompetentní chování a sociální kompetence. „Sociálně kompetentní chování je chování osoby, které ve specifické situaci přispěje k tomu, aby uskutečnila vlastní cíle, přičemž je zároveň zaručena sociální akceptace jejího chování.“ „Sociální kompetence je celek tvořený znalostmi, schopnostmi a dovednostmi osoby, který zakládá kvalitu vlastního sociálního chování ve smyslu definice sociálně kompetentního chování.“ V tomto ohledu je možné vnímat sociální kompetenci jako vstup a sociálně kompetentní chování jako výstup. Aby člověk mohl být sociálně kompetentní, je důležité, aby dokázal využít svého

potenciálu v kontextu se sociální situací, jednotlivé složky kompetence vhodně propojit a využít, protože využití jedné kompetence podmiňuje a ovlivňuje použití kompetence jiné.

V literatuře se uvádí mnoho pojmů, které se vztahují k sociální kompetenci – např. sociální inteligence, emocionální inteligence, sociální dovednosti. Někteří autoři tyto pojmy ztotožňují (Goleman, 1995; Marlowe, 1986; Vágnerová, 2010), jiní sociální kompetenci těmto pojmům nadřazují (Cantor & Harlow, 1994; Kanning, 2017). Považujeme za významné sociální kompetenci vnímat jako pojem nadřazený všem dalším příbuzným konceptům a považovat je za složky kompetence. Smékal (1995, s. 4) při definování sociální kompetence zdůrazňuje, že se jedná „o velmi složitou strukturu dovedností, návyků, rysů, potřeb, postojů i dispozičních osobnostních předpokladů“.

Belz & Siegrist (2001, s. 167) definují pojem „klíčové kompetence“, které přesahují hranice jednotlivých odborností a jsou výrazem schopnosti člověka chovat se přiměřeně situaci a v souladu sám se sebou, tedy jednat kompetentně. V rámci klíčových kompetencí zmiňuje kompetence ve vztahu k vlastní osobě, kompetence v oblasti metod a sociální kompetence. Kompetencemi ve vztahu k vlastní osobě rozumí kompetentní zacházení se sebou samým, tj. nakládání s vlastní hodnotou, být svým vlastním manažerem, být schopen reflexe vůči sobě samému, vědomě rozvíjet vlastní hodnoty a sebeobraz, schopnost posuzovat sám sebe a dále se rozvíjet. Kompetencí v oblasti metod rozumí plánovitě, se zaměřením na cíl, uplatňovat odborné znalosti, vypracovávat tvořivé, neortodoxní řešení, strukturovat a klasifikovat nové informace, dávat věci do kontextu, poznávat souvislosti, kriticky přezkoumávat v zájmu dosažení inovací a v neposlední řadě zvažovat šance a rizika. Sociální kompetencí rozumí schopnost týmové práce, kooperativnost, schopnost čelit konfliktním situacím a komunikativnost. Je třeba zdůraznit, že prakticky je velmi složité jednotlivé kompetence od sebe oddělit, vzájemně se prolínají, ovlivňují a podporují jedna druhou.

I v medicíně již Balint (in: Balint, Courtenay, Elder *et al.*, 1993, s. 12) zdůrazňoval, že „lékař a pacient se neustále ovlivňují a nelze je vnímat odděleně“. Lékařova subjektivita je proto neodmyslitelnou součástí vztahu lékař–pacient a velmi záleží na osobnosti lékaře, což může na jedné straně u pacienta vyvolat uklidnění nebo na druhé straně agresi. V poslední době můžeme pozorovat odklon od staletí uznávaného paternalistického modelu vztahu mezi lékařem a pacientem k partnerskému modelu, který funguje

zatím krátce, a jak zmiňuje Haškovcová (in Ptáček & Bartůněk a kol., 2011, s. 28–29), řada lékařů, pacientů a jejich příbuzných si jej osvojila pouze na teoretické nikoliv na praktické úrovni. Změna této strategie je dosud neukončený a značně komplikovaný proces, v České republice navíc zpomalený či takřka zastavený dobou normalizace. Cílem partnerského modelu je „vrátit subjekt do medicíny“ čili zaměřit péči na pacienta. Tento koncept původně popsali Michael a Edith Balintovi (Balint, 1969, s. 269), kteří vnímají medicínu zaměřenou na pacienta jako „vnímání pacienta jako jedinečného člověka“.

Komunikace, respektive komunikační (komunikativní) kompetence, má velký význam a je jednou z nejčastěji požadovaných klíčových kompetencí na trhu práce. I pro medicínu má komunikace mezi lékařem a pacientem klíčový význam (Pendelton *et al.*, in Ptáček & Bartůněk, 2011). Komunikační kompetence v pojetí klíčových kompetencí se dá definovat jako „přípravenost a schopnost jedince vědomě a harmonicky komunikovat, tzn. vypovídat o sobě ostatním co nejjasněji a nejsrozumitelněji, vědomě ostatním naslouchat, umět rozlišit podstatné od nepodstatného, být vstřícný k potřebám jiných a úzkostlivě dbát neverbálních signálů“ (Belz & Siegrist, 2001, s. 185). Komunikační kompetenci vnímáme ve smyslu komunikační senzitivity a expresivity (Riggio, 1989). Komunikace není vlastnost, kterou člověk buď má, nebo nemá, ale je to celá řada dovedností, kterým je třeba se učit a naučit, upozorňuje Ptáček a připomíná, že lékařská komunikace musí být rozvíjena na profesionální úrovni (Ptáček & Bartůněk, 2011, s. 37). V péči zaměřené na pacienta je velmi často zmiňovaná empatie (Eklund, Holmström, Kumlin, Kaminsky, Skoglund, Högländer *et al.*, 2019). Lze ji považovat za základní podmínku sociální komunikace a mezilidské interakce, na jejímž základě se vytvářejí relevantní interpersonální vztahy. V současné době je empatie považována za esenciální složku péče o pacienta, představující základ pro smysluplný vztah mezi lékařem či sestrou a pacientem (Kunyk & Olson, 2001; Lauder, Reynolds, Smith, & Sharkey, 2002; Stickley & Freshwater, 2002; Kožený & Tišanská, 2011). Mnohými výzkumy je potvrzována efektivita vhodné komunikace a ukazuje se, v jakých oblastech má efektivní komunikace pozitivní dopad: 1. lepší – rychlejší a přesnější stanovení diagnózy; 2. vyšší účinnost léčby, rychlejší úzdrava a nižší recidiva; 3. větší spokojenost pacientů; 4. lepší compliance; 5. nižší náklady na léčbu; 6. snížení počtu medicínsko-právních sporů (Ptáček & Bartůněk, 2011, s. 38–40).

V posledních letech vzrůstá ze strany odborníků tlak na lékaře a zdravotníky, aby zlepšili své komunikační schopnosti. Komunikační dovednosti se stávají součástí kompetenčních modelů v západních zemích (ACGME, 2001; CANMED, 2005; GMC, 2013). Tyto modely kompetencí jsou základem pro vytváření vzdělávacího kurikula pregraduálního a postgraduálního vzdělávání lékařů. Mezi pedagogy zdravotnických profesí v západním světě se rovněž hojně diskutuje medicínské vzdělávání založené na kompetencích (CBME). Svědčí o tom zasedání na významných mezinárodních konferencích (Frank *et al.*, 2010; Frank & Snell, 2010; Thompson *et al.*, 2009) inovativní pilotní projekty (Kraemer, 2010) a rostoucí počet klíčových publikací v lékařských vzdělávacích časopisech (Albanese *et al.*, 2008; Carraccio *et al.*, 2002; Harden, 1999; Long, 2000). Sociální kompetence se rozvíjejí postupně na základě zkušeností a v souvislosti s rozvojem osobnosti lékaře, takže není možné je kompletně získat v průběhu pregraduálního studia, tím spíše, když se medicíni velmi málo dostanou do kontaktu s pacienty. Proto je nezbytné jim věnovat velkou pozornost, podporovat a sledovat jejich rozvoj v rámci celoživotního vzdělávání. Tento typ vzdělávání by neměl být vytvářen jako obecný model, ale měl by být přizpůsoben potřebám konkrétních lékařů, ať už z hlediska jejich specializace, nebo s ohledem na délku jejich praxe a také na typologii jejich osobnosti. Je žádoucí, aby celoživotní vzdělávání odpovídalo úrovni jejich osobnostních předpokladů, jejich znalostem a dovednostem. V oblasti vzdělávání, zvláště pak primárního a sekundárního, se již dlouhodobě prosazuje vzdělávání založené na kompetencích, které je zakotveno v Rámcových vzdělávacích programech (kol. autorů VÚP, 2011). I v rámci terciárního vzdělávání probíhá v posledních letech, zvláště pak v západním světě, transformace paradigmatu „zaměřeného na učitele“ k paradigmatu „zaměřenému na studenta“ (Boloňská deklarace, Národní strategie pro vysokoškolské vzdělávání do roku 2030, European Higher Education Area). V posledních letech se i v České republice rozvíjí „učení zaměřené na studenta“ (dále SCL) v kontextu myšlenek C. R. Rogerse. Dle SCL se má výuka odehrávat v atmosféře spolupráce, nikoli soutěživosti. Vychází se z premisy, že pokud se edukant necítí být přehlížen, nebo dokonce trestán za své názory či pocity, roste potřeba kooperace na úkor potřeby soupeřit, čímž se přirozeně rozvíjí ochota a schopnost porozumět druhému. Zároveň tak dochází k rozvoji asertivity – tedy schopnosti komunikovat, prosadit vlastní (skutečné) potřeby a současně respektovat potřeby druhých (Rogers, 2014, s. 201). Jak poukázaly Tomová (2016) s Vecánovou (2019), současná výuka

mediků a lékařů se zaměřuje více na rozvoj kognitivních stránek. Emotivní učení je opomíjeno, převažuje frontální výuka, autoritativní řízení studentů, jejich pasivní role, atmosféra soupeření a strachu z neúspěchu.

Výzkum je motivován výše popsanou situací stavu českého zdravotnictví a inspirován uvedenými českými i zahraničními výzkumy. Je důležité, aby i v České republice byla problematika zavádění, rozvíjení a podporování sociálních kompetencí v rámci celoživotního vzdělávání věnována větší pozornost. Výsledky tohoto výzkumu jsou diskutovány s ohledem na důsledky pro budoucí výzkum intervencí v oblasti vzdělávání sociálních kompetencí lékařů v pregraduální a postgraduální úrovni. Poznatky vycházející přímo z vnímání lékařů a pacientů považujeme za cenné, protože poskytují další pohled na to, co je důležité zahrnout do intervencí v oblasti vzdělávání sociálních kompetencí a zároveň i do intervencí v rámci lidských zdrojů v jednotlivých nemocnicích. Považujeme za významné, aby se změnila priority v rozvoji sociálních kompetencí jak na úrovni vzdělávání, tak na úrovni organizační struktury nemocnic a zdravotnických zařízení.

1 CÍL PŘÍSPĚVKU

Při formulování výzkumného problému jsme vycházeli z potřeb konkrétní nemocnice, která projevila zájem a umožnila realizovat šetření, ale také z výzkumů, které již v této oblasti byly publikovány. V rámci profesní zkušenosti jsme si všimli, že existují dílčí nespokojenosti jak na straně rodiček, tak na straně lékařů-porodníků v oblasti psychosociální péče o těhotné ženy a rodičky. Spokojenosti, resp. nespokojenosti s psychosociální péčí se podrobně věnovaly Takács & Seidlerová (2013) v rámci kvantitativních průzkumů.

Tento výzkum byl realizován v rámci širšího projektu Progres Q15 a tento příspěvek je výsledkem dílčího výzkumu zaměřeného na sociální kompetence lékaře-porodníka a možnosti jejich rozvoje. V tomto příspěvku se chceme zaměřit na to, jak vnímají sociálně kompetentní chování lékaře samotní lékaři, jak jej vnímají rodičky a zda existuje určitá míra shody. Z hlediska podstaty zkoumaného problému jsme zvolili kvalitativní podobu výzkumu, abychom získali detailnější informace (názory, postoje a zkušenosti) o problematice, o které již víme z kvantitativních výzkumů. Pro sběr kvalitativních dat jsme využili kombinaci dvou technik, které nám pomohly získat bohatý empirický materiál. Vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám jsme zvolili ke sběru dat techniku ohniskových skupin a polostrukturované rozhovory.

2 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V rámci výzkumu byly položeny následující výzkumné otázky:

- VO1: Jak vnímají poměr sociálních kompetencí a odborných kompetencí lékaři a jak rodičky?
- VO2: Co je obsahem vnímání sociální kompetence z pohledu lékaře a z pohledu rodičky?
- VO3: Jaké jsou rozdíly ve vnímání sociální kompetence z pohledu lékaře a z pohledu rodičky?
- VO4: Jak hodnotí možnosti rozvoje sociálních kompetencí lékaři?

Pro zodpovězení výzkumných otázek byla zvolena metoda ohniskových skupin a metoda polostrukturovaných rozhovorů. Ohnisková skupina neboli strukturovaná, moderovaná diskuse byla zvolena pro zjištění jedinečných názorů, postojů a zkušeností lékařů-porodníků k sociálním kompetencím. Pro výběr metody focus group jsme vycházeli z předpokladu, který potvrzují např. Goldman (1962) nebo Hess (1968), že skupiny mohou profitovat ze synergie při generování myšlenek, produkují tudíž širší a zároveň i kvalitativně odlišné spektrum myšlenek než individuální rozhovory. Jako druhou metodu jsme použili polostrukturovaný rozhovor, který je veden pomocí návodu (schématu), předem připraveného výzkumníkem. Zároveň jsme mohli přizpůsobovat rozhovor aktuální situaci, modifikovat otázky, měnit jejich pořadí, pokládat doplňující otázky a zároveň vytvářet uvolňující, nenásilnou a přirozenou atmosféru, což umožnilo navázat důvěru a napomohlo větší otevřenosti a upřímnosti informantek. Rozhovor měl narativní charakter, ženy často vyprávěly svoje zkušenosti prostřednictvím příběhů, což posílilo autentičnost výpovědí. Polostrukturované rozhovory s rodičkami byly zvoleny s cílem zjistit co nejdetailnější zkušenosti a zážitky, stejně tak potřeby a očekávání rodiček ve vztahu k chování lékařů-porodníků.

Cílem výběru bylo vytvořit vzorek, který poskytuje heterogenitu a širokou škálu zkušeností týkající se zkoumaného fenoménu. Použili jsme metodu prostého záměrného (účelového výběru) jak pro výběr do skupiny lékařů, tak do skupiny rodiček.

Pro skupinu lékařů bylo pro nás důležité, aby oslovení informanti byli aktivními lékaři-gynekology/porodníky působícími v porodnici, kteří měli čas a ochotu se výzkumu zúčastnit. Délka jejich praxe je rozdělovala do tří skupin: na rezidenty, atestované a konziliáře. Z hlediska pohlaví jsme chtěli,

aby ve vzorku byli zastoupeni jak muži, tak ženy. Využili jsme pro výběr informantů skutečnost, že autorka je zaměstnancem instituce, kde jsme mohli oslovit, jak lékaře, tak rodičky.

Hlavním kritériem pro záměrný výběr do skupiny žen byla jejich čerstvá zkušenost s těhotenstvím a porodem, a tudíž čerstvý a četný kontakt s lékařem-gynekologem/porodníkem. Abychom zajistili větší heterogenitu a širší škálu vnímání, byla dalším kritériem rozdílná zkušenost žen s porodem. Očekávali jsme, že jiné vnímání sociální kompetence lékaře budou mít ženy bez výraznějšího strachu z porodu, které upřednostňují „přirozený porod“ vedený s minimem intervencí, a rodičky se silným strachem z porodu, které naopak preferují porod císařským řezem z psychosociální indikace, a ženy, jejichž průběh těhotenství byl komplikovaný a strávily delší čas v porodnici. Podle těchto kritérií jsme rozdělili ženy do tří skupin: přirozený porod, porod císařským řezem z psychosociální indikace, komplikovaný porod. Do našeho vzorku byly zahrnuty ženy mladší, ale i starší, prvorodičky i vícerozodičky, z Prahy i menších měst.

První etapa, která proběhla v září 2018, byla zaměřena na šetření mezi lékaři. Výzkumný vzorek tvořila uzavřená skupina informantů v konkrétně definovaném kontextu sociálních kompetencí. Jednalo se tedy o tzv. reprezentativní (typický) případ. Proběhly tři ohniskové skupiny o 6 účastnících. Výzkumu se zúčastnilo 12 lékařek a 6 lékařů. Délka praxe u rezidentů byla v průměru 4 roky, u atestovaných 15 let a u konziliářů 23 let. Ohniskové skupiny trvaly 1,5 hodiny a byly moderovány autorkou. Na začátku proběhlo přivítání a seznámení s cíli, průběhem, metodami a pravidly ohniskové skupiny. Pravidla skupiny byla následující: anonymita, otevřenost (všechny názory sem patří), respekt k ostatním, mluví pouze jeden, nesoudíme, nehodnotíme. Pro lékaře byla obzvláště významná anonymita výstupů a vysvětlení, že se nejedná o zkoušku, že neexistují správné a chybné odpovědi. Informanti psali svoje názory na moderační lístky, následně probíhala diskuse, poté byly lístky nalepeny na flipchart. U jedné skupiny proběhl audiozáznam, ostatní skupiny jej odmítly a byl proveden pouze zápis z diskuse. Se skupinami se pracovalo dobře, po prolomení bariér a překonání počátečního odporu a nedůvěry všechny skupiny hodnotily setkání jako přínosné „zastavení a uvědomění si“. Příklad závěrečného kolečka zpětné vazby. FG2: „*Přicházela jsem naštvaná, protože mi přeházeli harmonogram a sebrali operaci, těšila jsem se na sál, ale bylo to zajímavé, odcházím s úsměvem, neobtěžovalo mě to, bylo to pěkně připravené a podané.*“ FG1: „*Lepší, než jsem*

si myslela, obávala jsem se (odmítla diktafon), jsem hrdá, že jsem něco ze sebe vymáčkla, uvědomuji si důležitost psychosociálního přístupu, ale není čas to dělat a také chybí dovednosti jak, někdy není chuť si povídat.“ FG3: „Zajímavé zamýšlení a souvislosti, chybí taková setkávání.“, „Všeobecně přínosné, možnost zamyslet se, překvapilo mě, že něco cítím, ale nedaří se mi to přiléhavě pojmenovat.“ Vzhledem k tomu, že v rozhovorech informanti mluvili velmi otevřeně, bylo významnou etickou otázkou zachování jejich anonymity. Hlavní obavou ze strany informantů-lékařů bylo možné zneužití dat, a to především ze strany kolegů a nadřízených.

Druhá etapa – polostrukturované rozhovory s rodičkami – proběhla v období leden–červen 2019. Podařilo se nám dosáhnout určité míry heterogenity z pohledu zkušeností žen s porodem, z hlediska parity (ve vzorku byly zastoupeny prvorodičky i druhořodičky), z hlediska vzdělání (středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané ženy – nepodařilo se nám zařadit ženy se základním vzděláním), z hlediska věku (ženy od 28 do 41 let, nepodařilo se nám zařadit ženy pod věkovou hranici 27 let). Tato část výzkumu měla několik fází. Přípravná fáze zahrnovala oslovení respondentek a získání souhlasu k výzkumu. Respondentky byly osloveny autorkou v průběhu jejich hospitalizace. U komplikovaných těhotenství byly osloveny již v průběhu hospitalizace před porodem, kdy jsme se domluvily, že rozhovor uskutečníme po porodu, aby jejich zkušenosti zahrnovaly komplexně celé těhotenství a porod. Ženy, které rodily přirozeně, byly osloveny druhý či třetí den po porodu. Ženy, které rodily plánovaným císařským řezem, byly osloveny v průběhu rozhovoru, kdy byl indikován porod císařským řezem z psychosociálních důvodů, a rovněž s nimi bylo domluveno, že se rozhovor uskuteční po porodu. Některé ženy účast ve výzkumu odmítly, jiné souhlasily, ale následně se již neozvaly. Bezprostředně po porodu ženy většinou neměly o rozhovor zájem, byly příliš unavené, soustředěné na péči o miminko nebo ovlivněné bezprostředními emocemi, které bránily určitému odstupu. Realizace rozhovorů nakonec proběhla s 9 ženami (po třech z každé skupiny), se kterými byl proveden rozhovor přibližně v období od třetího do šestého týdne po porodu. Všechny rozhovory proběhly *face-to-face* v klidném, pohodlném prostředí, buď v rámci porodnice (psychologická ordinace), nebo u respondentek doma. Při setkání bylo ženám znovu prezentováno téma, jeho význam a cíl výzkumu; respondentky se již s tazatelkou znaly z předchozí osobní komunikace. Na začátku byla vždy vytvořena atmosféra důvěry, zdůrazněna anonymita získaných dat a nabídnuta možnost

seznámení se s výsledky. Rozhovory byly vedeny trychtýřovou metodou kladení otázek (Ferjenčík, 2000, s. 181), tedy od všeobecných (citově neutrálních) k specifickým (emocionálně více laděným). Rozhovory trvaly vždy od čtyřiceti do šedesáti minut, kdy byly respondentkám pokládány otázky podle schématu, které mohly doplňovat vlastními příběhy, dále byly kladeny doplňující otázky dle průběhu rozhovoru. Se svolením respondentek byly rozhovory zaznamenávány na diktafon a přepsány doslovně výzkumníkem. Pozornost byla věnována i ukončení rozhovoru – bylo pro nás důležité, v jakém rozpoložení ženy odcházely, protože některé se v průběhu rozhovoru dotýkaly citlivých témat. Proto jsme se ujišťovali, s jakými pocity respondentky odcházejí a jak vnímaly celý rozhovor. Většina dotazovaných vnímala rozhovor pozitivně a měl pro ně i abreaktivní význam. Ocenily význam a smysl výzkumu.

Jako první stupeň analytické práce jsme využili deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze. Bylo pro nás významné přepsat, utřídit, klasifikovat a popsat získaná data, která jsme následně komparovali. Miovský (2006, s. 221) zdůrazňuje, že kvalitní deskripce je základní bází pro validní interpretaci. Jednou z metod použitých v našem výzkumu je metoda vytváření trsů, která slouží seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin. Druhou z metod, kterou jsme v této fázi použili, byla metoda prostého výčtu, která je dle Miovského (2006, s. 222) na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem. Jejím cílem je vyjádřit, jak často se daný jev vyskytl v poměru výskytu k jinému jevu. Čermák a Štěpaníková (1998, in: Miovský, 2006, s. 223) zdůrazňují, že počet je také kategorie a sledováním frekvence a intenzity určitého jevu se dozvídáme něco podstatného o kvalitě. Kvantita v některých případech je nositelem důležitého významu pro interpretaci kvalitativních údajů.

Získaná data byla přepsána a zpracována metodou otevřeného kódování a technikou vyložení karet. Kódování bylo provedeno za pomoci programu MS Excel. Získaná data od lékařů-porodníků a rodiček byla následně komparována v přehledných tabulkách, které jsou uvedeny v textu níže. Na základě otevřeného kódování byly vytvořeny čtyři kategorie sociálních kompetencí, které se rovněž vyskytují v odborné literatuře věnované sociálním kompetencím: intrapersonální kompetence (např. Balint, Courtenay, Elder *et al.*; Belz & Siegrist, 2001; Valenta, 2006), emocionální kompetence (např. Denham, Blair, DeMulder, Levitas, Sawyer, Auerbach-Major *et al.*, 2003); Kanitz, 2008; Saarni, 1999), interpersonální kompetence (např. Balint,

1993; Belz & Siegrist, 2001; Gordon, Edwards, 1995; Kanning, 2017; Valenta, 2006) a komunikační kompetence (např. Belz & Siegrist, 2001; Gordon, Edwards, 1995; Honzák, 1997; Křivohlavý, 1988; Ptáček & Bartůněk, 2011; Riggio, 1989; Valenta, 2006).

3 VÝSLEDKY

V rámci první etapy zaměřené na zjišťování postojů lékařů-porodníků byla položena poměrně široká otázka: „Co charakterizuje dobrého lékaře?“ Položili jsme ji záměrně, abychom mohli pozorovat, co považují lékaři-porodníci za svoje významné kompetence. Proto se v odpovědích objevovala vedle sociálních kompetencí také odborná kompetence.

První výzkumná otázka se zaměřila na poměr odborné a sociální kompetence porodníka. Zde se ukázalo, že porodníci vnímají důležitost sociálních kompetencí, můžeme říci, že se vzrůstajícími zkušenostmi jim přikládají větší význam. FG31: *„Chybí důraz na chování, je velký důraz na odbornost jak na školách, tak v nemocnicích.“* FG33: *„Nás ve škole učili: naslouchejte pacientovi a on vám všechno řekne, došlo k velkému odosobnění.“* Rezidenti více zdůrazňují odbornost a autoritu. FG23: *„Pacientky chtějí někoho, kdo je odborník, autorita, proto dávají přednost muži před ženou a staršímu před mladším.“* Objevil se i rozdíl v tom, co by očekávali oni sami a co očekávají rodičky. FG22: *„Pacientky chtějí více sociální kompetence, proto se snažím tento přístup více uplatnit, ale pro sebe bych více ocenila odbornost než sociální kompetence.“* Rozdíl se objevil také podle toho, kde pracují. FG13: *„Hodně záleží, na jakém pracovišti lékař pracuje – na sále nebo na ambulanci. Dobré je, že střídají místa, že je to takové vyvážené.“* Objevily se i názory, které poukazují na to, že v odborných kompetencích se porodníci cítí bezpečněji než v sociálních. FG21: *„Nejlepší by bylo, kdyby my udělali tu odbornou a někdo tu psychosociální část.“* Objevily se také obavy, pokud by u lékaře dominovala sociální kompetence nad tou odbornou. FG61: *„Nechceme Cvacha, je to bonus, sociální zdatnost, ale odborník je nutný...“* Lékaři se cítí frustrováni, když pacienti vetují jejich zkušenosti a odbornost a upřednostňují informace „na internetu, od léčitelů či dul“ (FG61).

Stejná otázka byla v druhé etapě položena rodičkám. Odborné kompetence jsou pro informantky velmi důležité a zahrnují nejenom znalosti (vzdělání), ale také zkušenosti. Důležitá je pro ně rovněž zručnost, znalost souvislostí s jinými obory a v neposlední řadě také ochota se vzdělávat a zdokonalovat

ve svém oboru. Ideální pro informantky je, pokud by byly odborné a sociální kompetence vyrovnané, na stejně vysoké úrovni. Pokud by musely volit, tak by se raději vzdaly „lidskosti“ ve prospěch „odbornosti“, i když zároveň i přístup lékaře k nim by byl důvodem pro změnu lékaře u tří z nich. Více by tolerovaly absenci sociálních kompetencí lékaři, který je specialista, jediný v oboru a také tehdy, pokud nemusí řešit žádné komplikace (SP2: „*A je to otázka patnácti minut.*“). Chyby v odbornosti by dokázala tolerovat pouze jedna informantka, pro kterou je lidský přístup důležitější. SP3: „*Každý člověk může udělat chybu a jde o to, jak se k tomu pak postaví a jak se to snaží řešit.*“

Výzkumné otázky 2 a 3 byly zaměřeny na sociální kompetence. Na základě otevřeného kódování a vytváření trsů byly vytvořeny čtyři kategorie a třicet subkategorií. Jednotlivé kategorie a subkategorie se prolínají a vzájemně podmiňují, některé subkategorie lze zařadit i do jiné kategorie. Celkově jsme pracovali se 164 kódy ve skupinách lékařů a se 155 kódy ve skupinách rodiček.

Intrapersonální kompetence

Do této kategorie jsme zařazovali všechny vlastnosti, dovednosti, schopnosti, postoje, které se vztahují k jedinci samotnému a k rozvoji jeho osobnosti jako integrovanému celku.

Emocionální kompetence

Sem jsme zařazovali ty vlastnosti, schopnosti, dovednosti, znalosti, ale i postoje a motivy, které člověku umožňují porozumět nejen vlastním emocím, ale také emocím druhých, které je umožňují regulovat a kultivovat, a také se orientovat v komplexních vztahových situacích a adekvátně je řešit. Tato kompetence významně souvisí s předchozí kompetencí především v rovině sebereflexe a seberegulace.

Interpersonální kompetence

Souvisejí s mezilidskými vztahy. Zařazovali jsme sem schopnosti a dovednosti vztahující se k vytváření a udržování vztahů, ke zvládnutí konfliktních situací, ke schopnosti spolupráce a další.

Komunikační kompetence

Ve složce senzitivní i expresivní zahrnují dovednosti, které se vztahují ke všem předchozím kompetencím. Ve složce senzitivní jde o dovednosti přijmout (vnímání a porozumění tomu, co druhý cítí, potřebuje, říká), spojené s aktivním nasloucháním. Ve složce expresivní zahrnují dovednosti spojené se srozumitelným, věcným, ale i respektujícím vyjadřováním, efektivním přesvědčováním a vyjednáváním a řešením konfliktů. Tabulka I ukazuje počet kódů k jednotlivým kompetencím z pohledu lékaře a z pohledu rodičky.

Tabulka I: *Přehled vnímání jednotlivých kompetencí z pohledu lékaře a z pohledu rodičky*

Kategorie	Lékaři		Rodičky	
	N	%	N	%
Intrapersonální	84	51	24	15
Emocionální	21	13	12	7
Interpersonální	30	18	59	37
Komunikační	29	18	60	38

Ukázalo se, že lékaři daleko častěji (v 51 %) zmiňovali intrapersonální kompetence, zatímco pro rodičky se jako nejvýznamnější ukázaly kompetence interpersonální a komunikační.

V následujících tabulkách jsou přehledně zaznamenány jednotlivé subkategorie s jejich četnostmi z pohledu lékaře i z pohledu rodičky.

Již na první pohled je z tabulky II vidět, že interpersonální kompetence jsou významné pro rodičky a méně vnímané jsou z pohledu lékaře-porodníka. Každá subkategorie je sice z pohledu lékaře zastoupena, ale vždy jednou či dvěma výpověďmi, zatímco většina žen preferuje všechny subkategorie této kompetence. Subkategorie „podpora“ je důležitá pro ženy, ale lékař nevnímá tuto svoji roli, dokonce ji považuje za nevhodnou (FG33: „Nedávat zase naději na druhou stranu, všechno bude dobrý, to taky nejde.“). Lékaři vidí svoji roli spíše v pravdivém informování, „co se děje, co se může dít a jaká jsou rizika a jaké jsou možné postupy“, nikoli v poskytování naděje a podpory. Z pohledu

Tabulka II: *Interpersonální kompetence a její subkategorie z pohledu lékaře a z pohledu rodičky*

Subkategorie	Lékaři		Rodičky		Ukotvení v datech
	N	%	N	%	
Sociální percepce	1	3	2	3	L: „Dbát na to, jak působí na druhé.“ R: „Nedělat rozdíly mezi lidmi, ať už z hlediska národnosti, nebo sociální vrstvy, chovat se ke všem stejně.“
Individuální přístup	2	6	16	27	L: „Individuální přístup ke každé pacientce.“ R: „Jako na běžícím pásu – vykonat si tu svoji povinnost, a další pacientka.“
Partnerský přístup	6	20	9	15	L: „Neměl by se chovat povýšeně či arogantně.“ R: „Nepohrdá, neponižuje, neuráží.“
Holistický přístup	3	10	3	5	L: „Opuštění modelu opravář–stroj.“ R: „Zajímá se i o můj život a jiné oblasti.“
Spolupráce	13	43	0	0	L: „Schopnost práce v týmu (přiměřená autorita, empatie).“
Sdílené rozhodování	3	10	3	5	L: „Musíš být schopná vysvětlit a ona musí pocítit, že se rozhodla sama.“ R: „Abychom se mohli společně rozhodovat.“
Podpora	0	0	15	25	R: „Dát naději, ukázat možnosti, když třeba furt potrácíte, aby tomu sama věřila, že se to podaří.“
Respekt	2	6	7	12	L: „Tolerance.“ R: „Když respektuje moje přání.“

žen často „straší“, zatímco by potřebovaly spíše „uklidnit, dát naději, ukázat, že tomu lékař také věří a dává šanci“. Ženy vnímají negativně, že lékař řekne negativní prognózu, která se pak nenaplní „řkají spíše ty horší scénáře“. Další významné subkategorie pro informantky byl individuální přístup a partnerský přístup – nevyhovuje jim odosobnění (když jsou vnímány jako „čísla“, „kusy“, nejsou brány vážně, cítí odmítnutí) nebo když dochází k zesměšňování („když s námi jednají jako s hlupáky nebo malými dětmi“). Konfliktními tématy pro lékaře jsou sdílená odpovědnost a rozhodování,

Tabulka III: *Intrapersonální kompetence a její subkategorie z pohledu lékaře a z pohledu rodičky*

Subkategorie	Lékaři		Rodičky		Ukotvení v datech
	N	%	N	%	
Kognitivní schopnosti	41	49	1	4	L: „Schopnost rychlého a efektivního rozhodování.“ R: „Asi aby se snažili všechny výkony a službu odvést, jak nejlépe dovedou.“
Učení sebe, druhých	10	12	1	4	L: „Schopen stálého vzdělávání a rozvoje.“ R: „Celoživotní vzdělávání, protože ta medicína jde dopředu, tak aby nezakrněli.“
Sebereflexe	11	13	4	17	L: „Přiznat, že nevím, přijmout kritiku.“ R: „Normálně říct, že nevědí...“
Seberegulace	7	8	9	38	L: „Schopnost vyhradit si čas na pacientku.“ „Mít nadhled.“ R: „Že si umí udělat čas v tom chaosu.“
Duševní hygiena	8	9	4	17	L: „Umět odpočívat. Oddělit pracovní a osobní život.“ R: „Pohodový, vytváří příjemné prostředí.“
Sebemotivace	5	6	5	21	L: „Snaha pomoci lidem, mít rád lidi. Zájem o obor.“ R: „Že je ta práce zajímavá i ty lidi, chtějí jim pomoci, dávají do toho srdce.“
Kreativita	2	2	0	0	L: „Kreativita, přicházejí s návrhy řešení.“

spolupráce s pacientem (což zmínil pouze jeden lékař), schopnost zvládat konfliktní situace, kde převažují styly výhra–prohra (viz níže v rámci komunikační kompetence).

Tabulka III ukazuje, že tato kompetence byla velmi často zmiňována lékaři ve všech jednotlivých subkategoriích. Ukázalo se, že jsou pro ně významné kognitivní schopnosti, což dokládá, že lékaři jsou výrazně orientováni na řešení problémů, preferují výkonové vlastnosti a dovednosti, převažuje u nich racionální uvažování. Nejčastěji zmiňovanou vlastností u porodníků byla rozhodnost (u všech skupin), dále pak zodpovědnost, pečlivost, cílevědomost. Pro rodičky jsou vlastnosti jako pečlivost a cílevědomost také důležité, ale důležitější pro ně je, aby bylo na lékaři vidět, že má svou práci

i lidi rád, a také dobrá organizace času lékaře (mít čas na pacientky), což také zmiňovali porodníci (rezidenti, konziliáři). Všechny skupiny porodníků zmiňovaly psychickou odolnost, vyváženost osobního a pracovního života, znalost svých limitů. Se zvyšující se zkušeností byla více zdůrazňována právě schopnost rozpoznat svoje možnosti, poučit se z chyb, což je něco, co očekávají starší kolegové od mladších. Mladší naopak očekávají od svých starších kolegů „*umění předávat zkušenosti a zpětnou vazbu*“. Ve skupině rezidentů se často objevovala témata, která souvisela s vlastním time managementem a životním stylem (umět odpočívat, být v dobré kondici, mít zdravý vzhled); toto téma se naopak neobjevilo ve skupině konziliářů. Obě skupiny zdůrazňují nutnost celoživotního vzdělávání a rozvoje.

Tabulka IV: *Emocionální kompetence a její subkategorie z pohledu lékaře a z pohledu rodičky*

Subkategorie	Lékaři		Rodičky		Ukotvení v datech
	N	%	N	%	
Sebekontrola	1	5	0	0	L: „ <i>Sebekontrola.</i> “
Empatie	15	71	12	100	L: „ <i>Vnímat osobnost pacientky/rodičky a tomu přizpůsobit způsoby komunikace a předávání informací.</i> “ „ <i>Naladit se na pacientku.</i> “ R: „ <i>Bylo by dobré se vcítit do její zoufalé situace a pocitů strachu.</i> “ „ <i>Aby si všiml a pochopil, co chce pacient.</i> “
Zodpovědné jednání	5	24	0	0	R: „ <i>Znát hranici, kdy nechat odpovědnost na pacientovi, kdy ji převzít.</i> “

Emocionální kompetence se jeví na jednu stranu jako velmi významná, na druhou stranu z pohledu lékaře, ale i rodičky komplikovaná. Její problematické vnímání je rovněž umocněno tím, že se velmi úzce prolíná do dalších kompetencí, intrapersonální v rovině sebereflexe a sebekontroly, interpersonální v rovině zodpovědného jednání a řízení vztahu. Emocionální kompetence je základem pro budování kvalitních vztahů a pro dobrou

komunikaci mezi lékařem a rodičkou. V rámci emocionální kompetence u obou skupin dominovala empatie. Téměř všichni lékaři zmiňovali empatii jako významnou dovednost, vnímali ji především jako schopnost naladit se na pacientku a přizpůsobit svoji komunikaci její úrovni vnímání, což zmínila pouze jedna rodička. Empatii jako důležitou vlastnost lékaře označilo všech devět informantek. Vnímaly ji jako citlivost a jemnost jak po fyzické, tak po psychické stránce, ale také jako vnímavost, jak s kterým pacientem mluvit. Téměř u všech informantek se objevila empatie jako vcítění se do potřeb a pocitů pacientky, pochopení a rovněž soucítění. Takto empatii lékaři nevnímali, naopak bylo patrné, že se „vcítění“ do pacientek obávají. Empatii jeden z lékařů popsal: „*Empatie pro mě v tuto chvíli znamená vstřícně, mile a v klidu vysvětlit situaci, co se děje, co se může stát a jaká jsou rizika a jaké jsou možné postupy.*“ Na druhou stranu empatii vyjadřovaly i rodičky k lékařům a vnímaly ji jako něco, čeho je třeba „napůl“ s odborností. Ačkoli by respondentky celkově ocenily lepší přístup lékařů, uvědomují si, že je to někdy velmi náročné. Z rozhovorů je patrná úcta a respekt k profesi lékařů, respondentky si uvědomují velkou odpovědnost, kterou lékaři mají, a proto jsou schopny jim více tolerovat než v jiných profesích.

Komunikační kompetence je vnímána jako významná jak lékaři, tak rodičkami. Zatímco rodičky velmi detailně popisovaly, co pro ně znamená, lékaři nejčastěji zmiňovali všeobecné sdělení, že lékař by měl být komunikativní. Nejčastěji zdůrazňovali dovednost srozumitelně vysvětlit problematiku s ohledem na úroveň příjemce. Dovednost aktivně naslouchat se objevila konkrétně pouze u jednoho lékaře. Ve vnímání lékařů se neobjevila potřeba vedení dialogu, ukazuje se, že komunikace je spíše jednosměrná: lékař sděluje, pacient sděluje, ale nedochází k propojení v dialog. Tento styl komunikace pak vede častěji ke konfliktům, které, jak je vidět, lékaři mají tendenci řešit buď prosazením se, nebo ustoupením, či únikem ze situace (podepsáním negativního reverzu). Rodičky naopak preferují dialog, sdílení rozhodování a vyjednávání, které povede k oboustranné spokojenosti. Informantky také častěji hovořily o tom, že lékař by se měl více ptát a rovněž odpovídat na otázky, aby pacienti nemuseli dohledávat informace z jiných zdrojů. Dovednost aktivně naslouchat nebyla explicitně zmiňována, ale byla vyjádřena v potřebě empatického přístupu, který se touto komunikační dovedností projevuje.

Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřena na posouzení úrovně vzdělávání. Zde odpovídali převážně lékaři, rodičky nemají zkušenost s charakterem

Tabulka V: *Komunikační kompetence a její subkategorie z pohledu lékaře a z pohledu rodičky*

Subkategorie	Lékaři		Rodičky		Ukotvení v datech
	N	%	N	%	
Umění vysvětlit	12	41	21	35	L: „Vysvětlovat laicky problematiku (odbornou).“ R: „Umět srozumitelně a dostatečně problém pacientce vysvětlit.“
Umění ptát se	0	0	5	8	R: „Ptát se, jak si to představují, jestli jim to takhle vyhovuje, jestli jsou spokojení.“ „Zjišťovat co nejvíce informací.“
Umění poslouchat	1	4	2	3	L: „Být trpělivý.“ R: „Když mu něco říkám, neskáče mi do řeči.“
Umění ověřovat si	0	0	3	5	R: „Když si lékař ověří, že mu pacientka rozuměla, co jí řekl.“
Neverbální komunikace	0	0	9	15	R: „Koukat se na pacienta, když s ním mluví, ne si psát.“
Aktivní naslouchání	2	9	3	5	L: „Umění naslouchat.“ R: „Když trpělivě vyslechne, nezlehčuje a neodmítne.“
Já sdělení	0	0	1	2	R: „Když si postěžoval, řekl, jak to cítí, co ho štve.“
Řešení konfliktu	8	38	8	13	L: „Snaha z mé strany je, ale ne vždy dosáhnou kompromisu s pacientem, spíš se prosadím nebo ustoupím.“ R: „Lékař by měl navázat dialog s pacientem a společně dojít k závěru, který je pro oba akceptovatelný.“
Vedení dialogu	1	4	8	13	L: „Vést dialog, ochota odpovídat na otázky.“ R: „Že si se mnou povídá a je ochoten odpovídat na otázky.“ „Pozdraví vás, zeptá se, jak se máte...“
Obecně komunikativní	5	24	0	0	L: „Nadstandardní komunikační dovednosti.“

vzdělání, ale přesto považují vzdělávací systém za zastaralý a nedostatečné vzdělávání za jednu z primárních bariér sociální kompetentnosti lékařů. Lékaři nejsou všeobecně spokojeni s úrovní pregraduálního a postgraduálního vzdělávání v oblasti sociálních kompetencí, v průměru hodnotí tuto úroveň na desetistupňové škále stupněm 3 u pregraduálního vzdělávání a stupněm 2 u postgraduálního vzdělávání. Vzdělávání považují za příliš teoretické, často ve volitelné formě, takže prioritu dostanou jiné klinické předměty. Lékaři rovněž zmiňují, že v době studií jsou zahlceni informacemi z ostatních předmětů, a proto pro ně předmět psychologie či komunikace nemá takovou váhu. Navíc se nedostávají do kontaktu s pacienty, a když se ve vyšších ročnících s nimi setkávají, soustředí se na odborné znalosti a dovednosti. Z rozhovorů rovněž vyplynulo, že úroveň vzdělávání se trochu zlepšuje, přesto samotní lékaři by ocenili změnu převážně ve formě výuky. V rámci postgraduálního vzdělávání dle lékařů neexistuje žádný systém, je to vždy na volbě samotného lékaře. Proto mladí lékaři často volí kurzy potřebné pro atestace, tedy odborné vzdělávání. Na další není čas ani peníze, navíc nemocnice v rámci lidských zdrojů rozvoj sociálních kompetencí nepodporují.

4 SHRNU TÍ A DISKUSE

Ačkoli existují výzkumy v oblasti vztahu mezi lékařem a pacientem (zvláště v zahraniční literatuře), bylo vynaloženo málo úsilí k prozkoumání vnímání pohledu pacientů a lékařů na to, co oni sami během lékařského rozhovoru považují za kompetentní chování. Cílem této studie bylo zjistit, jaké chování lékaře považuje lékař za kompetentní a jaké chování lékaře vnímá pacient (rodička) jako kompetentní, a posoudit, zda se shoduje výskyt identifikovaného chování. Výsledky studie jsou diskutovány s ohledem na jejich důsledky pro vzdělávání lékařů v pregraduální a postgraduální úrovni. Považujeme za významné, aby vzdělávání lékařů v sociálních kompetencích, zvláště pak jejich specializační (postgraduální) vzdělávání, bylo cílené na konkrétní potřeby samotných lékařů s ohledem na jejich specializaci, úroveň rozvoje i osobnostní typologii.

Na základě šetření bylo empiricky potvrzeno, že lékaři i rodičky vnímají důležitost sociálních kompetencí lékaře a potřebu jejich rozvoje, považují je za stejně důležité jako odborné kompetence. Lékaři předpokládají, že ženy preferují sociální kompetence u lékaře více než odborné kompetence. Výpovědi rodiček to nepotvrdily. Ženy by preferovaly vyrovnané kompetence

jak v rovině odbornosti, tak sociálních kompetencí. Specialistovi a při nekomplikovaném průběhu ošetření či léčby by dokonce tolerovaly absenci sociálních kompetencí. Ačkoli lékaři zdůrazňovali důležitost sociálních kompetencí, z rozhovorů vyplynula jejich nejistota a neznalost v jejich projevování. Z větší části vědí, co se od nich očekává, ale nemají bližší představu, jak jednotlivé kompetence projevovat. To se projevilo například v oblasti komunikační kompetence, kde se lékaři shodli na tom, že lékař by měl být komunikativní, ale při detailnějším pohledu se již ukázalo, že dovednosti zahrnující komunikaci označovali méně než rodičky (viz tab. 1). Tuto skutečnost ještě výrazněji dokládá tabulka 5, ze které je vidět, jaké konkrétní dovednosti očekává lékař a jaké rodičky. Lékaři se často cítí bezradní, jak být sociálně kompetentní; chybí jim dostatečná psychologická edukace v této oblasti, ale také dostatek času a podpory. Také mají pocit, že ne všichni pacienti jsou připraveni převzít odpovědnost a stát se aktivními participanty v léčebném procesu.

Dle lékařů je sociálně kompetentní lékař takový, který má rozvinuté intrapersonální kompetence, tj. vlastnosti a dovednosti potřebné k dobrému výkonu své profese, má dobrou schopnost posoudit své možnosti (limity), je motivovaný, má nadhled, dokáže relaxovat a oddělit práci a osobní život, je schopen a ochoten se vzdělávat a rozvíjet, umí dobře spolupracovat v týmu, uplatňuje partnerský přístup k pacientkám a je empatický. Empatie je z pohledu lékaře především „umět vstřícně, mile a v klidu vysvětlit situaci“ a naladit se na pacientovu úroveň vnímání. V rovině komunikace je kompetentní lékař takový, který umí především vysvětlit odbornou problematiku s ohledem na úroveň pacienta, dokáže zvládat konflikty, což pro lékaře znamená umět přesvědčit pacienta (často volí strategii výhra–prohra).

Dle rodiček je sociálně kompetentní lékař takový, který má rozvinuté především interpersonální a komunikační dovednosti. Je příjemný v osobním kontaktu, vede dialog (ptá se a odpovídá), má dost času a přistupuje k pacientkám individuálně, jako rovný s rovným. Umí srozumitelně odpovědět na otázky, co se děje, co se bude dít, co se může stát, co dělají a proč, jaký to bude mít vliv a jaké důsledky. Velký význam rodičky přikládají dovednosti uklidnit a dát naději. Mají pocit, že je lékaři zbytečně straší tím, že jim říkají ty nejhorší scénáře. Zdůrazňují potřebu diskuse, sdíleného rozhodování a hledání oboustranně výhodných řešení. Empatie pro ně znamená především umět se vcítit do pocitů a potřeb pacientek, být citlivý při řešení intimních záležitostí na psychické i fyzické úrovni, umět se naladit na

pacientku. Z intrapersonálních kompetencí je pro ně důležitá pohoda lékaře, jeho schopnost přiznat chybu, motivace k práci a pomáhání lidem a ochota se neustále vzdělávat.

Tato zjištění do určité míry odrážejí současnou odbornou literaturu poukazující na oblasti, kterým je potřeba věnovat pozornost v rámci rozvoje sociálních kompetencí (Gordon, Edwards, 1995; Tate, 2005; Eklund, Holmström, Kumlin, Kaminsky, Skoglund, Högländer *et al.*, 2019), ale také z nich vyplývá, na co by měl být kladen větší důraz. Je z nich rovněž zřejmé, že sice existuje řada výzkumů, které zdůrazňují pozitivní vliv sociální kompetentnosti lékaře na zdraví pacienta (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011), přesto jejich vzdělávání a rozvoji v tomto směru není věnována dostatečná pozornost jak v rámci formálního, tak informálního vzdělávání. Rovněž jim není věnována dostatečná podpora v rámci nemocnic.

Čtvrtá výzkumná otázka se týkala úrovně vzdělávání lékařů. Obě skupiny, lékaři i rodičky, poukazovaly na velký význam celoživotního vzdělávání lékařů. Lékaři se shodli, že úroveň vzdělávání je velmi nízká jak na pregraduální, tak na postgraduální úrovni. V západním světě existují modely kompetencí (ACGME, 2001; CANMED, 2005; GMC, 2013), na jejichž základě je rozvíjeno vzdělávání zaměřené na rozvoj těchto kompetencí (*competency based medical education* – CBME). V České republice takové modely ani takový přístup zatím neexistují. Vecánová (2019) ve své práci podala přehled vzdělávání na lékařských fakultách, který potvrzuje spíše jeho teoretický ráz a nedostatečný důraz na důležitost zmíněných kompetencí. Z pohledu lékařů je třeba se více zaměřit na praktickou aplikaci psychologických poznatků do každodenní lékařské praxe. Lékaři by ocenili méně teorie a více praxe. Předměty pro nácvik praktických dovedností jsou volitelné a studenti raději zvolí klinické předměty, které jsou pro ně významnější a také bezpečnější. Rovněž by bylo vhodné zvýšit kredibilitu předmětů – zakončit je zkouškou, aby studenti vnímali jejich význam a důležitost. V současném systému lékaři nevnímají prioritu sociálních kompetencí ani na úrovni vzdělávání, ani na úrovni organizace nemocnice. V zahraničí, ale v poslední době i v České republice se začíná při výuce využívat tzv. standardizovaných pacientů, kdy medicí a lékaři absolvují komunikaci s profesionálními herci, kteří mají přesné zadání, jak postupovat, aby si student mohl vyzkoušet různé situace. Prožitek je pro lékaře zvláště důležitý, aby se mohl vcítit do role pacienta a tím posílit svoji empatii. Pro výuku je vhodné také vybavení učeben audiovizuální technikou – mít možnost nahrávek simulací konkrétních

klinických rozhovorů, což s sebou samozřejmě přináší finanční náklady. V neposlední řadě je třeba na lékařských fakultách vytvářet prostředí pro otevřenost, spolupráci, partnerství, pozitivní ladění (otevřenost a spontaneita lékařů je často blokována strachem z chyby, ze zneužití informací proti nim, což prokázaly i některé obavy lékařů v našem šetření). Velmi kriticky vnímali lékaři i postgraduální vzdělávání. I když přiznávají, že v rámci IPVZ existují kurzy komunikace, přesto je příliš nenavštěvují, velmi často z důvodu nedostatku času a z důvodu priorit, které jsou stále více postavené na odborném vzdělávání; často je to i otázka financí. Lékaři by v tomto případě oceňovali, pokud by byla možnost vzdělávání v rámci nemocnic, kde by mohla být osoba v roli „trenéra“, která by jim pomohla zvládat konkrétní náročné komunikační a interakční situace. Ocenili by možnost vyzkoušet si modelové situace, které vycházejí z jejich vlastních kazuistik. Také často zdůrazňovali roli mentora (zkušenějšího kolegy), který by se jim stal vzorem nejen v řešení odborných problémů, ale také v komunikaci a v jednání s pacientem. Lékaři navzdory všude prezentovanému nedostatku času velmi ocenili možnost zastavit se v rámci fokusových skupin a diskutovat na téma sociálních kompetencí. Ať už to pro ně bylo zpestření, či možnost zamyslet se, shodovali se na tom, že taková setkání chybí.

Cílem šetření nemá být vzhledem k povaze tématu práce zevšeobecnění zjištěných výsledků, ale snaha o deskripci sledovaného jevu zasazeného do konkrétního kontextu. Šetření staví především na zkušenostech a narativitě informantů, jejichž výpovědi jsou kategorizovány, upozorňuje se na důležité aspekty sledovaného problému, jsou naznačeny případné tendence. Je třeba ověřit, zda by mohl tento model čtyř sociálních kompetencí, které budou dále podrobněji rozpracovány, být podkladem pro vzdělávání a rozvoj lékařů obecně na pregraduální a postgraduální úrovni a zda by mohl být účinným nástrojem pro nemocnice v rámci řízení lidských zdrojů.

Toto empirické šetření je první etapou, na kterou naváže hlubší analýza jednotlivých výpovědí v rámci kompetencí, která povede k zpřesnění pohledů a k popsání konkrétních znalostí a dovedností, které by si lékař na určité profesní úrovni měl osvojit. Další fáze se zaměří na analýzu osobnostních předpokladů pro rozvoj sociálních kompetencí lékařů prostřednictvím psychodiagnostických nástrojů.

Limity této práce spočívají v malém vzorku informantů, nicméně je úvodní sondou, hlubším nahlédnutím k podstatě sledovaných jevů a k vytvoření typologie sociálních kompetencí lékaře, která by následně mohla být ověřena

v rámci kvantitativního šetření. Výběr vzorku jak na straně rodiček, tak na straně lékařů byl záměrný a je třeba zmínit, že výsledky, zvláště na straně lékařů, mohou být ovlivněny tím, že do ohniskových skupin byli vybráni nejen ti, co měli právě čas, ale také ti, kteří byli ochotni se zapojit.

Rovněž by bylo vhodné rozšířit vzorek na všechny lékařské specializace nebo alespoň na ty, kde se předpokládá větší důraz na vztah a komunikaci lékař–pacient.

ZÁVĚR

Hlavním cílem tohoto příspěvku bylo pokusit se odpovědět na otázku „Jaké je vnímání sociálně kompetentního chování lékaře z pohledu lékařů samotných jako poskytovatelů péče a jak vnímají sociálně kompetentního lékaře rodičky jako příjemkyně péče“, zjistit případné shody či rozdíly ve vnímání tohoto chování, které by byly podkladem pro budoucí výzkum intervencí v oblasti vzdělávání sociálních kompetencí lékařů v pregraduální a postgraduální úrovni. Na základě fokusových skupin s lékaři byly zmapovány jejich postoje a názory a na základě polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami byly zmapovány jejich potřeby a očekávání ve vztahu k lékaři.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sociální kompetence lékaře jsou důležité nejen pro rodičky, ale také pro lékaře a že obě skupiny považují za nutné jejich rozvíjení jak na úrovni pregraduálního, tak postgraduálního vzdělávání. Nejvýznamnějšími sociálními kompetencemi jsou pro obě skupiny komunikační, interpersonální, intrapersonální a emocionální kompetence lékaře. Rozdíly jsou v preferencích jednotlivých kompetencí a v jejich obsahu.

Lékaři také potvrdili, že vzdělávání v rámci sociálních kompetencí vnímají jako nedostatečné, ať už z důvodu, že je příliš teoretické, nebo proto, že mu není ze strany studentů přikládán takový význam. Podobně je tomu i u postgraduálního vzdělávání, kdy lékaři cítí, že vzdělávání a rozvíjení se v sociálních kompetencích nemá takovou prioritu a podporu jako u odborných kompetencí.

Přínosem tohoto empirického šetření je vnímat pohled nejen pacienta, jeho potřeby a očekávání, ale také pohled, názory a potřeby lékaře, protože jedině tak můžeme dosáhnout potřebného výsledku, kterým je oboustranná spokojenost. Výstupem je stále pocíťovaná potřeba změny vzdělávacího kurikula v rámci pregraduálního a postgraduálního vzdělávání lékařů

a větší důraz na rozvoj sociálních kompetencí jak na úrovni vzdělávání, tak na úrovni kultury nemocnic a zdravotnických zařízení. Lékařská péče není pouze diagnostika a léčení, ale je třeba zdůrazňovat holistický přístup a podporovat v rámci formálního i informálního vzdělávání orientaci zaměřenou na studenta v kontextu myšlenek Carla Rogerse. Lékařská profese víc než kterákoli jiná vyžaduje celoživotní vzdělávání lékařů, které bude koncepční a bude vycházet z potřeb lékařů, ale i pacientů.

Poděkování

Tato studie vznikla v rámci programu UK Progres č. Q15 s názvem „*Životní dráhy, životní styly a kvalita života z pohledu individuální adaptace a vztahu aktérů a institucí*“, byla podpořena prostředky na dlouhodobý rozvoj organizace.

The study was supported by the Charles University programme Progres Q15 „*Life course, lifestyle and quality of life from the perspective of individual adaptation and the relationship of the actors and institutions.*“

LITERATURA

- ACGME. Accreditation Council for Graduate Medical Education Web site [staženo 1. října]. Dostupné z: <http://www.acgme.org>. 2000
- Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. 2008. Defining characteristics of educational competencies. *Med Educ* 42, 3, 248–255.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology*, 353–373.
- Association for Medical Education in Europe (2009). Konference, Malaga, Španělsko, 1. září 2009 [staženo 4. června 2010]. Dostupné z: <http://www.amee.org/documents/AMEE%202009%20Final%20Programme.pdf>
- Bailham, D. & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. In Takacs, L., a Seidlerová, J., *Psychosociální klima porodnice očima rodiček I. Výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček*. Česká gynekologie, 2013, 78, 2.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centred medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17 (82). 269–276.

- Balint, E., Courtenay, M., & Elder, A. *et al.* (1993). *The doctor, the patient and the group*. London: Routledge.
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On emotional quotient inventory: technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Barnsteiner, J., Dish, J., Walton, M. (2014). *Person and family centered care*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Beckman, H., & Frankel, R. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Int Med*, 101, 692–696.
- Belz, H., & Siegrist, M. (2001). *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Praha: Portál.
- Benbassat *et al.* (1998). Patients preferences for participation in clinical decision making: A review of published surveys. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press, 2013.
- Boon, M.J. & van der Klink, M.R. (2003) 'Competence: the triumph of a fuzzy concept', *International Journal of Human Resource Development and Management*, Vol. 3, No. 2, pp.56–77.
- Burgoyne, J. (1988). Management development for the individual and the organisation. *Personnel Management*, 20, 6; ABI/INFORM Global, 40.
- Cantor, N., & Harlow, R. E. (1994). Personality, strategic behavior, and daily-life problem solving. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 6, 169–172.
- Carraccio, C. *et al.* (2002). Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*, 77, 5, 361–367.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient focused interventions: a review of the evidence*. London: The Health Foundation.
- Coulter, A., & Magee, H. (2003). *The European patient of the future – state of health*. Maidenhead: Open University Press.
- Delamare Le Deist, F. & Winterton, J. (2005). What is competence? *Human Resource Development International*, 8, 1, 27–46.
- Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K. S., Auerbach-Major, S. T. *et al.* (2003). Preschoolers' emotional competence: pathway to mental health? *Child Development*, 74, 238–256.
- DiMatteo, M. R. *et al.* (1996). Cesarean section and psychosocial outcomes: Ameta-analysis. In Takács, L., A. Seidlerová, J., Psychosociální klima porodnice očima rodiček I. Výsledky celorepublikového průzkumu

- spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček. *Česká gynekologie*, 2013, 78, 2.
- Elliott, S. N., Gresham, F. M., & Heffer, R. W. (1987). Social-skills interventions: research findings and training techniques. In Maher, C. A., & Zins, J. E. (Eds.), *Pergamon general psychology series. Vol. 150. Psychoeducational interventions in the schools: methods and procedures for enhancing student competence*. Elmsford, NY: Pergamon Press, 141–159.
- Eklund, J. H., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J. *et al.* (2019). Same same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient education and counseling* 102, 3–11.
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287, 2, 226–235.
- Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.
- Frank, J. R. (Ed.) (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frank, J. R. *et al.* (2010). Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach*, 32, 8, 631–637.
- Frank, J. R., & Snell, L. S., for the International CBME Collaborators (2010) *A new vision of competency-based medical education and definition of competence*. The 14th Ottawa Conference on Assessment of Competence in Medicine and the Healthcare Professions. Miami, USA, 18. května 2010.
- Frank, J. R., Snell, L., & Sherbino, J. (Eds.) (2015). *Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Gerrard, B., (1980). *Interpersonal skills for health professionals*. Reston, Va.: Reston Publishing Co.
- Gerteis, M., (Eds.) *et al.* (1993). *Through the Patient Eyes*. In Greiner, A. C., & Knebel, E. Eds.) (2003), *Health professions education: a bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Gifford, L. S. (1998). Pain mechanisms and whiplash. In Gifford, L. S. (Ed.), *Physiotherapy Yearbook*, No I, NOI Press, Falmouth – In Press.

- Goldfried, M. R., & D'Zurilla, T. J. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. In Spielberger, C. (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology*, Vol. 1. New York: Academic, 151–196.
- Goldman, A. E. (1962). The group depth interview. *Journal of Marketing*, 26, 60–61.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Good Medical Practice. (2013). Guidance. Good Medical Council. UK. Dostupné z <https://www.gmc-uk.org>
- Gordon, T., & Edwards, S. (1995). *Making the patient your partner*. Westport, Conn. – London: Auburn House.
- Halpern, R. et al. (2001). A synthesis of nine major reports on physicians competencies for the emerging practice environment. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Harden, R. M. (1999). AMEE Guide no 14: Outcome-based education. Part 1 – An introduction to outcome-based education. *Med Teach*, 21, 1, 7–14.
- Hartle, F. 1995. *How to re-engineer your Performance Management Process*. London: Kogan Page.
- Henbest, R. and Stewart, M. (1990). Patient-centeredness in the consultation: 2. Does it really make a difference? In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Hess, J. M. (1968). Group Interviewing. In King, R. L. (Ed.) (1968), *ACR Fall Conference Proceedings*. Chicago, Ill.: American Marketing Association, 193–196.
- Honzák, R. (1997). *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén.
- Hroník, F. (2007). *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. Praha: Grada Publishing.
- Kanitz, A. (2008). *Jak rozvíjet svou emoční inteligenci*. Praha: Grada Publishing.
- Kanning, U. P. (2017). *Diagnostika Sociálních kompetencí*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
- Kaplan S.H. et al. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine

- (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Kolektiv autorů. (2011). Klíčové kompetence ve výuce na základní škole a gymnáziu. Metodická příručka. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků (NÚV), divize VÚP.
- Kožený, J., & Tišanská, L. (2011). Postoje studentů medicíny k roli empatie v léčebném kontextu: měření, rozdíly z hlediska pohlaví a délky studia. *Československá psychologie*, 55, 2, 126–138.
- Kraemer, W. (2010). *Development and implementation of a competency-based curriculum in orthopaedic surgery*. 35th Gallie Day symposium, Department of Surgery, 8. května 2010. Toronto: University of Toronto.
- Křivohlavý, J. (1988). *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: IPVZ.
- Kunyk, D., & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualization of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 3, 317–325.
- Lauder, W., Reynolds, W., Smith, A., & Sharkey, S. (2002). A comparison of therapeutic commitment, role support, role competency and empathy in three cohorts of nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 4, 483–491.
- Lewin, S.A., Skea, Z.C. Entwistle, V., Zwarenstein, M. & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Long, D. M. (2000). Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education. *Acad Med*, 75, 12, 1178–1183.
- Marlowe, H. A. (1986). Social intelligence: evidence for multidimensionality and construct independence. *Journal of Educational Psychology*, 78, 1, 52–58.
- Maudsley, G. (2001). Mixing it but not mixed-up: Mixed methods research in medical education (a critical narrative review). *Medical Teacher*, 33, e92–e104.
- Mead, N. and Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. In Greiner, A. C., Knebel, E. (Eds.) (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press (US).

- Meryn, S. (1998). Improving communication skills: To carry coals to...In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. In: Takács, L., a Seidlerová, J., Psychosociální klima porodnice očima rodiček I: výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček. *Česká gynekologie*, 78, 2, 269–275.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- O'Neil, H. F., Keith, A., Baker, E. L. (1992). Measurement of Workforce Readiness: Review of Theoretical Framework. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Plamínek, J., & Fišer, R. (2005). *Řízení podle kompetencí*. Praha: Grada Publishing.
- Ptáček, R., a Bartůněk, P. a kol. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
- Riggio, R. E. (1989). *Manual of the Social Skills Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál.
- Roter D. L. *et al.* (1995). Improving physicians interviewing skills and reducing patients emotional distress. A randomized clinical trial. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Rubin, K. H., & Rose-Krasnor, L. (1992). Interpersonal problem solving and social competence in children. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Perspectives in developmental psychology. Handbook of Social Development: A Lifespan Perspective* New York: Plenum Press, 283–323.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford Press.

- Schneider, B. H. (1993). *Children's social competence in context: the contributions of family, school and culture*. Oxford: Pergamon Press.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients*. 3rd ed., London: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Smékal, V. (1995). *Sociální kompetence (sociálně psychologická způsobilost) a její rozvíjení*. Psychologické texty, č. 5. Brno: Psychologický ústav FF MU.
- Spencer F.(1990). The vital role in medicine of commitment to the patient. *Bull Am Coll Surg*. 75(11), 6-19.
- Stewart, M. *et al.* (1999). Evidence on patient-doctor communication. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Stewart, M., J.B. Brown, H. Boon, J. Galajda, L. Meredith, and M. Sangster. 1999.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centered care. In Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.) (2003), *Health professions education: A bridge to quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington, D. C.: National Academies Press.
- Stickley, T., & Freshwater, D. (2002). The art of loving and the therapeutic relationship. *Nursing Inquiry* 9, 4, 250–256.
- Takács, L., & Seidlerová, J. (2012). *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví*. Praha: FF UK.
- Takács, L., & Seidlerová, J. (2013). Psychosociální klima porodnice očima rodiček I: výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček. *Česká gynekologie*, 78, 2, 269–275.
- Takács, L., & Seidlerová, J. (2013). Psychosociální klima porodnice očima rodiček II: prediktory spokojenosti s perinatální péčí v České republice. *Česká gynekologie*, 78, 3, 269–275.
- Takács, L., Sobotková, D., & Šulová, L. (2015). *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada Publishing.
- Tate, P. (2005). *Komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta*. Praha: Grada Publishing.
- Thompson A, Gordon D, Frank J. R. *et al.* (2009) Competency-based postgraduate education. Association for Medical Education in Europe. Conference. Malaga, Spain.

- Tomová, Š. (2016). *Didaktika komunikační přípravy studentů všeobecného lékařství*. Disertační práce. Praha: FF UK. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/103962/>
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Valenta, J. (2006). *Osobnostní a sociální výchova a její cesty k žákovi*. Kladno: Aisis.
- Vecánová, J. (2019). *Psychologické aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem v kontextu poskytované péče*. Diplomová práce. Praha: FFUK. Dostupné z: file:///C:/Users/Lenka/AppData/Local/Temp/DPTX_2017_2_11210_0_504042_0_202396.pdf
- Veteška, J., & Tureckiová, M. (2008). *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada Publishing.
- Violato, C. *et al.* (2003). Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. *BMJ*, 326, 7388, 546–548.
- Von Korff, M. *et al.* (1988). An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, 32, 2, 173–183.
- Wagner, E. H. *et al.* (2001). Quality Improvement in Chronic Illness Care: a Collaborative Approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27, 2, 63–80.
- Waters, E., & Sroufe, L. A. (1983). Social Competence as a Development Construct. *Developmental Review*, 3, 79–107.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66, 5, 297–333.

Kontakt

PhDr. Lenka Emrová: lenka.emrova@seznam.cz

THE ISSUE OF ACTIVE AGEING AND ACTIVE OLD AGE IN THE EDUCATION AND SOCIAL POLICY OF SLOVAKIA, GERMANY AND SPAIN

Ctibor Határ¹, Petra Jedličková¹

¹Constantine the Philosopher University, Faculty of Education, Department of Pedagogy, Dražovská 4, 949 74 Nitra, Slovak Republic

Link to this article: <https://doi.org/10.11118/lifele20201003311>

Podáno: 15. 4. 2020, Přijato: 24. 9. 2020

To cite this article: HATÁR CTIBOR, JEDLIČKOVÁ PETRA. 2020. The issue of active ageing and active old age in the education and social policy of Slovakia, Germany and Spain. *Lifelong Learning - celoživotní vzdělávání*, 10 (3): 311–331.

Abstract

The presented study is the output of the authors from solving the research project VEGA no. 1/0001/18 called Preparation for ageing and old age – possibilities of andragogical intervention. Based on the planned aims of the project, the authors deal with the analysis of the education and social policies of selected states of the European Union to identify those areas which are related to active ageing and active old age. Subsequently, they compare the Slovak education and social policy to foreign education and social ones on the state level, focusing on the topics of active ageing and active old age. The methodology of the research work of the authors lies in the national documents and their subsequent comparing. The authors identified common aspects of the education and social policies of the selected states of the European Union (Slovakia, Germany and Spain) in the given parameters or areas (active ageing and active old age).

Keywords: active ageing, active old age, education and social policy, Slovakia, Germany, Spain

PROBLEMATIKA AKTÍVNEHO STARNUTIA A AKTÍVNEJ STAROBY VO VZDELÁVACEJ A SOCIÁLNEJ POLITIKE SLOVENSKA, NEMECKA A ŠPANIELSKA

Abstrakt

Predkladaná štúdia je výstupom autorov z riešenia výskumného projektu VEGA č. 1/0001/18 s názvom Príprava na starnutie a starobu – možnosti andragogickej intervencie. Autori sa na základe plánovaných cieľov projektu venujú analýze vzdelávacej a sociálnej politiky vybraných štátov Európskej únie s cieľom identifikovať tie oblasti, ktoré sa viažu k aktívnemu starnutiu a k aktívnej starobe, a následne porovnávajú slovenskú štátnu vzdelávaciu a sociálnu politiku s akcentom na otázky aktívneho starnutia a aktívnej staroby so zahraničnou vzdelávacou a sociálnou politikou na úrovni štátu. Metodika výskumnej práce autorov vychádza z princípov porovnávacej andragogiky. Obsahovou analýzou národných dokumentov a ich následným porovnaním autori identifikovali spoločné znaky vzdelávacej a sociálnej politiky vybraných štátov Európskej únie (Slovensko, Nemecko a Španielsko) v sledovaných parametroch, resp. oblastiach (aktívne starnutie a aktívna staroba).

Kľúčové slová: aktívne starnutie, aktívna staroba, vzdelávacia a sociálna politika, Slovensko, Nemecko, Španielsko

INTRODUCTION

Education and social policies are frequently used concepts in every period and almost in every country. There exists a particular connection between the two mentioned types. *The social one* also subsumes the education policy under its scope (e.g. compare Stanek *et al.*, 2008, p. 251; Matúšová & Jablonský, 2012, p. 9; Beblavý, 2012, p. 4). It represents

a set of activities and measures which purposefully lead to the personal development, better lifestyle and improvement of living conditions of all inhabitants, as well as to providing the social sovereignty or safety within the given political, economic and social possibilities of the country (Stanek *et al.*, 2008, p. 16).

R. Bednárík (2007, p. 233) offers a broader and narrower perception of this concept. He understands social policy as *specific activity of the State, an area or part of the economic policy or a synonym of social security*. On the other side, *education policy* represents

a set of specific activities and measures which the State and other subjects use for influencing the education and educational programme. They also use these measures for deciding about the educational institutions and the approach, aims and contents of education, and also about the way of leading and financing (Matúšová & Jablonský, 2012, p. 10).

V. Stanek *et al.* (2008, p. 251) similarly define the education policy. They add that it aims “to ensure developing and spreading of knowledge, skills and competencies significant for the needs of individuals, economics and the society, including also moral, value and cultural aspects”.

V. Stanek *et al.* (2008, p. 251) state that social changes in Europe have influenced the education system in different ways. For example, the demographic trends (i.e. increase of the average life expectancy and changes in the age structure of the population) have led to the need for lifelong education. The authors also mention that “the education policy belongs to the determinants of economic growth. According to them, “the social benefit of education is generally higher than private profits” (Stanek *et al.*, 2008, p. 252). These examples confirm the connection between social and education policy.

1 METHODOLOGY OF RESEARCH

Our work lies in the principles and methods of comparative andragogy. We analyze the education and social policies of Slovakia, Germany and Spain. Our objective is to identify such areas which are related to active ageing and active old age. Subsequently, we focus on comparing the education and social policies of these European states paying particular attention to the issue of active ageing and active old age. We aim to define their commonalities and differences.

The Department of Adult Education and Personnel Management at Faculty of Arts, Charles University in Prague carried out a similarly aimed comparative research within the VF project called *Analysis and Comparison of Forms and Methods for the Education of Older Adults in the V4 Countries*. The research team observed the social context of education for older adults, their connection to working life, as well as the system and methods of education for older adults in the V4 countries (Kocianová *et al.*, 2013). M. Leszko and B. Bugajska (2017) carried out another comparative study focused on comparing the policies of employment of older adults in Slovakia, the Czech Republic and Poland. Preparation of Europeans for retirement was the topic of research within the Erasmus+ project called *BALL – Be Active Through Lifelong Learning* (2015). The research team consisted of organisations coming from Spain, Poland and Island. Their research aimed to provide data about the situation of people shortly before their retiring. Based on the obtained results, the project team suggested such means of education that would help citizens in the pre-retirement age to prepare for retirement, to be active, and to live this life period in the best possible way (BALL – Be Active Through Lifelong Learning, 2015). D. Gracová and E. Selecký (2017) also carried out an exciting and significant comparative research aimed at European universities of the Third Age. Some interesting analyses were published in the almanacs *Third Age Education. European, Azerbaijan, Russian and Ukrainian Experience*, edited by D. Spulber (2017) and *Active Ageing. From Wisdom to Lifelong Learning*, edited by G. Amoretti, D. Spulber and N. Varani (2017). The last two publications are from the international TEMPUS project called *Centre for the Third Age Education*, which was led by the University of Genoa (more about the project: <http://www.tempus-ctae.eu/>). In 2018, we published a comparative study, where we focused on the foreign language education of adults as preparation for the old age in Germany and Spain (Határ & Jedličková, 2018).

According to J. Matulčík (2004, p. 53), comparative andragogical research does not substitute historical research; it aims at comparing the current state in education of adults, both at home and abroad. It studies many documents of a different character. Comparative research in andragogy usually goes through the phase of accurate description, interpretation of facts, generalisation, evaluation and modelling (Matulčík, 2004, p. 55). In our work, we used mainly two methods of comparative andragogy mentioned by this author. The first method was the *descriptive method*. (In the initial processing of the education and social policies of Slovakia, Germany and Spain. It aimed at the issue of active ageing and active old age.) The other method was the *comparative method* (in the output comparing of common and different features of education and social policies of Slovakia, Germany and Spain in the observed parameters or areas: active ageing and active old age). The descriptive method enables “to describe the educational-formational systems and their components accurately and systematically”, on the other hand, the comparative one answers the question which similar and different features the objects of our research possess (Matulčík, 2004, p. 59, 63). We obtained some information related to active ageing and active old age in the education and social policies (legislation) of compared countries via the internet search engine *Google*, entering various keywords.

Our decision to compare the Slovak education and social policy in the area of active ageing and active old age with German and Spain ones was not coincidental. On one side, we were interested in examples of good practice. On the other side, according to Eurostat, Germany belongs to those EU countries which have the highest values in the numbers of people aged 65+ in the whole population (Eurostat, 2017). In the statistic report *Ältere Menschen in Deutschland und der EU [Older people in Germany and the EU]* (2016, p. 6), it is mentioned that “in Germany, more than every fourth person belongs to the generation aged 60+. In 2050, more than every third person will belong to this generation. The number of people aged 60+ is going to be higher, for example in Slovakia, Spain, Portugal and Greece”.

2 ACTIVE AGEING AND ACTIVE OLD AGE IN SLOVAK EDUCATION AND SOCIAL LEGISLATION

In 2008, the Slovak Government founded *The Council of the Government of the Slovak Republic for Seniors*. In 2012, *The Government Council of the Slovak*

Republic for Human Rights, National Minorities and Gender Equity was established, later (2014) it transformed into *The Council of the Government of the Slovak Republic for Seniors' Rights and Adjustments to Public Policies on Aging Population*, which exists until now. This council, as a professional, counselling, coordination and initiative organ of the government, deals with several issues, e.g. how to eliminate the negative impact of the ageing process of the population on different areas of social life. The council also focuses on respecting and pursuing the seniors' rights and interests; and participated in the creation and evaluation of the *National Programme for Active Ageing*, (Štatút Rady vlády Slovenskej republiky pre práva seniorov a prispôsobovanie verejných politík procesu starnutia populácie, 2014).

At the website of *The Council of the Government of the Slovak Republic for Seniors' Rights and Adjustments to Public Policies on Aging Population*, there can be found the key documents related to the issue of (active) ageing which are binding also for the Slovak Republic. These documents are: *Princípy OSN vo vzťahu k starším ľuďom [United Nations Principles for Older Persons]* (1991), *Odporúčanie Rec(2009)6 Výboru ministrov Rady Európy členským štátom o starnutí a zdravotnom postihnutí v 21. storočí: udržateľné rámce, ktoré umožnia vyššiu kvalitu života v inkluzívnej spoločnosti [Recommendation CM Rec (2009)6 of the Committee of Ministers to member states on ageing and disability in the 21st century: sustainable frameworks to enable greater quality of life in an inclusive society]* (2009), *Národný program ochrany starších ľudí [National Program for the Protection of the Elderly]* (1999), *Národný program aktívneho starnutia na roky 2014–2020 [National Programme for active ageing for the years 2014–2020]* (2014) and *Definícia vekového manažmentu a vytvorenie zásad vekového manažmentu pre zamestnávateľov (v súkromnej a verejnej správe) [Definition of age management and creation of age management principles for employers (in private and public administration)]* (2017).

The subject of our analysis at the level of the so-called social policy became the documents *Národný program aktívneho starnutia na roky 2014–2020* (2014) and *Definícia vekového manažmentu a vytvorenie zásad vekového manažmentu pre zamestnávateľov (v súkromnej a verejnej správe)* (2017) because they are explicitly related to the issue we solve in our research project.

In the preamble to the document *Národný program aktívneho starnutia na roky 2014–2020* (2014, p. 3), it is mentioned that

this is a new and comprehensive programme document aimed at supporting the human rights of older adults and their activation by public support policies. The programme is not only focused on the employment policy of older adults (Strategy of active ageing primarily focuses on this issue), it also deals with their lifelong learning, civic and social activities outside the formal labour market, promoting their independence, dignity, economic and social security, including protection against mistreatment in all relationships and spheres of social life (p. 3).

The lifelong education part contains a recommendation to improve the offer of educational possibilities and to focus on non-formal and professional education for the labour market needs. There are defined six strategic objectives within the lifelong education: 1) To improve the quality of life by creating new possibilities and develop the existing ones for the education for older people; to support their active life and better labour market integration. 2) and 3) Legislation integration of particular types and forms of education for older adults in the education system; to ensure these types and forms economically. 4) To increase the digital literacy of older people. 5) To improve the financial literacy of older people. 6) To develop the professional preparation of career advisors for working with older people (Národný program aktívneho starnutia na roky 2014–2020, 2014, p. 31–34). Based on the ageing of the population, it is very probable that, in 2050, there will be 21% absence of workforce in Slovakia. For this reason, this national programme emphasises that it is crucial to prepare the employers for this situation.

Another crucial material based on the requirements from the already mentioned document *Národný program aktívneho starnutia na roky 2014–2020* (2014, p. 24–25) is the document called *Definícia vekového manažmentu a vytvorenie zásad vekového manažmentu pre zamestnávateľov (v súkromnej a verejnej správe)* (2017). Here it is stated that we can achieve active ageing also with a longer and better working life of older employees in the following way:

- Strengthening a fair and adequate approach to older employees (aimed at employers and the employees concerned).
- Acquiring effective managing strategies to discover and support the strong points of older employees.
- Taking into consideration the increasing age of leaving to retirement and supporting such working life that is age-friendly (concerning all generations).

- Supporting active cooperation of all interested stakeholders.
- Supporting the responsibility of social partners in healthcare services and the OSH field (Definícia vekového manažmentu a vytvorenie zásad vekového manažmentu pre zamestnávateľov (v súkromnej a verejnej správe), 2017, p. 14).

In the introduction of our study, we mentioned that the so-called education policy is a part of social policy. At this level, we deal more thoroughly with the following documents *Stratégia celoživotného vzdelávania [Lifelong Education Strategy]* (2011), *Akčný plán stratégie celoživotného vzdelávania [Action Plan of Lifelong Education Strategy]* (2011) and *Národný program rozvoja výchovy a vzdelávania 2018–2027. Kvalitné a dostupné vzdelanie pre Slovensko [National programme for the development of education for the period 2018–2027. High-quality and available education for Slovakia]* (2018).

Stratégia celoživotného vzdelávania (2011, p. 36) focuses on the “strengthening of individuals’ awareness of the need for permanent education, which provides them with skills and competencies for sustainable employability, for success in society and development of their interests”. The given objective focuses on four main priorities of lifelong education: 1) the attractiveness of lifelong education, 2) the relevance of education for the labour market and engaging in the society, 3) availability of counselling services and 4) continuous access to lifelong education (*Stratégia celoživotného vzdelávania*, 2011, p. 36–38; *Akčný plán stratégie celoživotného vzdelávania*, 2011, p. 2), which are explained in more detail in the document *Akčný plán stratégie celoživotného vzdelávania* (2011, p. 3–9).

The newest strategical document in the field of regional and higher education and partly also in further education in Slovakia is the document called *Národný program rozvoja výchovy a vzdelávania 2018–2027. Kvalitné a dostupné vzdelanie pre Slovensko* (2018). This document contains three strategic objectives: 1) high quality, 2) availability and 3) modernisation of education. There are three cross-cutting priorities: “1) integration and inclusion of the marginalised Roma communities and students from disadvantaged social background, 2) connection of the education system with the needs of economics and labour market, 3) development of the nonformal education system” (*Národný program rozvoja výchovy a vzdelávania 2018–2027. Kvalitné a dostupné vzdelanie pre Slovensko*, 2018, p. 37–38). The last priority directly connects to the topic of our work. The national

programme also aims at “the support of structured forms of further education and development of the system of recognition and verification of qualifications” (Národný program rozvoja výchovy a vzdelávania 2018–2027. Kvalitné a dostupné vzdelanie pre Slovensko, 2018, p. 44). Unfortunately, in this document, the further education of adults finishes at the age of 64 years. In this case, we can speak about the active old age only with significant limitations (more about the document and its attachments: <https://www.minedu.sk/17786-sk/narodny-program-rozvoja-vychovy-a-vzdelavania/>). On the website of the Ministry of Education, Science, Research and Sport of the Slovak Republic, we can find a direct link to the *Electronic Platform for Adult Learning in Europe (EPALE)*. There it is possible to follow not only events and activities prepared in the field of adult learning, but, in the section Sources, there are also published reports, concepts, documents or legislative measures to support the education of adults (more about the platform: <https://epale.ec.europa.eu/sk>). One of them is the document *Manifesto for Adult Learning in the 21st century: The Power and Joy of Learning* (2019, p. 18), it mentions that the *European Association for the Education of Adults*

is committed to active ageing and encourages a common vision on the active participation of older people. Learning provides many of these opportunities, and active ageing will only be guaranteed if learning in later life is provided. Research shows that learning seniors are more active, have more social contacts, volunteer more, work longer and are healthier. It is, therefore, essential to provide high-quality learning opportunities for all older people, which, in turn, will need the necessary framework of policies, funding, structures and access. Even at a very old age, learning has positive impacts (p. 18).

The following documents also belong to the essential documents in this area: *Memorandum o celoživotnom vzdelávaní sa [A Memorandum on Lifelong Learning]* (2000), *Active Ageing: A Policy Framework* (2002) or *Active Ageing Index for 28 European Union Countries* (2014). We offer their analysis in our other studies (e.g. Határ & Grofčíková, 2016; Határ, 2019).

3 ACTIVE AGEING AND ACTIVE OLD AGE IN THE EDUCATION AND SOCIAL LEGISLATION OF GERMANY

In 2017, the Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth published the Round Table report called *Aktives Altern – Übergänge gestalten* [Active Ageing – Shaping transitions]. Three expert working groups worked on this report for two years. They formulated ten recommendations or conclusions in the following areas: 1) municipal framework conditions, 2) credible and reliable data, 3) Active Ageing Index adapted to municipalities, 4) municipal care about living conditions, 5) improved policy regulations, 6) education, 7) information and communication technologies, 8) occupational/personal policy adequate for ageing and focused on all life periods, 9) preparation for leaving from working life by further education and 10) participation of all older adults. It is essential to mention that education plays a significant role in several recommendations. However, it has a dominant position mainly in points 6, 8 and 9. These recommendations directly refer to education, preparation for retirement and age management. Our research task deals with these topics, as well. As mentioned above, three working groups collaborated in the creation of these recommendations. One of them was the group called *Education in the old age and for the old age*. Their objective was to highlight action approaches and action opportunities in the areas such as political education, information and communication technologies, preparation for the transition from working life to retirement using measures of further education (*Aktives Altern – Übergänge gestalten*, 2017, p. 12–13).

The Round Table report *Aktives Altern – Übergänge gestalten* (2017, p. 9) represents a supplement attached to the document *Jedes Alter zählt. Die Demografiestrategie der Bundesregierung* [Every Year Counts. The Federal Government's Demographic Strategy] (2017). This document from the Federal Ministry of the Interior contains strategic measures of ten working groups. For us, the conclusions of the three working groups were highly interesting. The working group called *Motivated, skilled and healthy workers* defined and analysed the following areas: health and prevention at the workplace; treatment of employees who are ill; promotion of entrepreneurship (with particular emphasis on small and medium-sized enterprises) and work organisation related to age and ageing. The last area is significant for age

management. Another working group called *Living independently in old age* was dealing with the housing issues, healthcare, research, and also with better accessibility and cooperation. *Promoting educational biographies* is the last group we analysed. They focused on the following topics: occupational and study orientation/counselling; occupational and study orientation/counselling for people with weaker performance; counselling for people who left school; counselling in further education of adults; educational counselling in the municipal system and counselling for refugees (Jedes Alter zählt. Die Demografiestrategie der Bundesregierung, 2017, p. 21–31, 57–61). When compared with this strategy, it is essential to mention that the document *Aktives Altern – Übergänge gestalten* (2017) is more specific and focused exclusively on ageing and old age.

4 ACTIVE AGEING AND ACTIVE OLD AGE IN THE EDUCATION AND SOCIAL LEGISLATION OF SPAIN

In the plenary 2017, the State Council of Older Persons approved a document called *Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021* [*National Strategy for Older Adults for an Active Ageing and for their good 2018–2021*]. We mention the most relevant challenges in this document:

- to provide seniors with equal opportunities and dignified life in all spheres of social life;
- to guarantee the active participation of seniors in all activities of public life and governance if these are directly related to them and have an impact on their life;
- to support the stay of older people in the natural environment of their families and communities as long as possible;
- to allow seniors' participation in social life in such a way so that society could use their rich experience and knowledge;
- to promote the interest of state and private institutions in seniors to offer suitable programmes and services for this target group;
- to guarantee social protection and security for the senior population;
- to avoid age discrimination;
- to prevent, diagnose and eliminate the mistreatment and abuse of old people;
- to keep the quality of life for seniors by financial security and dignified retirement, as stated in the Constitution;

- to apply effective measures to support the healthy process of active ageing (Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021, 2017, p. 7 – 8).

The Spanish Association of Universities of the Third Age offers preparation courses for retirement. They aim to raise the awareness of employees who will be retired soon and to prepare them adequately for retirement, which should be dignified, well-balanced and meaningful. These courses also prepare their family members for this upcoming situation. They provide seniors with numerous alternatives on how to organise their life and free time actively and creatively. They deal with specific problems which are directly related to the senior population at the beginning of their retirement. These courses offer many possibilities of developing general health, personal well-being and good quality of life. They inform employees in the pre-retirement age about all issues they need to know before they get retired. They try to alleviate their worries and bespeak their physical, mental and social health during the retirement period (<http://ceate.es/proyectos-y-programas/cursos-de-formacion/>). On their website, there are also the educational contents and topics of all meetings:

- 1) *Retirement* – a challenge for modern societies: employees in the pre-retirement age; problems and possibilities of the retirement period of life; preparation for retirement;
- 2) *Psychology of ageing and retirement period of life*: psychological and sociological factors of retirement, overcoming of the perception of retirement as a period of loss, nonsense, decay or deficit; healthy versus pathological ageing;
- 3) *Preventive medicine and nutrition and retirement*: health, well-being, adequate quality of life in retirement; preventive care, hygiene and rehabilitation; nutrition and dietetics;
- 4) *Social resources and services for seniors*: centres, facilities and organisations for seniors; programmes of volunteering for seniors as participants of voluntary activities and as a target group, universities of the Third Age;
- 5) *Culture, hobbies and free time during the retirement period*: creative-recreational, sport, formational-cultural, civic and touristic activities (<http://ceate.es/proyectos-y-programas/cursos-de-formacion/>).

The target group that can participate in these courses consists of the following groups of population: people above the age of 50, employees in the pre-retirement age, seniors who have recently finished their active working life (<http://ceate.es/proyectos-y-programas/cursos-de-formacion/>).

Another example of good practice is the course of preparation for retirement called Programme Apol·lónia, which takes place in Barcelona, and it aims at retired dentists (Calvo, Pareja, & Gómez, 2018).

CONCLUSION

S. Matúšová and T. Jablonský (2012, p. 110) say that

until the Treaty of Lisbon entered into force, the education policy of the European Union was considered a policy subject to the principle of subsidiarity. According to this principle, the competencies were distributed between the member states and the European Union. With its support measures, the European Union complemented the education policy of its member countries (p. 110).

The authors also mention that the development of the European Community and European Union contributed to the connection of education policies with other policies. For example, this connection became significant also in the case of adaptation of the professional preparation and re-training of employees in the retirement age to new requirements at the labour market (Matúšová & Jablonský, 2012, p. 113).

In the following table, we offer a summary of common features we obtained from the comparison of active ageing, active old age and, partially, also age management in the education and social policies of Slovakia, Germany and Spain. We did not identify any different features in the examined area between the compared countries.

J. Ilmarinen (2008, p. 50) says that

the policy of active ageing in the European Union is based on reinforcing the control mechanisms of early retirement and improvement of work benefits. It also focuses on the right and the need for lifelong education, good working conditions, flexible working life, as well as the availability of healthcare and social services. Work incentives should be developed in such a way so that further continuation of work was a real choice for people (p. 50).

Table 1: *Comparison of active ageing and active old age in the education and social policies of Slovakia, Germany and Spain*

Common features	Slovakia	Germany	Spain
existence of the State organ dealing with seniors, their education and preparation for retirement	The Council of the Government of the Slovak Republic for Seniors' Rights and Adjustments to Public Policies on Aging Population	the Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth	The State Council of Older Persons; Spanish Association of Universities of the Third Age
existence of documents about the education for seniors	Národný program rozvoja výchovy a vzdelávania 2018–2027. Kvalitné a dostupné vzdelanie pre Slovensko; Stratégia celoživotného vzdelávania	Aktives Altern – Übergänge gestalten (points 6, 8, 9); Jedes Alter zählt. Die Demografiestrategie der Bundesregierung	Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021 (includes points about active ageing and education as a tool of active ageing)
existence of documents about active ageing and active old age	Definícia vekového manažmentu a vytvorenie zásad vekového manažmentu pre zamestnávateľov (v súkromnej a verejnej správe); Národný program aktívneho starnutia na roky 2014–2020	Aktives Altern – Übergänge gestalten; Jedes Alter zählt. Die Demografiestrategie der Bundesregierung	

Source: authors' own adaptation

Although we are aware of the gravity of the situation, we do not think that it is correct to look at active ageing and active old age only from the perspective of continuous activity of employees – retired people at the labour market. P. Taylor (2002, in: Ilmarinen, 2008, p. 49–50) recommends the following steps to improve the age policy:

- It is crucial to finance active age policy adequately.
- All political sectors should participate in the creation of policy related to ageing.
- Programmes for ageing people should improve their diversity, and they should represent part of the diversity of working life.
- It is significant to create these programmes from the micro-level up to the macro-level.
- The flexibility of models and solutions should be the key feature of these programmes.
- Programmes should emphasize the prevention of problems.
- It is also desirable to verify and evaluate these programmes.
- Other features of these programmes include their consistency, durability and positive character.

J. Ilmarinen (2008, p. 50) also mentions that Finland followed these recommendations in the creation of their programmes which got many awards, and they became the subject of research as well. Maybe positive experience from foreign social and education policies could facilitate the progress of the Slovak social and education policy focused on active ageing, active old age and age management. On the other hand, Slovakia has much to offer to Europe in solving this problem as well.

Acknowledgement

The study presented here was published within the research task VEGA of the Ministry of Education, Science, Research and Sport of the Slovak Republic and the Slovak Academy of Science no. 1/0001/18 called *Preparation for ageing and old age - possibilities of andragogical intervention*.

REFERENCES

- Active ageing: A policy framework.* (2002). Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Active ageing index for 28 European Union countries.* (2014). Available from: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/WG7/Documents/Policy_Brief_AAI_for_EG_v2.pdf
- Akčný plán stratégie celoživotného vzdelávania.* (2011). Available from: https://www.minedu.sk/data/files/2606_akcny-plan-strategie-czv-2011_final.pdf
- Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln.* (2002). Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/2/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf
- Aktiv im Alter. Runder Tisch „Aktives Altern – Übergänge gestalten“.* (2020). Available from: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/aktiv-im-alter/runder-tisch-aktives-altern-uebergaenge-gestalten>
- Aktives Altern – Übergänge gestalten.* (2017). Available from: <https://www.bmfsfj.de/blob/117360/51d4f9b4b365930e77901fed25184b70/runder-tisch-aktives-altern-ergebnispapier-data.pdf>
- Amoretti, G., Spulber, D., & Varani, N. (Eds.) (2017). *Active ageing. From wisdom to lifelong learning.* Roma: Carocci editore S.p.A.
- Ältere Menschen in Deutschland und der EU.* (2016). Available from: <https://www.bmfsfj.de/blob/93214/95d5fc19e3791f90f8d582d61b13a95e/aeltere-menschen-deutschland-eu-data.pdf>
- BALL – Be active through lifelong learning.* (2020). Available from: <https://www.ball-project.eu/es>
- Balogová, B. (2005). *Seniori.* Prešov: AKCENT PRINT.
- Beblavý, M. (2012). *Sociálna politika.* Available from: https://www.researchgate.net/publication/311569587_Socialna_politika/link/584d54ff08ae4bc8992f5e09/download
- Bednárik, R. (2007). Teória sociálnej politiky. In Tokárová, A., et al. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce* (pp. 232-241). Prešov: AKCENT PRINT.
- Blusková, J. (2017). Komparácia edukácie seniorov na Slovensku a v Rakúsku. In *Juvenilia paedagogica 2017* (pp. 18–22). Trnava: Trnavská univerzita. Available from: <http://pdf.truni.sk/katedry/kps/veda-vyskum?juvenilia-paedagogica#2017>

- Bútorová, Z., *et al.* (2013). Štvrtý rozmer tretieho veku. Desať kapitol o aktívnom starnutí. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky.
- Calvo, A., Pareja, G., & Gómez, A. (2018). *Programa Apol-lónia*. Available from: http://www.coec.cat/wp-content/uploads/2018/01/programa_curs-preparacio-jubilacio_es.pdf
- Centre for the third age education. (2020). Available from: <http://www.tempus-ctae.eu/>
- Cimbálníková, L., *et al.* (2011). *Age Management: Komparativní analýza podmínek a přístupů využívaných v České republice a ve Finsku*. Praha: AIVD ČR. Available from: <http://www.aivd.cz/soubor-doc738/>
- Cimbálníková, L., *et al.* (2012). *Age Management pro práci s cílovou skupinou 50+* Metodická příručka. Praha: AIVD ČR. Available from: <http://www.aivd.cz/soubor-doc737/>
- Cursos de Preparación a la Jubilación*. (2020). Available from: <http://ceate.es/proyectos-y-programas/cursos-de-formacion/>.
- Čornaničová, R. (1998). *Edukácia seniorov. Vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava: UK.
- Definícia vekového manažmentu a vytvorenie zásad vekového manažmentu pre zamestnávateľov (v súkromnej a verejnej správe)*. (2017). Available from: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/rada-vlady-sr-prava-seniorov/definicia-vekoveho-manazmentu-vytvorenie-zasad.pdf>
- Elektronická platforma vzdelávania dospelých v Európe (EPALE). (2020). Available from: <https://epale.ec.europa.eu/sk>
- Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021*. (2017). Available from: <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/844/02EFE9D3.pdf>
- Eurostat. (2017). Štruktúra a starnutie obyvateľstva. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/sk
- Gracová, D., & Selecký, E. (2017). *Vývojové trendy edukácie seniorov na univerzitách tretieho veku v Európe*. Banská Bystrica: Belianum.
- Grenčíková, A., & Španková, J. (2012). Prispôsobovanie vzdelávania potrebám ekonomiky. *Sociálno-ekonomická revue/Social and Economic Revue*, 10(3), 34–39. Available from: https://fsev.tnuni.sk/fileadmin/veda_a_vyskum/SER/2012/Socialno_ekonomicka_revue_volume_3_2012.pdf#page=34

- Hanobik, F. (2016). *Sociálna politika EÚ a multikultúrnosť*. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna.
- Határ, C. (2014). Podpora aktívnej participácie seniorov na spoločenskom živote prostredníctvom edukácie. In Balogová, B., & Skyba, M. (Eds.), *Sociálny kapitál starnutia – prítomnosť nikdy nestarne* (pp. 175–191). Prešov: Prešovská univerzita.
- Határ, C. (2019). Active ageing and active old age in the educational context. *AD ALTA*, 9(1), 97–102. Available from: http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/0901/papers/A_hatar.pdf
- Határ, C., & Grofčíková, S. (2016). Foreign language education of seniors. *JoLaCE*, 4(1), 158–179. Available from: [https://content.sciendo.com/configurable/contentpage/journals\\$002fjolace\\$002f4\\$002f1\\$002farticle-p110.xml](https://content.sciendo.com/configurable/contentpage/journals$002fjolace$002f4$002f1$002farticle-p110.xml)
- Határ, C., & Jedličková, P. (2018). Cudzojazyčné vzdelávanie dospelých ako príprava na starobu v Nemecku a Španielsku. In Veteška, J. (Ed.), *Adult education 2017 – in time of resonant social changes* (pp. 165–175). Praha: Česká andragogická spoločnosť.
- Ilmarinen, J. (2008). *Ako si predžiť aktívny život. Starnutie a kvalita pracovného života v Európskej únii*. Bratislava: Príroda.
- Jedes Alter zählt. Die Demografiestrategie der Bundesregierung. Arbeitsgruppenergebnisse zum Demografieipfel am 16. März 2017. (2017). Available from: <https://www.bmfsfj.de/blob/137854/d54ed3c30bef003b10abb00df394ae4b/demografiestrategie-der-bundesregierung-data.pdf>
- Kocianová, R., et al. (2013). *Analysis and comparison of forms and methods for the education of older adults in the V4 countries*. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovej.
- Krystoň, M. (2015). Vzdelávatelia seniorov. Paper presented at the international scientific conference *Adult Education 2015* (9.4.2015 Banská Bystrica).
- Leszko, M., & Bugajska, B. (2017). The evaluation of employment policies for older adults in the Czech Republic, Poland and Slovakia. In Tomczyk, L., & Klimczuk, A. (Eds.), *Selected Contemporary Challenges of Ageing Policy* (pp. 69 – 87). Kraków: Uniwersytet Pedagogiczny. Available from: <https://gerontolodzy.files.wordpress.com/2018/09/final-sklad-selected-contemporary-challenges-of-ageing-policy.pdf>
- Manifesto for adult learning in the 21st century: The power and joy of learning*. (2019). Available from: https://eaea.org/wp-content/uploads/2019/04/eaea_manifesto_final_web_version_290319.pdf

- Manifest pro vzdělávání dospělých ve 21. století: Síla a radost vzdělávání.* (2019). Available from: https://eaea.org/wp-content/uploads/2020/01/eaea_manifesto_czech_091019.pdf
- Masárová, T. (2012). Kvalita života verzus kvalita sociálních procesov. *Sociálno-ekonomická revue/Social and Economic Revue*, 10(3), 80-86. Available from: https://fsev.tnuni.sk/fileadmin/veda_a_vyskum/SER/2012/Socialno_ekonomicka_revue_volume_3_2012.pdf#page=80
- Matulay, S., & Matulayová, T. (2004). *Vybrané kapitoly zo sociálnej politiky a katolíckej sociálnej náuky*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa.
- Matulčík, J. (2004). *Teórie výchovy a vzdelávania dospelých v zahraničí*. Bratislava: Gerlach Print.
- Matúšová, S., & Jablonský, T. (2012). *Vzdelávacia politika Európskej únie*. Ružomberok: VERBUM.
- Memorandum o celoživotnom vzdelávaní sa.* (2000). Available from: https://www.minedu.sk/data/files/2607_2000_memorandum_o_celozivotnom_vzdelavani.pdf
- Národný program aktívneho starnutia na roky 2014–2020.* (2014). Available from: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/rada-vlady-sr-prava-seniorov/npas-2014-2020.pdf>
- Národný program ochrany starších ľudí.* (1999). Available from: https://www.employment.gov.sk/files/5578_subor.pdf
- Národný program rozvoja výchovy a vzdelávania 2018 – 2027. Kvalitné a dostupné vzdelanie pre Slovensko.* (2018). Available from: <https://www.minedu.sk/data/att/13285.pdf>; <https://www.minedu.sk/17786-sk/narodny-program-rozvoja-vychovy-a-vzdelavania/>
- Novotný, P., et al. (2014). *Age management: Jak rozumět stárnutí a jak na něj reagovat. Možnosti uplatnění age managementu v České republice. Průvodce pro jednotlivce, organizace a společnost*. Praha: AIVD ČR. Available from: <http://www.aivd.cz/soubor-doc736/>
- Odporúčanie Rec(2009)6 Výboru ministrov Rady Európy členským štátom o starnutí a zdravotnom postihnutí v 21. storočí: udržateľné rámce, ktoré umožnia vyššiu kvalitu života v inkluzívnej spoločnosti.* (2009). Available from: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/poradne-organy/ludske-prava-narodnostne-mensiny-rodovu-rovnost-sr/vybor-seniorov/rec20096.pdf>
- Porubská, G., & Ďurdiak, L. (2005). *Manažment vzdelávania dospelých*. Nitra: SlovDidac.

- Princípy OSN vo vzťahu k starším ľuďom.* (1991). Available from: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/poradne-organy/ludske-prava-narodnostne-mensiny-rodovu-rovnost-sr/vybor-seniorov/principy-osn-vo-vztahu-k-starsim-ludom.pdf>
- Rada vlády Slovenskej republiky pre práva seniorov a prispôsobovanie verejných politík procesu starnutia populácie. (2020). Available from: <https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/rada-vlady-sr-prava-seniorov/>
- Schunová, R. (2019). Analýza dokumentov o aktívnom starnutí na Slovensku a v zahraničí. In Mayer, K. (Ed.), *Teória a prax edukácie dospelých* (pp. 161–170). Prešov: Prešovská univerzita. Available from: <http://www.pulib.sk/web/pdf/web/viewer.html?file=/web/kniznica/elpub/dokument/Mayer2/subor/zbornik.pdf>
- Spulber, D. (Ed.) (2017). *Third age education. European, Azerbaijan, Russian and Ukrainian experience.* Roma: Carocci editore S.p.A.
- Stanek, V., et al. (2008). *Sociálna politika.* Bratislava: Sprint dva.
- Stratégia celoživotného vzdelávania.* (2011). Available from: <http://old.minedu.sk/data/USERDATA/DalsieVzdel/VDOC/Strategia%20celozivotneho%20vzdelavania%202011.pdf>
- Šerák, M., & Tomczyk, L. (Eds.). (2019). *Preparation to ageing and old age.* Kraków: UP. Available from: https://www.researchgate.net/publication/337389448_PREPARATION_TO_AGEING_AND_OLD_AGE/link/5dd51914299bf11ec8630893/download
- Štatút Rady vlády Slovenskej republiky pre práva seniorov a prispôsobovanie verejných politík procesu starnutia populácie. (2014). Available from: <https://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/statut.pdf>
- Štatút Rady vlády Slovenskej republiky pre seniorov. (2008). Available from: https://lrv.rokovania.sk/12936/17-/?cms_location=12936/17-
- Štatút Výboru pre seniorov. (2012). Available from: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/poradne-organy/ludske-prava-narodnostne-mensiny-rodovu-rovnost-sr/vybor-seniorov/statut-vyboru-pre-seniorov.pdf>
- Švec, Š. (2008). *Anglicko-slovenský lexikón pedagogiky a andragogiky.* Bratislava: Iris.
- Švec, Š., et al. (1998). *Metodológia vied o výchove. Kvantitatívno-scientické a kvalitatívno-humanitné prístupy v edukačnom výskume.* Bratislava: IRIS.

Tokárová, A., *et al.* (2007). *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: AKCENT PRINT.

Tomeš, I., Šámalová, K. (Eds.), *et al.* (2017). *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: UK Karolinum.

Kontakt

prof. PaedDr. Ctibor Határ, PhD.: chatar@ukf.sk

PhDr. Petra Jedličková, PhD.: pjedlickova@ukf.sk

MEZIGENERAČNÍ VZTAHY MEZI DĚTMI PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU A SENIORY

Barbora Tallová¹

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav školní pedagogiky, Štefánikova 5670, 760 01 Zlín, Česká republika

Link to this article: <https://doi.org/10.11118/lifele20201003333>

Podáno: 19. 5. 2020, Přijato: 30. 7. 2020

To cite this article: TALLOVÁ BARBORA. 2020. Mezigenerační vztahy mezi dětmi předškolního věku a seniory. *Lifelong Learning - celoživotní vzdělávání*, 10 (3): 333–351.

Abstrakt

Vzhledem k demografickému stárnutí populace je nutné věnovat se systematictěji seniorům a vztahu k lidem této věkové kategorie. Článek představuje téma mezigeneračních vztahů, konkrétně je zaměřen na vztah mezi dětmi předškolního věku a seniory. Cílem je představit téma mezigeneračních vztahů, analyzovat současný stav poznání v této oblasti a specifikovat možnosti rozvíjení mezigeneračních vztahů mezi zmíněnými skupinami osob. K tomuto účelu je zapotřebí vytvářet nejen např. mezigenerační programy, ale také formovat pozitivní postoje v rodinném prostředí.

Klíčová slova: dítě předškolního věku, mezigenerační vztahy, senior

INTERGENERATIONAL RELATIONSHIPS BETWEEN PRESCHOOL CHILDREN AND THE ELDERLY

Abstract

In the context of demographic ageing of the population, it is necessary to focus more systematically on the elderly and the relationship between society and people of this age category. This article presents the topic of intergenerational relationships; it specifically focuses on the relationship between preschool children and the elderly. The aim of the article is to introduce the topic of intergenerational relationships with a focus on the relationships between preschool children and the elderly, analyze the current state of knowledge in the field of intergenerational relationships and specify the possibilities of developing intergenerational relationships between these groups of people. For this purpose, it is necessary to create intergenerational programs, but it is also essential to form positive attitudes in the family.

Keywords: preschool child, intergenerational relationships, the elderly

Na celosvětové úrovni dochází k demografickému stárnutí populace. Konkrétně v České republice byla v roce 2012 naděje dožití u mužů 75 let a u žen 80,9 let. Podle projekce Českého statistického úřadu se odhaduje, že v roce 2100 bude dle střední varianty naděje dožití u mužů 86,6 let a u žen 91,1 let (Projekce obyvatelstva České republiky, 2013). Vzhledem k uvedenému se do popředí dostává také téma mezigeneračních vztahů. Cílem tohoto příspěvku je představit toto téma se zaměřením na vztahy mezi dětmi předškolního věku a seniory, analyzovat současný stav poznání v této oblasti a specifikovat možnosti podpory mezigeneračních vztahů mezi zmíněnými skupinami osob.¹

1 Článek se vztahuje k situaci za normálních okolností.

1 VYMEZENÍ OBDOBÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

V širokém pojetí je období předškolního věku chápáno od narození do 6 let. V užším pojetí je však definováno od 3 do 6 let věku dítěte (Kotátková, 2014), Vágnerová (2012) období předškolního věku stanovuje od 3 do 6–7 let, přičemž ukončení tohoto období je stanoveno jednak fyzickým věkem a jednak sociálně – nástupem do základní školy.

Co se týče vývoje dítěte, ve třech letech je již motorický vývoj ve fázi zdokonalování, zlepšování pohybové koordinace. Ve 4–5 letech je dítě zručnější, narůstá u něj soběstačnost. V rámci řeči můžeme zmínit, že tříleté dítě ještě nedokáže dokonale vyslovovat nebo některé hlásky vyslovuje nepřesně. Během následujících let se však řeč dítěte zdokonalí. S vývojem řeči se zvyšují poznatky o sobě a o okolí, rostou také znalosti o světě věcí a lidí (Langmeier & Krejčířová, 2006).

V sociální oblasti dochází k přesahu z rodinného prostředí, přičemž se rozvíjejí vztahy s vrstevníky. Dochází tak k určité přípravě na život ve společnosti (Vágnerová, 2012). V tomto kontextu je nutné zmínit proces socializace. „Socializace představuje proces postupného začleňování člověka do společnosti, začíná uvědoměním si svého místa ve světě (koncepte Já) a končí plnohodnotným fungováním ve společnosti dospělých“ (Buriánek, 2003, s. 38). Mezi základní socializační činitele patří rodina, škola a vrstevnické skupiny. V současné době se také přidávají masmédiá jako socializační činitel (Buriánek, 2003). Socializační proces zahrnuje tři vývojové aspekty, jimiž je vývoj sociální reaktivity, vývoj sociálních kontrol a hodnotových orientací a osvojení sociálních rolí. Vývoj sociální reaktivity značí vývoj emočních vztahů k lidem ve společenském okolí. U vývoje sociálních kontrol a hodnotových orientací se jedná především o vývoj norem, které si jedinec vytváří na základě zákazů a příkazů od dospělých osob. Osvojení sociálních rolí značí osvojení si takových vzorců chování a postojů, které jsou od něj očekávány od ostatních členů společnosti s ohledem na jeho věk, pohlaví atd. U dětí předškolního věku tak jde např. o plnění odlišných rolí v domácím prostředí a v kolektivu dalších dětí (Langmeier & Krejčířová, 2006).

V socializačním procesu dítěte má významnou úlohu hra (Langmeier & Krejčířová, 2006). Děti v rámci hry sdílejí aktivitu, což přináší sebezprosažení, ale zároveň přizpůsobení se ostatním, rozvíjí se tak prosociální chování (Vágnerová, 2012). Na konci období předškolního věku dítě zřetelněji nachází

nové vztahy k dějům, které se odehrávají mimo domov a rodinné prostředí (Langmeier & Krejčířová, 2006).

V kontextu tématu tohoto článku je důležité zmínit, jak dítě přijímá ostatní osoby. Jak uvádějí Bednářová a Šmardová (2007, s. 54), „lidské vztahy jsou pramenem, ze kterého dítě uspokojuje svoje citové a sociální potřeby (potřebu životní jistoty, potřebu pozitivní identity); zároveň jsou zdrojem sociálního učení (osvojování sociálních dovedností)“. Dítě se prostřednictvím kontaktu s ostatními lidmi učí orientovat se ve vztazích, osvojuje si chování a možnosti komunikace. Tím u něj dochází k sociálnímu učení, které může mít formu zpevňování, odezírání, očekávání nebo nápodoby a ztotožnění. Nejdůležitější význam v sociálním učení má nápodoba a následné upevnění daného chování. V tomto ohledu mají významnou roli rodiče, kteří by měli svým chováním být pro dítě příkladem (Bednářová & Šmardová, 2007). Rodiče tak hrají zásadní roli v tom, jak bude dítě přijímat ostatní lidi a jak bude nahlížet např. i na osoby seniorského věku.

2 VYMEZENÍ OBDOBÍ STÁŘÍ

Seniory je možné definovat jako osoby, které dosáhly období stáří (Vágnerová, 2007). Pokud se zaměříme na definici stáří z chronologického hlediska, v *Psychologickém slovníku* se v tomto kontextu charakterizuje senior jakožto člověk starší 60/65 let (Hartl & Hartlová, 2010). K nepřesnosti věkového vymezení se vyjadřuje např. i Šerák (2009), který uvádí, že ještě v nedávné době byl za seniora považován člověk ve věku 60 a více let, přičemž v posledních letech se tato věková hranice posouvá na 65 let. Seniorské období se dělí na další fáze. Vágnerová (2007) stáří rozděluje na období raného stáří, které je vymezeno věkovou hranicí 75 let, a na období pravého stáří, které nastává po 75. roce života.

Rané stáří neboli třetí věk s sebou mnohdy přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie. Je to období relativní svobody, ale i kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech. Jedná se o období života, ve kterém sice dochází ke změnám daným stárnutím, avšak tyto změny nemusí být tak velké, aby člověku znemožnily aktivní a nezávislý život (Vágnerová, 2007).

Oproti ranému stáří však fáze pravého stáří s sebou již přináší další těžkosti. Dověšením čtvrtého věku se senior dostává do období, které se mnohdy pojí s nárůstem zdravotních problémů i se zvýšeným rizikem vzniku a kumulace

různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci. Jde například o umístění seniora do institucionální péče apod. (Vágnerová, 2007). U seniorů nastávají involuční procesy. Involuce znamená zpětný proces vývoje, jenž je provázený ústupem nebo snížením funkcí (Hartl & Hartlová, 2010).

Z výše uvedeného vyplývá, že na počátku období stáří bývá ještě silná potřeba seberealizace, později ale nabývá na významu spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí u blízkých osob, člověk se více soustřeďuje na sebe a na své problémy (Langmeier & Krejčířová, 2006). V seniorském věku je vztah k dětem a k vnoučatům jedním z podstatných zdrojů uspokojení potřeby citové jistoty a symbolického zázemí. Vnoučata seniorům přinášejí nové podněty a zážitky, prostřednictvím dětí a vnoučat získávají senioři informace a zkušenosti, čímž se více přibližují společnosti, která se mění. Dochází také k naplnění potřeby seberealizace (Vágnerová, 2007). Vidovičová, Galčanová a Petrová Kafková (2015) ve výzkumu zjistily, že 54 % respondentů (prarodičů) označilo prarodičovskou roli za nejdůležitější nebo druhou nejdůležitější v životě, mezi dalšími důležitými rolemi byla role rodičovská (61 %) a manželská či partnerská (54 %). 68 % respondentů – prarodičů – označilo tuto roli za tu, která jim přináší nejvíce radosti a štěstí. Ovšem ne všichni senioři, kteří mají vnoučata, se s nimi setkávají (např. z důvodu prostorové vzdálenosti apod.). Navíc jsou senioři, kteří mají nenaplněnou prarodičovskou roli z důvodu bezdětnosti. Respondenti, kteří nemají vnoučata, považují za nejdůležitější roli rodičovskou a manželskou/partnerskou, ale také roli nerodinnou (role přítel/kamarád), kterou uvedlo 21 % respondentů bez vnoučat (pro srovnání tuto roli zmínilo jen 6 % respondentů prarodičů).

V seniorském věku se zvyšuje riziko ztráty sociálních kontaktů, s čímž se pojí jistá osamělost, která se stává významným faktorem pozdního stáří. Pocit osamělosti může pramenit z izolace od společnosti, ale zdrojem může být také proměna vnějšího světa, který se tak může jevit seniorovi jako cizí, jelikož mu nerozumí. U seniorů se tedy zvyšuje strach z opuštěnosti (Vágnerová, 2007). V rámci výzkumu bylo zjištěno, že lidé ve věku 61 a více let se nejvíce obávají nemoci a hned poté osamocení, která tak stojí např. před strachem z finanční, existenční krize a také před strachem ze smrti atd. (Sak & Kolesárová-Saková, 2008). To je v kontextu tohoto článku významné zjištění, protože seniorům, a především těm osamělým, by měla být poskytnuta možnost získat sociální vazby.

Vzhledem k tomu, že v současné době je větší důraz kladen na nukleární rodinu, je zřejmé, že se mnozí senioři stávají i v tomto ohledu izolovanějšími, jelikož vícegeneračních rodin ubývá (Alan, 1989). V současné době se třígenerační soužití a celkově soužití manželů s některým z jejich rodičů objevuje jen výjimečně. Při odděleném bydlení mladé generace se nepočítá s velkou mírou závislosti nejstarších členů rodiny na jejich pomoci. Tento způsob života umožňuje spíše občasnou pomoc prostřednictvím docházení za rodiči (Dvořáčková, 2012). Ubývání mezigeneračního soužití se tak může odrážet také ve vztahu starší a mladší generace. Pro zajímavost je možné doplnit, že Knodel a Chayovan v článku z roku 2008 píšou o situaci v Thajsku, kde více než 70 % osob ve věku 60 a více let žije spolu se svým potomkem nebo v jeho blízkosti; členové rodiny jsou tak hlavními osobami, které poskytují pomoc seniorům se základními činnostmi každodenního života. Současně ale tito autoři uvádějí, že v posledních dvou desetiletích se podíl starších osob, které žijí společně se svými potomky, snižoval a naopak se zvyšoval počet osob žijících samostatně nebo pouze se svým manželem. Vzhledem k nárůstu přístupu k telefonům však mohou senioři zůstat v kontaktu s příbuznými, kteří jsou geograficky vzdáleni (Knodel & Chayovan, 2008).

3 POSTOJE KE STÁŘÍ

V minulosti se image stáří neboli představy o stáří a postoje ke stáří střídaly a vždy dominovala buď pozitivní představa zahrnující idylické stáří (respektování starších lidí a úcta k nim založená na jejich moudrosti, trpělivosti a laskavosti), nebo negativní představa vnímající stáří jako období marnosti, nemoci a strádání, přičemž takové negativní postoje se mohou dostat až do podoby ageismu. Situace v současné době je odlišná oproti dobám předchozím (Špatenková & Smékalová, 2015):

„Dnes je situace poněkud jiná – obě představy existují vedle sebe, ale ve skutečnosti jsou postoje ke stáří a starým lidem spíše negativní, často se vyskytují i postoje ambivalentní, kdy jsou staří lidé na jednu stranu sice litováni, ale na druhou stranu nejsou respektováni. Každý člověk si v průběhu svého života utváří postoje ke starým lidem a k vlastnímu stáří. Formativní význam má v tomto ohledu především výchova v dětství“ (Špatenková & Smékalová, 2015, s. 14).

Někdy se hovoří až o gerontofobii neboli chorobném strachu ze stáří a stárnutí (Špatenková & Smékalová, 2015). Tento negativní přístup ke stáří bývá navíc posilován stereotypy o starých lidech, o nichž se zmiňuje např. Palmore (1990). S tím také souvisejí mezigenerační konflikty, které jsou jedněmi z nejčastějších mezilidských sporů. Ovšem jen část těchto konfliktů vyplývá ze skutečného problému, jako jsou např. rozdílné povahy. Hlavní roli většinou sehrává předpojatost rozdílných generací vůči sobě navzájem a trvání na nejrůznějších, byť i nepravdivých stereotypyech. Většina mezigeneračních konfliktů pramení z pokřiveného názoru a z předpojatých představ o jiných generacích, ze stereotypů a zejména pak z povýšení těchto teorií na jedinou pravdu (Jirásková *et al.*, 2005). Mezi stereotypy se řadí např. názory, že senioři mají špatné zdraví, dochází u nich k mentálnímu úpadku, senilitě, dezorientovanosti, nevrlosti, chudobě, osamělosti apod. (Palmore, 1990). Butler (1969) v této souvislosti vytvořil pojem „ageismus“, který je charakterizován jako „věková diskriminace; znevýhodňování osob na základě věku“ (Hartl & Hartlová, 2010, s. 16). Věková diskriminace znamená předpojatost vůči jakékoliv věkové skupině (mladých, dospívajících jakožto nezralých či neposlušných, seniorů s předsudky vztahujícími se k jejich závislosti na pomoci dalších osob, rigiditě, nemocem apod.). Tato charakteristika spojená s předsudky se negativně odráží v mnoha ohledech (Tošnerová, 2009). Ageismus se tedy může týkat jakékoliv věkové skupiny, jak uvádí Tošnerová (2009). Vidovičová (2008) zmiňuje, že dle výzkumu se 18 % Čechů setkalo s ageismem.

Výzkum European Social Survey, který byl realizován v roce 2009, zjistil, že téměř 70 % Čechů nad 60 let mělo v posledním roce zkušenost s projevy nedostatku respektu nebo s nevhodným chováním vztahujícím se k jejich věku (Benešová, 2010). V rámci výzkumu *Ageismus 2003* bylo např. zjištěno, že senioři se s ageismem setkávají v komunikaci v podobě zesměšňování, podceňování jejich schopností apod. (Vidovičová & Rabušic, 2005). A právě takové negativní projevy vztahující se k seniorskému věku by se měly eliminovat.

Vzhledem k uvedenému je důležité věnovat se podpoře mezigeneračních vztahů a zároveň se zaměřit na vymýcení stereotypů o seniorech apod., přičemž v souladu se slovy Špatenkové a Smékalové (2015) by se mělo v tomto ohledu začít již výchovou v dětství.

4 VZTAHY VE SPOLEČNOSTI

Obecně je možné identifikovat následující úrovně vztahu – makroúroveň, mezoúroveň a mikroúroveň. Makroúroveň se zabývá širokými oblastmi společnosti (Jandourek, 2007). Na mezoúrovni se obecně zabýváme skupinami nebo organizacemi, kterými mohou být rodiny, školní třídy a další (Jandourek, 2007). Pokud se zaměříme na kvalitu života osob v rámci mezoúrovně, tak se jedná o kvalitu života malých sociálních skupin (Kebza, 2005). V rámci této úrovně může docházet k sociální opoře tam, „kde se určitá sociální skupina lidí snaží pomoci jednomu ze svých členů, případně lidem ve svém okolí, kteří nejsou součástí této skupiny, avšak nacházejí se v určité nouzi“ (Křivohlavý, 2009, s. 95). Příkladem může být pomoc starým a chronicky nemocným lidem apod.“ (Křivohlavý, 2009).

Na mikroúrovni se obecně jedná o „úroveň analýzy zabývající se spíše relativně bezprostředními aspekty sociálního života, jako jsou každodenní aktivity jedinců a jejich vztahy s druhými lidmi“ (Jandourek, 2007, s. 160). V rámci sociální opory může jít o „pomoc a oporu, kterou danému člověku poskytuje osoba, jež mu je nejbližší“ (Křivohlavý, 2009, s. 95).

Zaměříme se blíže na vztahy na úrovni rodiny v rámci rolí prarodičů–vnoučce. Tyto vztahy jsou rovnocenné a přínosné – prarodiče mají poznatky a zkušenosti významné pro pochopení světa a vlastního místa v něm, přispívají svou sociální oporou. Na druhé straně vnoučata mohou prarodičům pomáhat např. v orientaci v současném rychle se měnícím světě (v rámci používání nových technologií apod.). Tento oboustranný vztah přispívá k emocionální stabilitě a pozitivnímu sebehodnocení všech (Hrozenská *et al.*, 2008).

Stelle, Fruhauf, Orel, & Landry-Meyer (2010) se ve svém článku věnujícím se prarodičovství v 21. století zaměřují na dopady pohlaví prarodičů, sexuální orientace a fyzického nebo kognitivního omezení na vztah s jejich vnoučaty. Uvedení autoři např. upozorňují, že je nutné uznat význam pohlaví jako důležitého faktoru ve vztahu prarodiče s vnoučetem. Na zmíněné oblasti by se měly zaměřovat výzkumy, aby došlo k obohacení dat v tomto směru. Obdobně Buchanan a Rotkirch (2016, in Buchanan & Rotkirch, 2018) píší, že mění se role mužů a žen formuje také roli prarodičů. Když se hovoří o prarodičích, většinou se předpokládá, že je řeč o babičkách, vztah dědečků s vnoučaty bývá opomíjen. Přitom v roce 2016 však bylo zjištěno, že jsou

se svými vnoučaty úzce spjati. Vzhledem k tomu, že mnozí prarodiče se z důvodu časové vytiženosti matky a otce starají o vnoučata, hrají důležitou roli ve výchově další generace.

Pokud se podíváme na výzkumy, které byly v oblasti mezigeneračních vztahů realizovány, můžeme zmínit např. výzkum zaměřený na rodinu s dětmi se zdravotním postižením, blíže věnovaný prarodičům a podpoře jejich potomků, které mají děti s postižením. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu bylo realizováno interview s dvanácti dvojicemi zahrnující prarodiče a rodiče, které mají děti ve věku 5–15 let (Mirfin-Veitch, Bray, & Watson, 1997). Další výzkum z této oblasti se věnoval kontaktu a komunikaci mezi prarodiči a vnoučaty, zaměřen byl např. na empatii při zlepšování mezigeneračních postojů (Tam *et al.*, 2006). Mezigeneračním vztahům se věnovali také Becker a Steinbach (2012), kteří se zaměřili na vztah prarodičů a vnoučat ve věku 8–15 let. Zjištěno bylo mimo jiné, že vztahy mezi prarodičem a vnoučetem jsou do značné míry nezávislé např. na statusu zaměstnání, ale spíše jsou spojené se sociálními zdroji (vztahy mezi prarodiči a rodiči, partnerství prarodičů). V České republice se výzkumu mezigeneračních vztahů věnovaly např. Stašová a Kříšiková (2014), které získaly data od 202 respondentů ve věku 12–13 let a 16–18 let. Jejich výsledky ukazují převážně pozitivní mezigenerační vztahy a hodnotu starší generace pro mladé lidi.

Konkrétně na mezigenerační vztahy týkající se prarodičů, rodičů a dětí předškolního věku byla zaměřena např. studie, do níž se zapojilo 181 účastníků. Týkala se kvality vztahů rodičů (generace 1), dětí (generace 2) a jejich dětí ve věku 3–4 roky (generace 3) (Barnett *et al.*, 2010). V kontextu tématu článku je vhodné zmínit výzkum, který se věnoval vztahům mezi prarodiči a vnoučaty ve věku 4–5 let. Zkoumány byly vztahy prarodičů a vnoučat a jejich vliv na sociální kompetence dětí předškolního věku. Výzkum byl realizován v Číně, účastníky výzkumu byly osoby ve věku 50–89 let, které žijí dohromady se svými vnoučaty ve věku 4–5 let. O sociálních kompetencích dětí podávali zprávu jejich učitelé. Zjištěno bylo například, že všechny dimenze vztahu prarodiče–vnoučata signifikantně korelují se sociálními kompetencemi dětí předškolního věku. Je tedy důležité zaměřovat se na vztah mezi prarodiči a vnoučaty a omezit konflikty ve vztahu těchto dvou generací (Li, Liu, Gao, & He, 2016).

5 MOŽNOSTI ROZVÍJENÍ MEZIGENERAČNÍCH VZTAHŮ MEZI DĚTMI PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU A SENIORY

Nejprve je nutné zmínit, že je v tomto ohledu obecně důležité podporovat postoj společnosti směřující ke kladnému vnímání osob seniorského věku, přičemž pozitivní postoje je nutné formovat již od útlého věku. Obecně je potřebné zaměřit se na jedné straně na aktivity, které povedou pochopit proces stárnutí a potřeby seniorů, ale na druhé straně také vytvářet aktivity, které přiblíží dětský svět seniorům, čímž dojde k oboustrannému porozumění (Čeledová, Kalvach, & Čevela, 2016).

Vzdělávací programy dětí by měly zdůrazňovat ucelenost ontogeneze, a především by měly eliminovat mýty o stáří a stereotypizaci seniorů (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012), nutné je však přizpůsobit zaměření věku cílové skupiny. V Národním akčním plánu podporujícím pozitivní stárnutí na období let 2012–2017 byly zdůrazněny mezigenerační vztahy (MPSV, 2014):

„Pro efektivní využití potenciálu rostoucího počtu seniorů je třeba se zaměřit na dvě základní oblasti – zdraví a celoživotní učení. Od nich se odvíjí účast na trhu práce, aktivní podíl na rozvoji občanské společnosti (formou dobrovolnictví či v rámci rodiny) a podpora mezigeneračního dialogu“ (MPSV, 2014, s. 5).

Dále se blíže zaměříme na mezigenerační programy, v nichž dochází k vzájemnému učení a obohacování mezi mladší a starší generací. To je přínosné pro samotného jedince, ale také pro společnost (Hatton-Yeo & Ohsako, 2000, in Horáková, Šujanová, & Vidovičová, 2014). Tyto programy by tak mohly přispívat k rozvoji generační inteligence (Biggs & Lowenstein, 2011). Mezigenerační programy lze obecně dělit podle forem interakce na tři typy. V prvním typu jsou děti příjemci a senioři poskytují službu (pomáhají, učí je atd.), druhý typ zahrnuje opačné vazby, takže senioři jsou příjemci a děti jsou pro ně prospěšné, a třetím typem jsou programy, ve kterých děti i senioři spolupracují na různých aktivitách (Herrmann & Herrmann, 2005, in Horáková, Šujanová, & Vidovičová, 2014). Aktivity v mezigeneračních programech se musí přizpůsobovat vývojovému stadiu, kognitivní úrovni a dalším aspektům cílové skupiny, konkrétně v tomto případě dětí předškolního věku. Samozřejmě musí docházet také k přizpůsobení aktivit seniorům, kteří se jich mají účastnit (Horáková, Šujanová, & Vidovičová, 2014).

Mezigenerační programy mohou být jednorázové, jindy je možné setkat se s aktivitou probíhající jednou za týden nebo za dva, která je realizována po dobu několika měsíců. Také existují programy, které se stanou každodenní součástí života účastníků na určitou dobu (Horáková, Šujanová, & Vidovičová, 2014).

Přínos mezigeneračních programů je značný, avšak musí být vhodně zvolené aktivity a tyto aktivity musí být dobře vedené (Horáková, Šujanová, & Vidovičová, 2014). Důležité je však také upozornit v souladu s Allportem (2004, in Horáková, Šujanová, & Vidovičová, 2014), že takto vzniklé vztahy jsou uměle vytvořené, což přináší určitá rizika. Snaha zvýšit vzájemný respekt daných skupin osob a spojovat lidi různých skupin tak může být zmařena či ovlivněna právě touto nepřirozeností vztahů. I přesto je ale nutné zmínit slova Horákové, Šujanové a Vidovičové (2014), že mezigenerační programy mohou poskytnout povědomí o životě druhé skupiny a obohatit tyto skupiny navzájem, přičemž seniorům poskytují pocit užitečnosti a smysluplnosti, dávají jim nové hodnoty apod., což vede ke zvýšení kvality jejich života.

Ve svých studiích se mezigeneračním programům věnují různí autoři, např. Park (2015) nebo Gualano *et al.* (2018). Systematické zmapování mezigeneračních programů v České republice provedla Kitliňská (2013). Výzkumu v oblasti mezigeneračních programů se věnovali např. Skropeta, Colvin a Sladen (2014) nebo Mosor *et al.* (2019). Jako příklad můžeme uvést mezigenerační program, ve kterém byli účastníci nejprve zapojeni do tříměsíčního intenzivního týdenního tréninkového semináře zaměřeného na výběr knih, techniky čtení a základní znalosti školního života dětí. Následně se jednou za jeden až dva týdny účastnili skupinových aktivit, které zahrnovaly hraní her a čtení obrázkových knih dětem v mateřských školách, základních školách a veřejných centrech péče o děti. Program ukázal zlepšení fyzického a psychického zdraví obou skupin (Yasunaga *et al.*, 2016).

Podpora mezigeneračních vztahů může za normálních okolností probíhat také u dětí navštěvujících mateřskou školu. V Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání (dále také jako RVP PV) je v oblasti „Dítě a ten druhý“ v dílčích vzdělávacích cílech uvedeno:

„... seznamování s pravidly chování ve vztahu k druhému, osvojení si elementárních poznatků, schopností a dovedností důležitých pro navazování a rozvíjení vztahů dítěte k druhým lidem, posilování prosociálního chování ve vztahu k ostatním lidem (v rodině, v mateřské škole, v dětské herní skupině apod.), vytváření prosociálních

postojů (rozvoj sociální citlivosti, tolerance, respektu, přizpůsobivosti apod.), rozvoj interaktivních a komunikativních dovedností verbálních a neverbálních, rozvoj kooperativních dovedností, ochrana osobního soukromí a bezpečí ve vztazích s druhými lidmi i dospělými“ (MŠMT, 2018, s. 23).

Zároveň jako vzdělávací nabídka, kterou má učitel v mateřské škole k dispozici, jsou v RVP PV mj. zmíněny „aktivity podporující uvědomování si vztahů mezi lidmi (kamarádství, přátelství, vztahy mezi oběma pohlavími, úcta ke stáří apod.)“ (MŠMT, 2018, s. 23). V RVP PV jsou tedy jako jedny z aktivit uvedeny ty, které podporují úctu ke stáří. Dle Horákové, Šujanové a Vidovičové (2014) může probíhat například spolupráce mateřské školy se stacionářem pro seniory, které se na určitou část dne spojují. Bočková a Vojtíšek (2017, s. 72) zase uvádějí, že „mezi známé aktivity, které jsou provozovány zatím spíše nesystémově, se řadí projekty zaměřené na předávání mezi generacemi (např. klienti domovů pro seniory předčítají pohádky dětem v mateřských školách)“. Vzhledem k zaměření článku na děti předškolního věku a seniory si blíže uvedeme např. výzkum, který proběhl u 25 seniorů ve věku 71–101 let, kteří se účastnili mezigeneračních programů s dětmi ve věku 5–6 let v centru denní péče pro dospělé v Tokiu. Těchto 25 seniorů bylo rozděleno do dvou skupin, jedna byla zaměřena na výkonnostní mezigenerační program (děti zpívají písně, tancují) a druhá na sociálně orientovaný mezigenerační program (senioři a děti spolu hrají hry). Zjištěny byly určité rozdíly v rámci těchto skupin, podstatné je ale poznamenat, že mezigenerační programy seniory potěšily a poskytly jim možnost komunikace s dalšími lidmi. Mezigenerační programy mohou přispívat k opětovnému začlenění seniorů do společnosti (Morita & Kobayashi, 2013).

Zaměřme se ale také na úroveň rodiny, v jejímž rámci děti získávají zkušenost s podobou stáří – měly by vědět, že se jedná o přirozené pokračování životního příběhu. Děti v rodině jsou seznámeny se včleněním seniorů do rodinného a společenského života a s jejich pozitivní rolí v životě rodiny. Důležitá je také zkušenost dětí s mezigenerační solidaritou spočívající v tom, jak rodiče pomáhají svým rodičům (tzn. prarodičům zmíněných dětí) a případně dalším starším generacím (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012). V tomto ohledu je nutné klást důraz na mezigenerační spolupráci, která se týká aktivit napříč společnostmi a vede ke zlepšení sociální soudržnosti, k vytvoření kladných mezigeneračních sociálních vazeb. Mezigenerační spolupráce ovlivňuje také kvalitu rodinného života atd. (Čeledová, Kalvach & Čevela,

2016). Mezigenerační vztahy a vztahy vzájemné soudržnosti jsou podstatné prvky aktivního stárnutí (Dvořáčková, 2009).

Mezigenerační vztahy mohou být podporovány různými způsoby. Existují např. tzv. Experimentální univerzity pro prarodiče a vnoučata, jejichž prostřednictvím dochází k mezigeneračnímu učení. Např. již v roce 2004/2005 byla organizována univerzita tohoto typu na Univerzitě Karlově v Praze. Prarodiče se mohou vzdělávat se svými vnoučaty ve věku od 6 do 12 let, čímž dochází nejen ke vzdělávání, ale také k upevňování mezigeneračních vztahů (Špatenková & Smékalová, 2015).

Dále je možné zmínit např. „Program 3G – tři generace“, kterého se účastní osoby ve věku nad 50 let, které nemají vlastní vnoučata anebo s nimi nejsou v pravidelném kontaktu. Zároveň je určen rodinám s dětmi školního i předškolního věku, které nemají vlastní prarodiče. Program 3G je realizován na principu přátelského vztahu dítěte s dospělým dobrovolníkem ve věku 50 a více let. Společné volnočasové aktivity mohou být doplněny o doprovod dítěte ze školy či na zájmové kroužky, podpora však může být reciproční – rodina může dobrovolníkovi také nabídnout pomoc (např. ve formě drobných oprav, zajištění nákupu, pomoc s prací na PC apod.) (MPSV, nedatováno).

DISKUSE

V článku byla uvedena problematika mezigeneračních vztahů dětí předškolního věku a seniorů. V této oblasti je především důležité eliminovat negativní postoje k osobám seniorského věku. Existuje totiž řada stereotypů vztahujících se k seniorům, které zmiňuje např. Palmore (1990), které mohou vyústit až k ageismu, který definoval Butler (1969). Negativním stereotypům a ageismu je tak nutné předcházet.

Mít úctu ke stáří je jedna z podstatných hodnot, která by ve společnosti měla být zastávána. Primární úlohu v tom, jak bude dítě nahlížet na seniory, hraje rodina, protože si musíme uvědomit, že to, co dítě vidí či slyší, má tendenci opakovat, protože jak uvádějí např. Jucovičová a Žáčková, „v předškolním období si dítě osvojuje základy sociálního chování v širším společenství, učí se jim tzv. sociálním učením, učením nápodobou chování ostatních. Vzorem opět bývá nejbližší rodina. V sociálním prostředí si pak dítě potvrzuje svou identitu, sociální roli“ (Jucovičová & Žáčková, 2014, s. 23). Jak také zmiňují Bednářová a Šmardová (2007), u dítěte je důležité sociální učení, přičemž

„nápodoba se uskutečňuje na základě identifikace – dítě napodobuje toho, ke komu má citovou vazbu, ke komu má důvěru, kdo mu něčím imponuje“ (Bednářová & Šmardová, 2007, s. 54).

Je však otázkou, jak rodiče přistupují k problematice seniorské populace, zda na tuto tematiku kladou důraz a berou ji jako součást výchovy, nebo naopak u nich nehraje tak podstatnou roli, jakou by si zasloužila. Na druhou stranu někteří autoři (např. zmiňovaní Buchanan & Rotkirch, 2016, in Buchanan & Rotkirch, 2018) uvádějí, že se zvyšuje role prarodičů vzhledem k časové vytiženosti rodičů, takže o děti se mnohdy prarodiče starají, čímž by u těchto dětí přirozeně mělo docházet k mezigeneračnímu porozumění a účtě ke stáří.

Jak uvádí Koťátková (2014), na konci předškolního věku má dítě základní předpoklady pro altruistické chování, které s tímto tématem také souvisí. Dítě ale přebírá odpozorované chování lidí z okolí, což může přinášet problém, pokud bude dítě přijímat nevhodný vzorec chování. Je tedy nutné zaměřit se i v tomto ohledu na výchovu dítěte.

V RVP PV se mj. píše, že dítě, které ukončuje předškolní vzdělávání, „napodobuje modely prosociálního chování a mezilidských vztahů, které nachází ve svém okolí“ (MŠMT, 2018, s. 12). Je tak důležité vzít to v potaz.

V článku byly uvedeny různé výzkumy věnující se mezigeneračním vztahům, např. Mirfina-Veitché, Braye a Watsona (1997), Tama *et al.* (2006), Beckera a Steinbacha (2012) či Stašové a Křišíkové (2014), výzkumům věnujícím se rozvoji mezigeneračních vztahů se věnovali např. Skropeta, Colvin a Sladen (2014), Mosor *et al.* (2019) nebo Yasunaga *et al.* (2016). Konkrétně na mezigenerační vztahy mezi dětmi předškolního věku a seniory byli zaměřeni např. zmiňovaní Barnett *et al.* (2010) nebo Li, Liu, Gao a He (2016) a rozvoji vztahů těchto skupin se věnovali např. Morita a Kobayashi (2013). V rámci většiny výzkumů bylo zjištěno, že mezigenerační programy přinášejí různá pozitiva. Mezigeneračním vztahům a jejich rozvoji je nutné dále se systematicky věnovat.

Je možné shrnout, že podpora mezigeneračních vztahů mezi dětmi předškolního věku a seniory je podstatná z několika důvodů. Tyto vztahy je možné rozvíjet jak na úrovni rodiny v rámci vztahu prarodič – vnuče, tak také obecně v rovině senior – dítě předškolního věku, které je možné podporovat například prostřednictvím různých programů realizovaných u dětí v mateřské škole. Mezigenerační programy přinášejí pozitivní účinky, jak prokazují různé výzkumy, viz např. výše zmíněný výzkum Mority

a Kobayashiho (Morita & Kobayashi, 2013). V souladu s představeným tématem by měl být kladen důraz na podporu úcty ke stáří jak při výchově dětí v rodinném prostředí, tak prostřednictvím předškolních zařízení.

ZÁVĚR

Článek se zaměřil na mezigenerační vztahy mezi dětmi předškolního věku a seniory. Cílem bylo seznámit čtenáře s problematikou mezigeneračních vztahů uvedené cílové skupiny. Článek nejprve vymezil období předškolního věku, období stáří a postojů ke stáří. Poté byly charakterizovány vztahy ve společnosti a blíže uvedeny možnosti rozvíjení mezigeneračních vztahů.

Podporovat mezigenerační vztahy dětí a seniorů je za normálních okolností možné např. prostřednictvím mateřských škol, protože v Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání se mj. píše, že u dětí by měly být podpořeny aktivity směřující k úctě ke stáří (MŠMT, 2018). Dobré vztahy dětí k seniorům by však měly být podporovány již na úrovni rodiny, jak uvádějí např. Čevela, Kalvach a Čeledová (2012). Důležitost role rodiny a jejího výchovného působení zdůrazňují také Špatenková a Smékalová (2015, s. 14): „Formativní význam má v tomto ohledu především výchova v dětství.“ Rodina je tedy základní pilíř, který může dítěti poskytnout náhled na starší spoluobčany, starší příbuzné a potažmo jejich prarodiče.

Na závěr této teoretické studie můžeme shrnout, že aktivity podporující mezigenerační vztahy dětí a seniorů přinášejí pozitiva jak pro děti, tak pro seniory. Vzhledem k uvedenému by se na tyto aktivity (a samozřejmě nejen na tyto, ale také na aktivity podporující mezigenerační vztahy i ostatních věkových skupin z dalších důvodů, které ale již nejsou předmětem tohoto článku) mělo myslet.

LITERATURA

- Alan, J. (1989). *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama.
- Barnett, M. A. *et al.* (2010). Intergenerational relationship quality, gender, and grandparent involvement. *Family Relations*, 59 (1), 28–44. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2009.00584.x>
- Becker, O. A., & Steinbach, A. (2012). Relations between grandparents and grandchildren in the context of the family system. *Comparative Population Studies*, 37 (3–4), 543–566.

- Bednářová, J., & Šmardová, V. (2007). *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. Brno: Computer Press.
- Benešová, R. (2010). *Ageismus jako střet věkových skupin*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií.
- Biggs, S., & Lowenstein, A. (2011). *Generational Intelligence: A Critical Approach to Age Relations*. Londýn: Routledge.
- Bočková, L., & Vojtíšek, P. (2017). Potenciál starších osob a seniorů pro společnost. In Tomeš, I., Šámalová, K. et al., *Sociální souvislosti aktivního stáří* (s. 49–74). Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.
- Buchanan, A., & Rotkirch, A. (2018). Twenty-first century grandparents: global perspectives on changing roles and consequences. *Contemporary Social Science*, 13 (2), 131–144. <https://doi.org/10.1080/21582041.2018.1467034>.
- Buriánek, J. (2003). *Sociologie*. Praha: Fortuna.
- Butler, R. N. (1969). Age-Isms: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9 (4), 243–246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Čeledová, L., Kalvach, Z., & Čevela, R. (2016). *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.
- Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Dvořáčková, D. (2009). Společenské uplatnění seniorů aneb aktivní stáří. *Sociální péče*, 4 (4), 24–25.
- Gualano, M. R. et al. (2018). The impact of intergenerational programs on children and older adults: a review. *Int Psychogeriatr*, 30 (4), 451–468. <https://doi.org/10.1017/S104161021700182X>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál.
- Horáková, K., Šujanová, A., & Vidovičová, L. (2014). Mezigenerační vztahy a programy pro jejich kultivaci – přínosy a rizika. In Štěpánková, H., Höschl, C., & Vidovičová, L. et al., *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd* (s. 265–284). Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.
- Hrozenská, M. et al. (2008). *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta.
- Jandourek, J. (2007). *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál.

- Jirásková, V. et al. (2005). *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Praha: Eurolex Bohemia.
- Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2014). *Je naše dítě zralé na vstup do školy?* Praha: Grada Publishing.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kitliňská, J. (2013). Intergenerational programs implemented in the Czech Republic. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 106, 1548–1554.
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2008). Intergenerational relationships and family care and support for Thai elderly. *Ageing International*, 33, 15–27.
- Koťátková, S. (2014). *Dítě a mateřská škola: co by měli rodiče znát, učitelé respektovat a rozvíjet*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. 2., akt. vyd. Praha: Grada Publishing.
- Li, Y., Liu, T., Gao, Z., & He, H. (2016). The grandparent-grandchild relationship and its effects on the development of young children's social competence. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 5 (6). <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000374>
- Mirfin-Veitch, B., Bray, A., & Watson, M. (1997). „We're Just That Sort of Family“: Intergenerational Relationships in Families Including Children with Disabilities. *National Council on Family Relations*, 46 (3), 305–311. <https://doi.org/10.2307/585129>
- Morita, K., & Kobayashi, M. (2013). Interactive programs with preschool children bring smiles and conversation to older adults: time-sampling study. *BMC Geriatrics*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-111>
- Mosor, E., et al. (2019). An intergenerational program based on psycho-motor activity promotes well-being and interaction between preschool children and older adults: results of a process and outcome evaluation study in Austria. *BMC Public Health*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6572-0>
- MPSV (2014). *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí na období let 2012–2017*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- MPSV (nedatováno). *Příklad dobré praxe – Česká republika*. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Hestia_p1.pdf/65a08719-1f03-2cc3-b890-1b377f675a6e
- MŠMT (2018). *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: MŠMT.

- Palmore, E. B. (1990). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer Publishing Company.
- Park, A-La (2015). The Effects of intergenerational programmes on children and young people. *Interational Journal of School and Cognitive Psychology*, 2 (1). <https://doi.org/10.4172/2469-9837.1000118>
- Projekce obyvatelstva České republiky* (2013). Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>
- Sak, P., & Kolesárová-Saková, K. (2008). *Zpráva z výzkumu „Názory a postoje české populace k seniorům“*. Dostupné z: http://www.insoma.cz/4_8.pdf
- Skropeta, C. M., Colvin, A., & Sladen, S. (2014). An evaluative study of the benefits of participating in intergenerational playgroups in aged care for older people. *BMC Geriatrics*, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-109>
- Stašová, L., & Křižíková, E. (2014). Relationships between children and their grandparents and importance of older generations in lives of today's families. *Society, health, welfare: 4th international interdisciplinary scientific conference*. Paris: EDP sciences.
- Stelle, Ch., Fruhauf, Ch., Orel, N., & Landry-Meyer, L. (2010). Grandparenting in the 21st century: Issues of diversity in grandparent–grandchild relationships. *Journal of Gerontological Social Work*, 53 (8), 682–701. <https://doi.org/10.1080/01634372.2010.516804>
- Šerák, M. (2009). *Zájemové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál.
- Špatenková, N., & Smékalová, L. (2015). *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing.
- Tam, T. *et al.* (2006). Intergroup contact and grandparent-grandchild communication: The effects of self-disclosure on implicit and explicit biases against older people. *Group Processes & Intergroup Relations*, 9 (3), 413–429. <https://doi.org/10.1177/1368430206064642>
- Tošnerová, T. (2009). *Jak si vychutnat seniorská léta*. Praha: Computer Press.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Grada Publishing.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.
- Vidovičová, L. (2008). *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita.

- Vidovičová, L., Galčanová, M., & Petrová Kafková, M. (2015). Význam a obsah prarodičovské role u mladých českých seniorů a seniorek. *Sociologický časopis*, 51 (5), 761–782. <https://doi.org/10.13060/00380288.2015.51.5.213>
- Vidovičová, L., & Rabušic, L. (2005). *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno.
- Yasunaga, M. *et al.* (2016). Multiple impacts of an intergenerational program in Japan: Evidence from the Research on Productivity through Intergenerational Sympathy Project. *Geriatrics & Gerontology International*, 16(1). <https://doi.org/10.1111/ggi.12770>

Kontakt

Mgr. Barbora Tallová, Ph.D.: tallova@utb.cz

RECENZE / BOOK REVIEWS

DIGITÁLNÍ KOMPETENCE V TRANSDISCIPLINÁRNÍM NAHLÉDNUTÍ: MEZI FILOSOFIÍ, SOCIOLOGIÍ, PEDAGOGIKOU A INFORMAČNÍ VĚDOU

ČERNÝ, M. 2019. *Digitální kompetence v transdisciplinárním nahlédnutí: mezi filosofií, sociologií, pedagogikou a informační vědou*. Brno: Masarykova univerzita. 190 s. ISBN 978-80-210-9330-0.

V současném komplexním světě se jeví nezbytným, aby vědní disciplíny navzájem komunikovaly a obohacovaly se. Vzájemná inspirace může přinést, při vědomí všech rizik, novou kvalitu. Text Michala Černého (2019b) s podtitulem slibujícím propojení filozofie, sociologie, pedagogiky a informační vědy nad aktuálním tématem digitálních kompetencí se proto může jevit jako slibný počín. Zároveň je tento text téměř nerecenzovatelný, protože autor knihy i jeho recenzent by v ideálním případě měli být odborníky ve všech dotčených vědách. My však k recenzi přistoupíme jinak. Jsme si vědomi našich limitů, naše formální školení se omezuje na pedagogické vědy, resp. pedagogiku a andragogiku (a také sociologii, které jsme se však dále soustředěněji nevěnovali). Proto zde nechceme a ani nemůžeme hodnotit každé vyjádření autora ani celkové propojení daných čtyř věd, jde nám spíše o to, jak autor reflektuje právě pedagogiku a andragogiku. Ostatně sociologie se v textu nijak výrazněji nepromítla, což by mohlo být naší první výhradou. Pohříchu ne poslední.

I pohledu pedagogického a andragogického je v textu žalostně málo. V kontextu věd o výchově nalézáme v textu průběžně drobné zmínky a odkazy na některé teoretiky (Průcha, Jarvis, Knowles, Freire, Illich), které ale pocházejí především ze sekundárních zdrojů (např. Freire z interpretace Brdičkovy) a jsou vytržené z původního kontextu. To má tři efekty. Za prvé je to nepochopení původního autorova díla či myšlenky (například Knowles je tu vykreslen téměř jako zastánce behaviorismu), za druhé přisouzení určitých konceptů nesprávným autorům (Jarvis zcela jistě nevytvořil koncept

informační společnosti či vývoje společnosti od industriální k učící se). Třetím, největším problémem jsou ovšem určité „zkratky“ způsobené právě tím, že autor vytrhuje myšlenky z původních souvislostí a spojuje je s dalším textem tak, že přestávají dávat smysl nebo působí přinejmenším zmatečně. Namátkou vybíráme například: „Informační společnost je především společností občanskou“ (s. 59) či „Jedním z klíčových rysů informační společnosti je, že není možné si vystačit sám“ (s. 62).

Kromě těchto drobnějších průběžných zmínek pak nacházíme určité propojení s vědami o výchově v kapitole Řešení problémů, v krátkých pasážích s názvy „Nalezení mezer v digitálních kompetencích“, „Propojené učení“ a „Nové kompetence, nové perspektivy“. Zde musíme vyjádřit pochybnost o autorově erudici v oblasti pedagogických věd a o jeho pochopení základních konceptů a východisek. Už tvrzení „Jedním ze základních východisek andragogiky, ale také ohniskem svárů je to, co by se dospělý člověk měl učit“ (str. 132) je snadné vyvrátit. Obsahy vzdělávání jsou pro andragogiku – mimo veškerou pochybnost – marginálním tématem. Nebo se snad autor domnívá, viz další text daného odstavce, že obsahy vzdělávání a smysl vzdělávání jsou totéž? Tak či onak, teorie i praxe vzdělávání dospělých obsahy v podstatě neřeší, někdy snad i ke své škodě. Dalším příkladem autorovy neznalosti může být výrok: „[...] oblast sociálně patologických jevů v kyberprostoru [...] je téma, které je v teoretickém diskursu, ale také v pedagogické komunitě reflektováno zřejmě nejvíce.“ Ne, není. Při jednoduchém hledání podle klíčových slov ve světových databázích dostaneme řádově více odkazů s kombinací slov „učení“ a „online“ nebo „počítač“ atd. než např. *bullying* a tatáž slova. Čtenář Brdičky by tohle opravdu měl vědět.

Zdá se, že se chytáme jednotlivých vět. Ničeho jiného se ovšem „chytit“ nelze, protože takto je kniha napsaná. Odstavce jsou často poskládané z jednotlivých výroků, až by se nám chtělo říct, že troška toho školometského strukturování odstavce na vymezení – výklad – shrnutí by textu výrazně prospěla. Nezbyvá tedy než vzít tyto jednotlivé věty a podrobit je kritickému přezkoumání. Mohli bychom tak pokračovat ve výčtu autorových omylů („... směr, který například v pedagogice není zatím téměř reflektovaný – jde o učící se komunitu“), dezinterpretací („Nejlépe se něco naučíme, když něco děláme, říká tradiční úsloví, které stálo jako jeden z motivů tzv. reformních pedagogik na začátku 20. století“), floskulí („Ostatně v pedagogice můžeme hovořit o osobním vzdělávacím prostředí...“) a oslích můstků („V pedagogickém kontextu jsou důležité...“). V jedné věci je ovšem autor

konzistentní. V jeho představě jsou pedagogické vědy v principu normativní (např. „Z pedagogiky pak vyvstává potřeba jistého nepřetržitého učení se...“). Tady se Černý s vývojem pedagogiky časově míjí přinejmenším o celé dekády.

Jak jsme již uvedli, pedagogiky (a andragogiky) je v textu opravdu poskrovnu. Zaslouží si tato kniha vůbec svůj podtitul? Z hlediska pedagogiky nikoliv. Při čtení však vyvstává ještě jedna otázka: Co je vlastně smyslem knihy a pro jakého čtenáře je určena? Z původního konceptu DigComp, který je základem pro strukturu knihy, zbyly jen názvy kapitol, zbytek jsou volně asociace na dané téma, věty s různou tematikou, které jsou nahodile poskládány k sobě – autor například spojuje stvoření světa, tedy Starý zákon, Nietzscheho („Podle Nietzscheho je člověk zvíře, které může slíbit“), knižní jazyky, lidovou tvořivost a možnost psaní díky internetu ve třech odstavcích (s. 75). Jinde je otevřenost jako jeden z principů DigComp velmi nejasně spojena s celoživotním rozvojem a konceptem radosti a hédonismu Teilharda de Chardin (s. 26 a 27).

Je opravdu těžké v textu najít něco, u čeho bychom se mohli pozastavit alespoň s dílčím uspokojením. Snad konstatování, že „Knowles propaguje striktně lineární přístup k učení...“ bychom mohli kvitovat s povděkem. Není to sice myšlenka nijak originální a slušelo by se to přiznat, ale v českém kontextu je užitečné si ji zopakovat. V diskusích o sebeřízeném učení se toto téma objevuje už několik desetiletí a některé analýzy dotyčné Knowlesovy teze spojují s první fází vývoje uvažování o sebeřízeném učení. Autor však tyto diskuse buď nepovažuje za podstatné, nebo je nezná, protože ve výkladu přeskakuje k dalšímu volně navazujícímu tématu.

Vzhledem k našemu nekompromisnímu hodnocení textu se cítíme povinováni položit si otázku, zda zde není nějaká polehčující okolnost vysvětlující zjevné nedostatky textu. Není autorův přístup dán charakterem tohoto konkrétního textu či tématu? Není jeho prostor k vyjádření limitovaný, a tudíž je nucen uchylovat se ke zkratkám, které se někdy objeví v každém textu (ano, ani naše texty samozřejmě nejsou dokonalé!). Šli jsme tedy i mimo rámec recenzované knihy a rozhlédlí jsme se po Černého textech, které mají už podle titulu ambici vyjadřovat se k pedagogickým vědám.

Jeden z nich jsme našli v časopise *Paidagogos* (Černý, 2019a) a nese název „Analýza některých přístupů k autonomii učení v perspektivě moderních edukačních technologií: setkání pedagogiky a andragogiky?“. Autor si v něm klade otázku, „zda reflexe autonomie v učení může představovat klíč, který bude sbližovat andragogické a pedagogické pojetí učení“. Černý nedefinuje,

co je ono pojetí učení, ani neuvádí, proč ho zajímá sblížování andragogiky a pedagogiky. Jeho postup je takový, že bere jednu (!) tezi z Beneše (kromě jednoho elementárního odkazu na Knowlese a poněkud zmatečného odkazu na Jarvise skrze sekundární pramen je to jediný meritorní odkaz k andragogické literatuře), kterou mylně vydává za reprezentaci andragogického myšlení. Tu zdánlivě rozporuje. To mu umožňuje libovolně řetězit témata, takže glosuje Finka a Kanta, proplete heutagogiku s konektivismem, odbočí k autonomnímu učení se cizím jazykům, ke „kokurikulu“ atd. a text ponechá bez závěru (jakkoliv pasáž nazvaná závěr zde je).

Další Černého text tohoto charakteru jsme našli v časopisu *ProInflow* (Černý, 2016) pod názvem „Finální antropický princip ve filosofii, pedagogice a informační vědě“. Autorova vyjádření k finálnímu antropickému principu nám nepřísluší hodnotit, je to mimo naši odbornost. Hlavní tezí textu ve vztahu k pedagogickým vědám je normativně formulovaná věta: „Jakkoli je finální antropický princip kontroverzním a problematickým konceptem, představuje zajímavý stimul pro filosofii, pedagogiku i informační vědu.“ K tomu lze jen dodat, že děkujeme za podnět, ale je zde celá řada méně kontroverzních konceptů, kterým nejspíš dáme přednost, protože v nich – na rozdíl od onoho principu – vidíme vazbu na předmět pedagogických věd.

Našli jsme také Černého (2019c) recenzi textu Slavíka a kolektivu (Slavík, Janík, Najvar, & Knecht, 2017). Zajímavostí je, že časopis *Pedagogická orientace* k této recenzi připojil i reakci autorského kolektivu (Slavík, Janík, & Najvar, 2019). Budeme-li abstrahovat od tématu, Černého vyjadřování je v recenzi o poznání kultivovanější než v ostatních námi glosovaných textech. Přesto má s nimi mnohé společné rysy a také obsahuje zmatečné glosy typu „didaktika je oproti filosofii příliš praktická“. Všechny komentované Černého texty spojují podle našeho názoru podobné charakteristiky: fragmentarizace; zaplavování textu filozofickými prameny (ať už je to Teilhard de Chardin, Fink, Kant, Nietzsche či další), které nejsou propojeny s tím, o čem autor píše; častá práce se sekundárními zdroji; časté využívání floskulí a „zkratek“, které mají místo spíše v publicistice.

Nad autorem, který se chlubí řadou monografií, snad není třeba lámat hůl. Jeho texty mohou být, při vědomí jejich limitů, užitečné. Černý rád upozorňuje na nová témata a koncepty, rád používá soudobé pojmosloví, byť ne vždy se znalostí věci. Nicméně v momentech, kdy se věnuje soustředěnému čtení spíše než volnému psaní, jeho recenze mohou přimět autory k zamyšlení (viz laskavá a přemýšlivá reakce Slavíkova týmu). Řečeno na okraj, těžko

pochopit, proč autor „ozvláštňuje“ své texty psaním v plurálu či vybočováním z jazykového úzu („dimense“, „filosofie“, „basální“, „organisace“, zároveň však „remixování obsahu“, „tweetování“, „technologičnost“). Jinde zase mluví o „problem solvingu“, i když existuje přesný překlad („řešení problémů“) askutečně tu není žádná terminologická záludnost.

Je ale také dobré si povšimnout, kdo publikaci recenzoval a který nakladatel knihu vydal. Tým nakladatel Černému vydal např. knihu *Pedagogicko-psychologické otázky online vzdělávání*, aniž by se autor mohl pochlubit odborností v oboru psychologie. Kým tedy vlastně Michal Černý je? Podle jeho internetové stránky je mj. filozofem výchovy a informace, kosmologem, informačním vědcem, pedagogem, didaktikem, historikem a publicistou. Doufáme, že alespoň něčím z toho opravdu je. V jeho odbornost v pedagogických vědách či alespoň schopnost se přibližně správně vyjádřit k pedagogice či andragogice z dobrých důvodů nevěříme.

LITERATURA

- Černý, M. (2016). Finální antropický princip ve filosofii, pedagogice a informační vědě. *ProInflow: Časopis pro informační vědy*, 8 (1), 103–116.
- Černý, M. (2019a). Analýza některých přístupů k autonomii učení v perspektivě moderních edukačních technologií: setkání pedagogiky a andragogiky? *Paidagogos*, 14 (2), 5–34.
- Černý, M. (2019b). *Digitální kompetence v transdisciplinárním nahlédnutí: mezi filosofií, sociologií, pedagogikou a informační vědou*. Brno: Masarykova univerzita.
- Černý, M. (2019c). Slavík, J., Janík, T., Najvar, P., & Knecht, P. (2017). Transdisciplinární didaktika: o učitelském sdílení znalostí a zvyšování kvality výuky napříč obory. *Pedagogická orientace*, 29 (3), 366–373.
- Slavík, J., Janík, T., & Najvar, P. (2019) K recenzi Transdisciplinární didaktiky – slovo autorů. *Pedagogická orientace*, 29 (3), 374–381.
- Slavík, J., Janík, T., Najvar, P., & Knecht, P. (2017). *Transdisciplinární didaktika: o učitelském sdílení znalostí a zvyšování kvality výuky napříč obory*. Brno: Masarykova univerzita.

Autoři recenze

doc. Mgr. Petr Novotný, Ph.D.

PhDr. Miroslava Dvořáková, Ph.D.

Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Ústav pedagogických věd, Arna
Nováka 1, 602 00, Brno, Česká republika

email: novotny@phil.muni.cz, mirka.dvorakova@mail.muni.cz

Přijato: 27. 7. 2020

Link to this article: <https://doi.org/10.11118/lifele20201003355>

ZPRÁVY / REPORTS

KONFERENCE ICOLLE SE LETOS ZAMĚŘILA NA ROLI ODBORNÉHO VZDĚLÁVÁNÍ

Jak se mění obsah a průběh odborného vzdělávání vlivem sociálních změn v současné společnosti, jak se vlivem demografického vývoje mění počty studentů nebo jak se v čase mění požadavky na kompetence v profesním životě. To jsou jen některá z řady témat, kterým se věnoval letošní 13. ročník mezinárodní vědecké konference ICOLLE 2020. Konferenci uspořádal Institut celoživotního vzdělávání MENDELU ve středu 9. září 2020 pod záštitou rektorky Mendelovy univerzity v Brně a hejtmana Jihomoravského kraje.

Na letošním ročníku konference se v Brně setkalo téměř šest desítek odborníků, a to zejména z České republiky. Na osobní účast měl vliv především aktuální stav epidemiologické situace, kvůli němuž například zahraniční hosté z Maďarska a Polska přednesli své příspěvky formou videokonference.

Dopolední plenární část konference zahájil Vladimír Hulík z Odboru školské statistiky, analýz a strategií MŠMT. Ve své přednášce hovořil o vývoji počtu žáků na jednotlivých typech středních škol od roku 1960 do roku 2019 a naznačil i možný trend v příštích deseti letech s ohledem na demografický vývoj. Zaměřil se přitom na střední odborné vzdělávání, které mělo ve vzdělanostní struktuře obyvatelstva České republiky historicky vždy velmi silné zastoupení. Například na počátku devadesátých let se studijních oborů s maturitou účastnilo přibližně 55 % ze všech středoškolských žáků. Za pouhých deset let už tento počet stoupl na přibližně 70 %, a to především vlivem společenských změn na konci roku 1989, kdy bylo ukončeno využívání tvrdých kvót pro přijímání do jednotlivých oborů. V dnešní době se středního odborného vzdělávání účastní asi 75 % z celkového počtu středoškolských žáků. Strukturu žáků ve středním vzdělávání během příštích deseti let předpokládají statistici z MŠMT následující: 25 % žáků v učňovských oborech, 50 % žáků na středních odborných školách a 25 % žáků na gymnáziích. Očekává se postupný nárůst počtu absolventů gymnázií a následně i růst počtu absolventů vysokých škol.

Jako druhý vystoupil v plenární části Lajos Somogyvári z University of Pannonia v maďarském Veszprému. Ústředním tématem jeho přednášky byly kompetence a proměny požadavků na ně v čase. V padesátých letech s rozvojem vědy a techniky začíná růst poptávka po změně kompetencí zaměstnanců. V osmdesátých letech se zejména v západním světě stupňují požadavky na manažerské znalosti a kompetence v oblasti lidských zdrojů. Požadavky na změnu kompetencí se dále měnily a mění v závislosti na sociálních, ekonomických a politických změnách ve společnosti. Změnami kompetencí se zabývá i Evropská unie – Evropská komise ustanovila poradní výbor pro odborné vzdělávání s cílem stanovit vizi „konkurenceschopné a soudržné Evropy“, ve které by systém odborného vzdělávání zohledňoval měnící se požadavky na odborné kompetence.

Změnám v odborném vzdělávání v závislosti na požadavcích současného pracovního trhu se věnovala i Monika Christoph z Univerzity Adama Mickiewicze v Poznani. Hovořila o tom, jak digitalizace pracovního prostředí, globalizace a požadavky na variabilitu vedou k fenoménu digitálních nomádů. U tohoto fenoménu se zdají být klíčovými momenty budování profesního potenciálu, využití kreativity zaměstnanců a hloubková reflexe při současné možnosti vykonávat své povolání z jakéhokoliv místa na světě.

Sonia Wawrzyniak, rovněž z Univerzity Adama Mickiewicze v Poznani, hovořila o aktuální potřebě hledání efektivnějších strategií, jak pracovat se studenty, objevovat jejich potenciál a připravit je tak na jejich budoucí povolání. Prezentovala výsledky projektu „Nadšený student“, který probíhal na polských základních a středních školách v letech 2017–2019 a jehož cílem bylo pomoci žákům a studentům zorientovat se v jejich schopnostech, silných stránkách a předpokladech pro budoucí studium či profesní kariéru.

Po plenární části pokračovala konference ICOLLE jednáním v sekcích, ve kterých vystoupili odborníci s celkem 27 příspěvků. Jejich zaměření bylo poměrně obsáhlé. Příspěvky se věnovaly např. pracovním schopnostem a životnímu stylu učitelů středních odborných škol, odbornému vzdělávání v ČR a ve vybraných zemích EU, srovnání odborných kompetencí učitelů odborných předmětů ve vybraných zemích EU, kvalitě vysokoškolské výuky, efektivitě online výuky nebo hodnocení pedagogické praxe probíhající v době současné pandemie. Všechny příspěvky, které zazněly na letošním ročníku konference celoživotního vzdělávání ICOLLE, budou zájemcům k dispozici v recenzovaném sborníku příspěvků.



Autor zprávy

Ing. Martina Urbánková

Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání, Zemědělská
814/5, 613 00 Brno, Česká republika
email: martina.urbankova@mendelu.cz

Přijato: 5. 10. 2020

Link to this article: <https://doi.org/10.11118/lifele20201003363>

Časopis *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání* je nezávislým recenzovaným vědecko-odborným periodikem, které publikuje původní vědecké práce českých i zahraničních autorů, přehledové studie, vynikající studentské práce, zprávy a analytické recenze vztahující se k aspektům celoživotního učení a vzdělávání (zejména profesního, dalšího odborného vzdělávání a vzdělávání seniorů). Svým obsahem je zaměřen na akademické pracovníky, vysokoškolské pedagogy, výzkumníky a odborníky zabývající se celoživotním vzděláváním. Časopis vychází s periodicitou třikrát ročně a je vydáván Institutem celoživotního vzdělávání Mendelovy univerzity v Brně.

Časopis je zařazen do databází EBSCO a ERIH PLUS.

Redakční rada

- **Mgr. Petr Adamec, Ph.D. (předseda redakční rady)**
Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání
- **doc. PhDr. Tomáš Čech, Ph.D.**
Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta
- **prof. Ing. Jakub Fischer, Ph.D.**
Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta informatiky a statistiky, Praha
- **prof. PaedDr. Ctibor Határ, PhD.**
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Pedagogická fakulta, Nitra, Slovenská republika
- **doc. PhDr. Petr Hladě, Ph.D.**
Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Brno
- **prof. Dzintra Iliško, PhD.**
Univerzita v Daugavpils, Fakulta pedagogiky a managementu, Daugavpils, Lotyšsko
- **doc. PhDr. Vladimír Jůva, Ph.D.**
Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií, Brno
- **doc. MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.**
Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno
- **doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.**
Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Praha

-
- **doc. Mgr. Petr Novotný, Ph.D.**
Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Brno
 - **prof. PhDr. Gabriela Petrová, CSc.**
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Pedagogická fakulta,
Slovenská republika
 - **dr. hab. prof. Beata Piła, Ph.D.**
Silesian University of Technology, College of Social Sciences and Foreign
Philologies, Gliwice, Polsko
 - **doc. PhDr. Jiří Semrád, CSc.**
České vysoké učení technické v Praze, Masarykův ústav vyšších studií
 - **doc. PhDr. Mgr. Josef Smolík, Ph.D., MBA, LL.M.**
Mendelova univerzita v Brně, Fakulta regionálního rozvoje
a mezinárodních studií, Brno
 - **PhDr. Michal Šerák, Ph.D.**
Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Praha
 - **Mgr. et Mgr. Michal Šimáně, Ph.D.**
Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání, Brno
 - **PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., MBA**
Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Olomouc
 - **PhDr. Ing. Lukasz Tomczyk, Ph.D.**
Pedagogická univerzita v Krakově, Pedagogická fakulta, Krakov, Polsko
 - **prof. Péter Tóth**
Technická a ekonomická univerzita v Budapešti, Oddělení technického
vzdělávání, Budapešť, Maďarsko
 - **doc. PhDr. Štefan Vendel, CSc.**
Prešovská univerzita v Prešove, Inštitút psychológie, Slovenská republika
 - **prof. PhDr. Jaroslav Veteška, MBA, Ph.D.**
Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Praha

Redakce:

Mgr. Petr Adamec, Ph.D., Bc. Eliška Kovářová

Názory prezentované autory v publikovaných příspěvcích se nemusí shodovat s názorem redakce časopisu.

Jazykové korektury:

PhDr. Dana Pokorná, Mgr. Lenka Schormová, PaedDr. Adriana Pavlikovská

Vydavatel:

Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání,

Zemědělská 1, 613 00 Brno,

IČ 62156489

Vychází třikrát ročně

Časopis je evidován MK ČR pod č. E 20235

Sazba:

Bc. Eliška Kovářová

Webové stránky časopisu:

<http://lifelonglearning.mendelu.cz>

Facebook:

<http://www.facebook.com/ljournal>

Adresa redakce:

Časopis Lifelong Learning

Institut celoživotního vzdělávání, Mendelova univerzita v Brně

Zemědělská 5, 613 00 Brno

e-mail: lifelonglearning@mendelu.cz

ISSN 1804-526X (Print)

ISSN 1805-8868 (Online)

The Lifelong Learning journal represents an independent reviewed scientific journal presenting original scientific works of Czech and foreign authors, study overviews, outstanding student works, reports and analyses reflecting the aspects of lifelong learning and education (particularly professional and further vocational education and senior education). The journal is designed for academic staff, university lecturers, researchers and lifelong learning specialists. The journal is published three times a year by the Institute of Lifelong Learning of Mendel University in Brno.

The journal has been included in EBSCO and ERIH PLUS databases.

Editorial Board

- **Mgr. Petr Adamec, Ph.D. (Editor-in-Chief)**
Mendel university in Brno, Institute of Lifelong Learning, Czech Republic
- **doc. PhDr. Tomáš Čech, Ph.D.**
Palacký University Olomouc, Faculty of Education, Czech Republic
- **prof. Ing. Jakub Fischer, Ph.D.**
University of Economics, Faculty of Informatics and Statistics, Prague, Czech Republic
- **prof. PaedDr. Ctibor Határ, PhD.**
Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Education, Slovak Republic
- **doc. PhDr. Petr Hlado, Ph.D.**
Masaryk University, Faculty of Arts, Brno, Czech Republic
- **prof. Dzintra Iliško, PhD.**
Daugavpils University, Faculty of Education and Management, Daugavpils, Latvia
- **doc. PhDr. Vladimír Jůva, Ph.D.**
Masaryk University, Faculty of Sports Studies, Brno, Czech Republic
- **doc. MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.**
Masaryk University, Faculty of Education, Brno, Czech Republic
- **doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.**
Charles University, Faculty of Education, Czech Republic

-
- **doc. Mgr. Petr Novotný, Ph.D.**
Masaryk University, Faculty of Arts, Brno, Czech Republic
 - **prof. PhDr. Gabriela Petrová, CSc.**
Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Education, Slovak Republic
 - **dr. hab. prof. Beata Pitula, PhD.**
Silesian University of Technology, College of Social Sciences and Foreign Philologies, Gliwice, Poland
 - **doc. PhDr. Jiří Semrád, CSc.**
Czech Technical University in Prague, Masaryk Institute of Advanced Studies, Czech Republic
 - **doc. PhDr. Mgr. Josef Smolík, Ph.D., MBA, LL.M.**
Mendel University in Brno, Faculty of Regional Development and International Studies, Czech Republic
 - **PhDr. Michal Šerák, Ph.D.**
Charles University, Faculty of Arts, Prague, Czech Republic
 - **Mgr. et Mgr. Michal Šimáně, Ph.D.**
Mendel university in Brno, Institute of Lifelong Learning, Czech Republic
 - **PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., MBA**
Palacký University Olomouc, Faculty of Arts, Olomouc, Czech Republic
 - **PhDr. Ing. Lukasz Tomczyk, Ph.D.**
Pedagogical University of Cracow, Faculty of Pedagogy, Cracow, Poland
 - **prof. Péter Tóth**
Budapest University of Technology and Economics, Department of Technical Education, Budapest, Hungary
 - **doc. PhDr. Štefan Vendel, CSc.**
University of Presov, Institute of Psychology, Slovak Republic
 - **prof. PhDr. Jaroslav Veteška, MBA, Ph.D.**
Charles University, Faculty of Education, Prague, Czech Republic

Editorial Office:

Mgr. Petr Adamec, Ph.D., Bc. Eliška Kovářová

Opinions presented by the authors in their contributions need not necessarily be in accordance with opinions of the editors of the journal.

Language Editors:

PhDr. Dana Pokorná, Mgr. Lenka Schormová, PaedDr. Adriana Pavlikovská

Publisher:

Mendel University in Brno, Institute of Lifelong Learning,
Zemědělská 1, 613 00 Brno,
ID 62156489

It is published three times a year.

The journal is registered by the Ministry of Culture of the Czech Republic under No. E 20235.

Typesetting:

Bc. Eliška Kovářová

Journal Website:

<http://lifelonglearning.mendelu.cz>

Facebook:

<http://www.facebook.com/ljournal>

Contact:

Journal of Lifelong Learning
Institute of Lifelong Learning, Mendel University in Brno
Zemědělská 5, 613 00 Brno
e-mail: lifelonglearning@mendelu.cz

ISSN 1804-526X (Print)

ISSN 1805-8868 (Online)