

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky



**SENIOŘI SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM
V KONTEXTU KVALITY ŽIVOTA**

**Seniors with visual impairment in the context
of live quality**

Bakalářská práce

Autor: Petra Müllerová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

Praha 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala pod vedením doc. PhDr. Ley Květoňové, Ph.D. samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

V Praze dne 14.04.2013

Petra Müllerová

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za vedení, pomoc a odborné rady při zpracování této práce. Rovněž Ing. Čestmíru Vidmanovi patří můj velký dík za poskytnutí rozhovoru, který se stal stěžejní pro zpracování případové studie.

Anotace

MÜLLEROVÁ, Petra. *Senioři se zrakovým postižením v kontextu kvality života*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzita Karlova, 2013. 53 s. Bakalářská práce.

Tato práce pojednává o procesu stárnutí a následného stáří z pohledu biologických a psychosociálních aspektů s ohledem na zraková postižení. Po vymezení základní charakteristiky stáří a zrakového postižení se práce zabývá životem jedné osoby v seniorském věku se zrakovým postižením, která žije v domově pro zrakově postižené Palata. Cílem práce je poukázat na kvalitu života osob se zrakovým postižením v postproduktivním věku. V závěru práce je doporučení pro speciálně pedagogickou teorii a praxi týkající se osob v seniorském věku.

Klíčová slova: biologické a psychosociální hledisko stárnutí, seniorský věk, zraková postižení, kvalita života v postproduktivním věku, instituce Palata

Annotation

MÜLLEROVÁ, Petra. *Seniors with visual impairment in the context of live quality.*

Praha: Pedagogical Faculty, Charles University, 2013. 53 pp. Bachelor Degree Thesis.

This work deals with the aging process and the subsequent age from the perspective of biological and psychosocial aspects with taking into account to visual impairment. After defining the basic characteristics of advanced age and visual impairment, deals with the life of one elderly person with impaired vision that lives in the home for the visually impaired Palata. The aim work is to highlight the quality of life of people with visual impairments in advanced age. In the end of work is a recommendation for special education theory and practice related to old people.

Key words: biological and psychosocial aspects of aging, senior age, visual impairment, quality of life in advanced age, institutions Palata

OBSAH

ÚVOD	7
1. FAKTORY STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	9
1.1. Biologické hledisko stárnutí	13
1.2. Psychosociální hledisko stárnutí	16
1.3. Další přidružené problémy spojené se stárnutím a stářím	26
1.4. Podpora a pomoc ve stáří	28
2. ZRAKOVÁ POSTIŽENÍ	30
2.1. Jednotlivé zrakové vady a postižení	31
2.2. Odborná pomoc lidem se zrakovým postižením	33
3. ČLOVĚK SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V KONTEXTU KVALITY ŽIVOTA	36
3.1. Domov pro zrakově postižené Palata	36
3.2. Přepis rozhovoru se seniorem se zrakovým postižením	37
3.3. Senior se zrakovým postižením v kontextu kvality života	41
3.4. Doporučení pro speciálně pedagogickou teorii a praxi	43
ZÁVĚR	45
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ	46
PŘÍLOHA	48

ÚVOD

Stáří je po dětském věku druhou nejsložitější etapou života, a to především na základě toho, že v tomto životním úseku dochází k velkým změnám, které se odrážejí jak v biologické, tak v psychické oblasti osobnosti. Jedinec v této době prochází změnami, jež vedou k celkové involuci organismu, na jehož konci dochází k úmrtí. Horší průběh stárnutí a následného stáří mají zpravidla lidé, kteří kromě klasických příznaků stáří trpí ještě nějakou další přidruženou vadou či poruchou. Jedním z běžných postižení ve stáří je některá z vad zraku, která v případě nedostatečné kompenzace jedince omezuje při jeho každodenních činnostech.

V následujícím textu je nastíněno několik autorských teorií, které se stárnutím a stářím zabývají z různých úhlů pohledu. Zejména se jedná o biologické a psychosociální hledisko včetně rozboru jednotlivých aspektů hledisek. U biologických aspektů jde zejména o úbytek tkání a nervových buněk s celkovým zhoršením zdravotního stavu. Psychosociální hledisko se týká změn v kognitivních funkcích, v oblastech inteligence, paměti či pozornosti a následných celkových změn osobnosti, které se ve stáří vystupňovávají. Zároveň jsou v textu popsány i další přidružené problémy, které se stářím souvisejí, ale bývají často opomíjeny. V závěru první kapitoly práce, jež se týká stárnutí a stáří, je nastíněna podpora a pomoc, která je pro starší osoby důležitá. V druhé kapitole práce jsou vylíčeny jednotlivé zrakové vady, které mohou jedince během života postihnout. Současně kapitola obsahuje zmínku o odborné pomoci, která je těmto lidem poskytována v České republice s ohledem na speciálně pedagogický obor oftalmopedie, neboť zrak představuje jeden ze základních smyslů člověka a pro každého z nás znamená důležitou pomoc při orientaci ve světě. Díky zraku získáváme přibližně 80-90% informací o našem okolí. Narušení zraku je překážkou především u kognitivních funkcí, vizuální percepce, samostatného pohybu a orientaci v prostoru. To má za následek pocit nejistoty či strachu z okolí, což může vyústit až v izolovanost jedince.

Cílem práce je ve třetí kapitole poukázat na problematiku vyrovnání se se zrakovým postižením v postproduktivním věku. Na případové studii je ilustrován život jednoho seniora se zrakovým postižením v kontextu kvality jeho života. Vhodným respondentem se pro práci stal muž senior, který žije v domově pro zrakově postižené Palata v Praze

na Smíchově. Se seniorem byl zrealizován rozhovor, ve kterém vylíčil svůj život před zrakovým postižením a následný život s ním. Rozhovor je bez několika méně důležitých informací přepsán a přiložen spolu s prací jakožto její příloha, kdy je v jejím úvodu autorská báseň respondenta, která výstižně vypovídá o stáří se zrakovým postižením. Snahou rozhovoru s respondentem je poukázat na život jedince v postproduktivním věku se zrakovým postižením. Pro zpracování je potřebné kriticky zanalyzovat odbornou literaturu a zhodnotit rozhovor s přihlédnutím na získané a vyhodnocené informace o seniorském věku v předešlém textu práce. Zhodnocení získaných informací je aplikováno na respondenta v závěru případové studie a vyúsťuje v doporučení pro speciálně pedagogickou teorii a praxi zaměřenou na gerontopedagogiku.

1. FAKTORY STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Existuje mnoho studií, které se zabývají teorií stárnutí, ale vzhledem k neuniverzálnosti stárnutí jedinců po celém světě nezle sjednotit přesné období života, ve kterém se jedinec stává definitivně starým. Pro toto zjištění není možné použít dobu narození či očekávané sociální chování, jež by mohlo určit dobu stáří. V současné době, zejména ve vyspělých státech světa, dochází k posouvání hranice, která určuje stáří, a to k věku 65 let. Tento jev je dán především díky kvalitnější zdravotní péči a lepší životní úrovni jedinců. Velmi často je v různých studiích opakován věk 75 let, jako rozhodující mezník v psychické a fyzické síle a odolnosti, jelikož v tomto věku dochází k jejich poklesu. Tento věk je zřejmý i u níže citovaných autorů, kteří jsou vhodnými ukazateli nejednotnosti v definici stáří.:

Dle Vágnerové lze stáří dělit do dvou skupin, a to na období raného stáří od 60 let do 75 let a na období pravého stáří od 75 let a více let, kdy po dosažení 80 let nastává tzv. čtvrtý věk, v němž z původní generace žije jen polovina takto staré populace. (Vágnerová, 2007)

Machová, obdobně jako Vágnerová, zařazuje postproduktivní věk od 60 do 75 let, jakožto věk hlavního stáří. Podle ní stáří spočívá ve snaze předcházet projevům stárnutí v průběhu života, na jehož základě lze prodloužit nebo zkrátit období aktivního středního věku a následně tak dospět do stáří, ve kterém je jedinec v dobré nebo špatné fyzické i psychické kondici. Věk vyšší než 75 let považuje za vysoké stáří a nad 90 let za věk kmetský. (Machová, 2005)

Jiné dělení rozděluje seniorský věk na tři skupiny, a to na mladé seniory od 65 let do 74 let, na staré seniory od 75 let do 84 let a na velmi staré seniory od 85 let a více let. (Mühlpachr, 2004)

Další autoři dělí stáří na mladé stáří, jež je vymezeno 65-75 lety a na pozdní stáří, které je ohraničeno věkem 75 a více let. Příkladem lze uvést Burnside (1979), který tyto kategorie ještě dále specifikoval na mladé stáří určené od 60 do 69 let, na zralé stáří od 70 do 79 let, na pokročilé od 80 do 89 let a na velmi pokročilé stáří od 90 do 99 let. (Stuart-Hamilton, 1999)

Lidé starší 65 let je též možno dělit na třetí a čtvrtý věk, kdy třetí věk představuje období aktivního a nezávislého života seniora a čtvrtý věk je již životním obdobím,

ve kterém je senior odkázán na pomoc druhých i při základních životních potřebách. (Stuart-Hamilton, 1999)

Z několika málo nástinů odborných prací je zřejmé, že teorie a definice stárnutí a stáří jsou stále velkou neznámou. S každým stoletím dochází ke změnám, které tyto teorie a definice mění a zpřesňují včetně pojmů s nimi příbuzných. Základním takovýmto konceptem je pojem stárnutí. Stárnutí lze označit za jev moderní doby, týkající se zejména vyspělých částí světa, jelikož až do předminulého století bylo jen velmi malé procento lidí, kteří se dožili vyššího věku. Kupříkladu kolem roku 1800 bylo možné za starého člověka považovat jedince, který dosáhl věku čtyřiceti let. Na konci 19. století jím byl člověk padesátiletý. Kolem roku 1900 mohlo mít pouhých 25% obyvatel naději, že se dožijí svých pětadesátých narozenin, ale s příchodem 20. století došlo ve vyspělých státech světa k postupnému přesouvání spodní hranice stáří k věku 65 let. V současné době, díky rozvoji oborů gerontologie a geriatrie, dochází ke koncentraci zájmu na osoby starší 70 let, někdy až od věku 75 let. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Základními faktory, jež ovlivňující stárnutí, jsou genetické dispozice, které obsahují pravděpodobný průběh našeho stárnutí včetně délky života. Tyto geny jsou obsaženy v naší DNA (Deoxyribonukleové kyselině), což je nositelka genetických informací. Proces stárnutí je ovlivňován buď standardním způsobem, nebo na základě mutací genetického fondu. U jedinců, kteří se dožili vyššího věku, je mnohem větší předpoklad, že i jejich potomci budou žít déle, jelikož tyto dispozice mají zakódovány ve své DNA. Proces stárnutí je tedy vysoce individuální, podmíněný odlišnou genetickou výbavou a též i asynchronní, což znamená, že k úbytku jednotlivých funkcí nedochází rovnoměrně či plynule, ale že jde o proces nahodilý, probíhající ve skocích, což ovlivňuje současně zdravotní i psychický stav jedince.

Faktory, které proces stárnutí urychlují či zpomalují, jsou především životní styl a životní podmínky, mezi než řadíme stravovací návyky jedince spojené s jeho životosprávou. Díky tomu dochází u každé osoby ke značným rozdílům v projevech stárnutí a v kvalitě života, a to na základě odlišného způsobů žití a přijatých kulturních hodnot. Tyto faktory totiž mohou ovlivnit každého z nás. Značný vliv na život mají tedy způsob stravování, denní rozvrh a hygiena. Na základě těchto činitelů, je adaptace na stáří u každého jedince odlišná, jelikož všichni lidé jsou individuálními osobnostmi s diferencovaným pohledem na svět a s odlišnými možnostmi kompetencí, jež mohou

mít vliv na změny somatického i psychického stavu a na schopnosti kompenzace ubývajících funkcí.

Rovněž nemoci, které postihují danou oblast, v níž jedinec vyrůstal či žil svůj produktivní život, ovlivňují charakter stárnutí. V neposlední řadě je též důležité rodinné zázemí a stresové situace, kterými si jedinec v průběhu svého života prošel. Stresory a stresové situace nás totiž mohou ovlivnit po všech stránkách osobnosti a je jen na každém z nás nakolik jsme schopni se s nimi vyrovnat a do jaké míry máme účinné obranné mechanismy vůči jejich vlivům. V některých případech by bylo možno říct, že i náboženství a víra ovlivňují průběh stárnutí. Nejvíce patrný vliv mají na jedince východní spirituální vyznání, jež působí blahodárným účinkem na duši, kdy se duševní klid projevuje na těle, a tím jedince omlazuje i po psychické stránce a dodává mu tak sílu a odolnost.

Celá řada autorů se zabývá problematikou stárnutí a stáří a tyto jevy životního procesu popisují různými způsoby. Příkladem jsou zde uvedeny některé poznatky od těchto autorů, kdy například Langmeier s Krejčířovou uvádějí, že stárnutí je většinou chápáno jako proces změn ve stavbě a funkčnosti celého organismu. To má za následek vyšší míru zranitelnosti, což je důsledkem úbytku schopností a výkonnosti při činnostech jedince. K vyvrcholení tohoto poklesu dochází v závěrečné etapě života, a to při umírání resp. ve smrti. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

V Gerontopedagogice od Mühlpachra je stárnutí uvedeno jakožto proces probíhající po celý život, kdy jsou projevy poklesu a zániku tkání zřetelnější mezi čtyřicátým až padesátým rokem života a dále dochází k jejich trvalému ubývání a následné involuci. Při involučních projevech je důležitý fakt, v jakém prostředí se jedinec nachází a jak je toto prostředí pro jedince náročné. (Mühlpachr, 2004)

U Junga představuje stáří kulminaci osobnostního vývoje a rozvoje, kdy je zvládnutí této životní etapy důležitým úkolem našeho života a je nutno jej docílit. Dle Jungova smýšlení dochází v průběhu stárnutí k návratu k našim kořenům, z nichž jsme vzešli, a které utvořily naši životní cestu, kterou jsme se po dobu svého života ubírali. (Vágnerová, 2007)

„Pacovský a Heřmanová (1981) rozdělují teorie stárnutí do tří skupin: 1. teorie o působení zevních vlivů (ekologické podmínky, vliv bakterií a virů aj.), 2. teorie o působení vnitřních vlivů (genetický program, hromadění omylů při proteinové syntéze, specifické metabolické změny příčiny vazby) 3. teorie porušení

integrace a organizace.“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 184) a dle studie S. Reichardové (1962) můžeme stáří rozdělit na několik strategií vyrovnávajících se s vlastním stářím, a to na konstruktivní strategii, strategii závislosti, obrannou strategii, strategii nepřátelství a strategii sebenenávisti. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Je zřejmé, že všechny tyto studie ke stárnutí přistupují s odlišným pohledem, ale dochází u nich k podobným závěrům týkajících se procesu stárnutí, které se vztahují k involuci v průběhu stáří.

Proces stárnutí má každý živočišný druh zakódován ve své genetické struktuře, na jejímž základě mají veškeré organismy po celé planetě předem určenou maximální délku svého života. U člověka je tato hranice mnohdy určena na věk 125 let, i když tohoto maxima nebývá dosahováno na základě dřívějšího selhání organismu a imunitního systému, který není schopen vypořádat se s běžnými infekčními či virovými onemocněními nebo k úmrtí dojde následkem úrazu. (Langmeier, Krejčířová, 1998) Vyššího věku se ovšem ze souhrnného měřítka dožívají spíše ženy než muži, a to i tehdy, když obě pohlaví žijí stejným způsobem života a se stejnou fyzickou výkonností. Status vdovství se proto týká spíše žen než mužů. V současné době jsou za nejstarší obyvatele planety označeni muž se ženou pocházející z Japonska s totožným věkem sto patnácti let. Japonsko z globálního měřítka vykazuje všeobecně největší počet stoletých lidí, což je zřejmě dáno zdravým životním stylem spojeným s pravidelným cvičením, jež pomáhá zachovat tělesnou schránku včetně duševního zdraví do vysokého věku, kdy je na základě dobrého zdraví předpoklad k výkonnějšímu a odolnějšímu organismu vůči škodlivým vlivům, jež nás obklopují.

Z hlediska dožívání se vyššího věku nelze opomenout ani na zdravotní péči, která je poskytována v jednotlivých zemích světa, kdy tato péče hraje důležitou roli v posouvání hranice stárnutí a při léčbě nemocí. Každý stát má tuto péči na odlišné úrovni, kvalitě a rozsahu, což se odráží i na míře starších občanů v populaci. Vyššího věku se tudíž mají šanci dožít lidé ze států, kde je zdravotní péče kvalitnější a na vyšší úrovni. A též tam, kde je tato péče všeobecně zaměřena na osoby starší, jelikož tyto osoby využívají spolu s dětmi zdravotní služby nejčastěji. Důležitým činitelem je i přístup ke zdravotnictví bez ohledu na sociální původ jedince. Otázkou ovšem zůstává, zda je prodlužování délky života, která je uměle udržována pomocí léků či operativních zákroků, vhodná, jelikož díky těmto zásahům do přirozeného průběhu života roste počet osob, které jsou pouze odkázány na pomoc druhých a v případě, že by jim nebyla

poskytnuta dostatečná péče, tak by zemřeli na selhání organismu. Nelze přesně určit, zda je toto jednání správné či nesprávné, ale lze soudit, že se společnost v dnešní době dostala za přirozenou hranici života, kdy se snaží přírodě ukázat, kdo rozhoduje o životě a o smrti. Možná by ovšem bylo lepší, kdybychom se jakožto lidstvo přestali snažit působit proti přirozenému koloběhu života, ale spíš se věnovali rozvoji medicíny, která by pomáhala v průběhu života a ne až na jeho sklonku.

Dle mého úsudku většina populace vnímá stárnutí popřípadě stáří jako projev změn ve fyziologii člověka včetně jeho psychiky. Stárnutí by bylo možno označit za přechod mezi aktivní zralou dospělostí a stavem, kdy ubývají psychické i fyzické síly a jedinec již sám sebe přestává považovat za mladého. Jak ovšem bylo výše zmíněno, je velmi obtížné určit přesnou dobu, kdy se jedinec stává starým. Tudíž je celospolečenské vnímání stáří určeno především na základě toho, že značná část určité věkové skupiny již není schopna vykonávat tu kterou konkrétní činnost. Nelze pochopitelně zapomenout na to, že existují i výjimky mezi danou populací, které jsou schopny dané činnosti vykonávat bez přílišného omezení do vysokého věku. Pro jedince ve stáří je nejspíš jedním z nejdůležitějších faktorů kvality života schopnost mobility spojené se soběstačností. Především tedy záleží na rozsahu funkčního postižení a omezenosti z ní vyplývající. Snížení soběstačnosti a ztráta kompetencí se u člověka odráží v jeho psychickém stavu a celkové životní pohodě.

Představa o stáří je tedy dle výše zmíněného výčtu značně subjektivně prožívanou etapou života, která je ovlivňována vnitřními i vnějšími faktory, kdy lze tento proces sledovat jak z biologického, tak psychosociálního hlediska.

1.1. Biologické hledisko stárnutí

Biologické projevy stárnutí lze pozorovat ve změně všech tkání včetně jejich buněk, kdy „nejzávažnější jsou však v nervové a endokrinní soustavě, které zajišťují neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních pochodů. Nejčastěji bývají popisovány různé degenerativní změny a pokles základního metabolismu. Relativně přibývá vaziva místo funkčních tkání; v nervových buňkách mizí Nisslova tělíska, neurony odumírají a jsou nahrazovány gliovými buňkami.“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 184)

Při popisu biologického hlediska stáří je důležité vnímat fakt, že stáří nezačíná až s vyšším věkem, ale že jde o proces, který nás provází již od rané dospělosti, respektive po překročení třicátého roku života, jelikož od tohoto věku prokazuje značná část tělesných soustav každoroční úbytek funkčnosti až o jedno procento. (Hayflick, 1977 in. Stuart-Hamilton, 1999)

Ke stárnutí tedy dochází prostřednictvím přeměny tělesných buněk. Tento jev prvně objevil Hayflick v roce 1962 a je dle svého objevitele nazýván Hayflickův jev. Při tomto jevu se buňky obměňují v průměru každých sedm let, kdy staré tělesné buňky zemrou a nahradí je nové. Hayflickův limit označuje, že s každou takovouto proměnou dochází ke snižování počtu tělesných buněk, jelikož ty se zmnožují jenom do určitého limitovaného množství, na jehož základě dochází k celkovému snížení buněk v organismu. V případě, že dojde k zániku buněk centrální nervové soustavy, tak u těchto buněk již není obměna možná a dochází pouze k jejich snižování, což tzn., že je ztráta těchto buněk nevratná. (Stuart-Hamilton, 1999) Na základě tohoto jevu dochází k úbytku ve všech tkáních lidského organismu, kdy jsou funkční tkáně nahrazovány vazivem, které vytvářejí pouze jen jakousi výplň. (Mühlpachr, 2004)

Biologické hledisko vypovídá o zhoršení zdravotního stavu ve všech rovinách. Pokožka spolu se svalstvem přichází v průběhu života o pružnost, která je důležitá pro správné fungování vnitřních orgánů a orgánových soustav. Kromě toho ztrácí pokožka na povrchu těla odolnost k vnějším vlivům, což má za následek větší zranitelnost. Při procesu stárnutí dochází k úbytku svalstva a svalové hmoty, jež se stává slabší a naopak přibývají tuková ložiska, která snižují hybnost jedince. Příkladem lze uvést svalovinu šedesátníka, který má již pouhou poloviční sílu než jakou má dvacátník či třicátník. (Říčan, 1990) Taktéž je to i s jeho vitální kapacitou plic. Proto se starší lidé častěji zadýchávají i u lehkých činnostech, které mladším ročníkům nedělají sebemenší problémy. Následkem omezeného dýchání je nižší příjem kyslíku, což má dopad na horší okysličení mozku a celého těla. Nedostatkem okysličení může dojít k omdlení až ke ztrátě vědomí.

Rovněž tělesná schránka je méně odolná vůči různým druhům infekcí, chronickým onemocněním oběhové soustavy, nemocím pohybového ústrojí, cévních mozkových příhod, demenci a jiným onemocněním. Častými onemocněními, kterými trpí starší osoby jsou především ateroskleróza neboli kornatění tepen, jež postihuje zejména srdce, mozkové tepny a tepny dolních končetin. Dalšími onemocněními jsou osteoartróza,

kteřá degenerativně postihuje kloubní chrupavky a k nim přiléhající části kostí a osteoporozá, jež se vyznačuje atrofíí kostí a následným úbytkem jejich hutnosti, což vede ke snadnější lámavosti kostí a k dlouhodobě přetrvávajícím zlomeninám. Příznakem osteoporozy je změna postavy, která je v důsledku tohoto onemocnění nižší a shrbenější. Toto onemocnění postihuje ve větší míře ženy, které v období klimakteria ztrácejí hormonální vliv estrogenu, jež má pozitivní vliv na kosti. Proto je u žen nutné, po období klimakteria, dodávat jejich tělu estrogen substitučně. U obou pohlaví platí, že by měl být tělu dodávat v dostatečné míře vápník a vitamín D. Závažným onemocněním je též Alzheimerova nemoc, jež je nejběžnější příčinou stařecké demence u stárnoucí populace. Rizikové jsou také různé poruchy, a to hlavně poruchy zraku, sluchu, metabolismu spojeného s vysokou hladinou krevního cholesterolu či metabolické přeměny cukru (diabetes mellitus). Taktéž vysoký krevní tlak, obezita, nesprávná životospráva či nedostatek tělesného pohybu ovlivňují průběh stáří. (Mühlpachr, 2004)

S přibývajícím věkem se také zvyšuje tendence k nádorovým onemocněním různého typu, které postihují hlavně tělesné orgány. S tím je spojené horší hojení ran, což je rizikové především při pooperačním hojení. U velmi vysokého věku jedince, může dojít k situaci, že ošetřující lékař rozhodne pro neoperování, jelikož u těchto osob hrozí riziko úmrtí na operačním sále.

Typickým projevem stáří je tzv. polymorbidita, při které dochází k výskytu několika nemocí ve stejnou dobu. To může směřovat až k chronickému projevu onemocnění, jež vede k užívání více léků naráz, což může působit až kontraproduktivně. Jelikož některé látky obsažené v lécích snižují účinnost látek v jiných medikamentech a tím dochází k degeneraci příslušných léciv. Proto je ve stáří důležitá správná farmakoterapie, která by v žádném případě neměla působit nevhodně proti původně zamýšlenému výsledku. Často je proto nutný individuální přístup ke každému jedinci, který užívá léky, jelikož každý reaguje na stejnou látku a shodné množství léciv odlišným způsobem.

Nelze opomenout ani na fakt, že u lidí vyššího věku jsou z biologického hlediska příznačným projevem stárnutí atrofie, což je důsledek zmenšování a ztráty neuronů, který vede k úbytku mozkové tkáně. Důsledkem přeměn atrofíí dochází ke snížení hmotnosti mozku a šíří mozkové kůry a naopak se rozšiřují mozkové komory a rýhy, což má za následek narušení funkcí, které řídí příslušné oblasti v mozku. Některé oblasti mozku jsou náchylnější ke změnám než jiné, a to především oblasti zabývající se asociacemi, oblasti paměti, pozornosti či například plánovací oblast. (Vágnerová, 2007)

1.2. Psychosociální hledisko stárnutí

První pokusy o to prozkoumat a následně zpracovat a popsat stárnutí jako životní etapu, byly v oboru psychoterapie, kdy se tato snaha přenesla i do dalších vědních oborů a odvětví, které umožňují sledovat životní změny širším pohledem. V následujícím textu se budeme věnovat několika základním změnám psychosociálního hlediska, které jsou spojeny se stářím.

Změny v kognitivních funkcích

Při stárnutí dochází ke značným změnám v oblasti kognitivních funkcí, a to především jakožto důsledek zpomalení organismu jedince včetně jeho poznávacích procesů, což směřuje k úpadku smyslového vnímání. Důsledkem stárnutí je zpomalení sensorického zpracování různě získaných podnětů, a to na základě snížení výkonnosti příslušných mozkových center, které mají danou informaci zpracovat, a na poklesu rychlosti přenosu podnětu do mozkového centra. Kromě toho je pomalejší i přenos signálů mezi jednotlivými mozkovými centry, což je zapříčiněno biologickým úbytkem neuronů nebo zhoršením synoptických spojů. Celkové zpomalení organismu vede až dvojnásobnému prodloužení času, jenž je nezbytný pro zvládnutí daného úkolu. Záleží tedy na rychlosti, při které je jedinec schopen dekodovat získanou informaci a vyhodnotit ji. Prodloužení není u všech lidí stejné. Může tak docházet k tomu, že jeden člověk dekóduje až o trojnásobek času později na rozdíl od zdravého, mladého a vitálního jedince a naopak u druhého může dojít jen k nepatrnému zpomalení. Percepční rychlost je tedy významným faktorem, jenž vymezuje 65% proměnlivosti potřebného časového úseku. (Vágnerová, 2007) V důsledku toho dochází u seniorů k vědomému či nevědomému zpomalení výkonu při zpracování informací a realizaci činností, jelikož starší jedinec není schopen pracovat stejně rychle, jako když byl mladší a spíše se proto zaměřuje na důslednost a pečlivost při výkonu než na co nejrychlejší časový limit.

Z hlediska vývojové psychologie je stáří životním obdobím jedince, v němž dochází k úbytku smyslového vnímání a percepčního zpracování. Téměř až u 90% osob po šedesátém roce jejich života lze stanovit značné zhoršení zraku a až už 30% stejně starých osob zhoršení sluchu. (Langmeier, Krejčířová, 1998) Zhoršení zrakové a sluchové percepce vede k vyššímu riziku úrazu, zvláště u osob, které své jednání

nepřizpůsobují aktuální schopnostem. Současně při úbytku těchto dvou smyslů nastávají problémy i s ostatními percepčními procesy, které jsou závislé na příjmu podnětů z těchto dvou smyslových funkcí.

Zrak se stává postupem času citlivý na silné světlo a zpomaluje se u něj přivykání na přechody mezi světlem a tmou. S věkem též přibývá počet očních chorob, kdy lze některé operovat, ale jiné mohou vést až k úplné slepotě. U sluchu záleží na vlivu prostředí, ve kterém se jedinec za svůj život nacházel resp., zda šlo o prostředí s nízkou či vysokou hlučností. Při zhoršení sluchu nastávají problémy s rozpoznáváním tónů, řeči a selekcí zvuků. Ve stáří je též obvyklá presbycusie neboli stařecká nedoslýchavost či tinnitus (vnímání šumů v uších). Po sedmdesátém roce života dochází k rychlejšímu snížení citlivosti sluchu na vysoké tóny.

Ostatní smysly (čich, chuť a hmat) se s věkem příliš nemění, pouze dochází ke snižování intenzity, a tudíž k potřebě vyšší míry podnětů, které je jedinec schopen zaznamenat. (Stuart-Hamilton, 1999)

Taktéž dochází ke zhoršení pracovní výkonnosti, využití volného času, ke ztížené orientaci v prostoru a komunikaci s okolím. Tyto jevy mají za následek nespokojenost, popudlivost, pocit omezenosti, nepotřebnosti aj. Při ztrátě zraku či sluchu může jedinec v počátcích zažívat pocity nejistoty, úzkosti až strachu, a to především tehdy, kdy ještě nedošlo ke zlepšení zrakové či sluchové percepce pomocí brýlové korekce, sluchadel nebo jiných pomůcek.

Změny v oblasti inteligence, paměti a pozornosti

Pozornost je schopnost jedince koncentrovat se na určité podněty bez ohledu na rušivé elementy, které jsou všudypřítomné. Pozornost může být ovlivňována kvalitou kognitivních funkcí, v jejichž důsledku může dojít k jejímu zhoršení či nekvalitnímu rozložení na podněty. U činností, které starší člověk vykonává zautomatizovaně, je pozornost téměř nenarušena. Naopak u činností, při kterých musí jedinec pozornost přenášet z podnětu na podnět, jsou reakce zpomaleny a jedinec při nich chybuje. U starších jedinců dochází taktéž k problémům s udržením pozornosti na více podnětech zároveň. Rovněž mají starší lidé problémy s koncentrací při velkém množství rušivých elementů, se selekcí a udržením pozornosti na nejdůležitějším podnětu ze skupiny. Čím je člověk starší, tím je schopen vnímat méně podnětů a správně se na ně soustředit, což bývá vysvětleno tak, že starší lidé mají menší mozkovou kapacitu,

ve které zpracovávají získané informace. Jinak řečeno se zánikem či snížením výkonnosti nervových buněk klesá kapacita psychiky, která by pomáhala udržet pozornost na stejném množství podnětů, jako toho byla schopna v mládí. (Stuart-Hamilton, 1999)

V průběhu života nastávají problémy i s pamětí. V oblasti paměti dochází ve stáří k zhoršenému průběhu zpracování a uložení nově získaných informací a stejně tak k horšímu znovuvybavení již dříve nabytých vědomostí, dovedností či zkušeností. Schopnost správného fungování paměti je závislá na propojenosti jednotlivých oblastí mozku a jejich výkonnosti. Ke zhoršení paměti dochází v důsledku individuálních změn, jež jsou specifické pro každého jedince. Vliv na zhoršení můžou mít jak choroby, tak genetické předpoklady či životní styl jedince s ohledem na míru užívání paměti. Příkladem mohou být herci či učitelé, kteří mají velmi dobrou paměť na textové (sémantické) informace do vysokého věku, a to díky neustálému celoživotnímu učení a opakování textů. U paměti dochází k problémům ve všech jejích rovinách, a to jak v krátkodobé, tak dlouhodobé paměti. Pokles kompetencí paměti je nejvýraznější v epizodické paměti, která je specifická pro každého jedince, jelikož uchovává jeho individuálně získané zkušenosti a prožitky. Ke snížení dochází již kolem 55. roku věku a s přibývajícím věkem stále ubývá. Někdy může dojít k situaci, že je paměť jedince ovlivněna tzv. falešnými vzpomínkami, jelikož jedinec už není schopen si sám vzpomenout, jak daná situace probíhala, a tím pádem dochází ke zkreslování vzpomínek. (Stuart-Hamilton, 1999; Vágnerová, 2007)

Paměť nejčastěji dělíme na paměť krátkodobou, kterou lze dále členit na slovní a číselnou kapacitu a paměť dlouhodobou. U krátkodobé neboli praktické paměti dochází k postupnému snižování schopnosti uložení a vybavení právě získaného podnětu, a to následkem snižování výkonu v paměťových procesech, což má důsledek i v dlouhodobé paměti, ve které dochází ke ztrátě informací. Výraznější zhoršení je především u paměti na aktuálně prožité události, které si máme vybavit ihned nebo po nějakém delším časovém úseku. Ovšem paměť zaměřena na vzdálené prožitky z minulosti zůstává neporušena. Lze tedy říci, že nově nabyté informace snadněji zastíňují nedávné vzpomínky než časově vzdálenější vzpomínky. Nezřídka se proto stává, že je starší osoba schopna vybavit si mnohé zážitky ze svého dětství či dospívání, ale není schopna si rozpomenout na to, co měla ráno k snídani nebo co dělala předešlý

den. U starších seniorů tudíž bývá problém naplánovat a zapamatovat si běžné činnosti následujících dní a udržet jejich pořadí.

Dalším druhem paměti je paměť nezprostředkovaná, která slouží k vybavování si informací týkajících se událostí, u kterých byl jedinec přímým účastníkem nebo očitým svědkem. Tyto události povětšinou na jedince působí vzrušujícím až dramatickým dojmem, a tím se pro něj stávají nezapomenutelnými. (Stuart-Hamilton, 1999) Týká se to především očitého svědectví s upamatováním si události se všemi jejími detaily. Starší lidé ovšem mají problém s vybavením detailů, jelikož nejsou schopni využít veškerých prostředků týkajících se daných informací. Minulost proto bývá u starších osob značně zkreslena, a to nejčastěji pozitivním směrem. Obvykle se ve stáří vzpomíná na prožité životní události, které jedince povzbuzují a utvrzují jej v jeho schopnostech a možnostech, kterých byl schopen. Ke vzpomínání dochází především proto, že má daný člověk pocit ohrožení ze strany mladších generací, a tímto se sám sebe snaží utvrdit v tom, že i on byl perspektivní osobou. Nelze však nezmínit to, že tyto vzpomínky bývají již jen velmi těžko ověřitelné, jelikož osoby, věci či místa, jež byly součástí dané události, jsou již nenávratně ztraceny v minulosti, a tudíž převyprávěné vzpomínky bývají často doplněny zkreslenými detaily či jsou některé podrobnosti z vyprávění vypuštěny, i když mohou být tyto detaily pro příběh významné. Pro člověka je tedy důležité, aby si své vzpomínky zachovával, v co nejvěrnější kopii pomocí znovuvybavování a ožívování. Pro tuto činnost je doporučováno vzpomínání kupříkladu za pomoci fotografií či jiných upomínkových předmětů.

S pamětí úzce souvisí i citový projev jedince, kdy u starších osob dochází ke snížení intenzity prožívaných emocí, jelikož je situace u těchto lidí vnímána uvědoměleji, racionálněji a s harmoničtější průběhem. Nezřídka se ovšem stává, že jedinec prožívá veškeré situace emočněji, než když byl mladší. Laicky se tomuto procesu říká chycení druhé mízy. Tento stav se projevuje zejména u znovu-rozhoření lásky se stávajícím životním partnerem či partnerem novým, kdy dojde k velkým citovým projevům a gestům, které mohou na mladší osoby z okolí působit úsměvným dojmem, ale pro dané jedince jsou velmi významné a tělu i duši prospívající.

Problém spojeným s pamětí je, zejména u starších osob, se zapamatováním jmen či vybavením si jména svých přátel a známých nebo s pojmenováním předmětů, které jsou využívány ke každodenním potřebám. (Stuart-Hamilton, 1999)

Několik znalců je toho názoru, že paměť může být oslabována v důsledku několika fyziologických změn na mozku u stárnoucích jedinců. U těchto osob dochází ke zpomalování nervové činnosti, což se odráží na poklesu fluidní inteligenci a současně i na paměti. Z tohoto mínění lze soudit, že je paměť oslabována v důsledku poklesu fluidní inteligence. Tato inteligence se podílí na zpracovávání nově získaných informací, kdy u jejího poklesu dochází ke snižování výkonnosti v celé centrální nervové soustavě, a tudíž i ke snížení počtu nově zaregistrovaných poznatků. (Stuart-Hamilton, 1999)

Problém tedy nastává i u inteligence, která se s přibývajícím věkem snižuje buď přirozenou cestou, nebo jako následek onemocnění, které postihují inteligenci. Nejčastěji jsou těmito onemocněními různé druhy demencí, mezi něž řadíme Alzheimerovu chorobu, Multiinfarktovou demenci, Pickovu chorobu, Huntingtonovu chorobu a další.

Rovněž se s věkem omezuje schopnost vykonávat osvojené znalosti a dovednosti popř. jsou vykonávány stereotypním mechanickým způsobem, ale i tyto výkony se postupem času zhorší a člověk pak není schopen využít již dříve nabytých znalostí a dovedností bez ohledu na kvocient inteligence. Příkladem lze uvést, že „75 letý muž, který dosahuje ve Wechslerově testu pro dospělé (WAIS) průměrné inteligence a má tedy podle definice IQ 100, odpovídá svou výkonností mladému dospělému s IQ 76. Jestliže má nadprůměrnou inteligenci s IQ 130, pak jeho výkonnostní kvocient bude 112.“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 186) Toto měření ovšem nelze z globálního hlediska aplikovat, jelikož každý jedinec vykazuje v průběhu svého života jinou hodnotu inteligenčního kvocientu, a to na základě odlišných kognitivních schopností. Schopností v průběhu života ubývá, což vede k následnému zhoršení intelektu. Jednotlivé složky inteligence se mění rozdílným tempem, kdy je například dlouho zachována komunikační složka spojená se slovní zásobou, ale záhy po 80. roce života začne rapidně klesat. Ovšem i před dosažením tohoto věku mohou mít lidé problémy se slovní zásobou a vyjadřováním. Indukce klesá plynulejším tempem, ale opět je čitelnější po 80. roce života, kdy se jedinec stává méně flexibilní a má zhoršenou schopnost zpracovávat informace. Postupem času roste doba, za kterou je člověk schopen reagovat na podnět, zpracovat jej a následně vhodně zareagovat. Při zpracování hraje důležitou roli činnost CNS (centrální nervové soustavy) resp. ta část CNS, která zodpovídá za rychlost zpracování informací. Díky zpomalení nervové soustavy se doba zpracování

může značně prodloužit. Důležitou roli hraje i složitost zadaného úkolu, kdy se doba zpracování úměrně zvyšuje s vyšší komplikovaností činnosti. Tato doba se ovšem neprodlužuje u podnětů, na něž má jedinec vytvořené zautomatizované reakce, jelikož nad nimi není nutná přílišná kontrola CNS. Výkonnost je stejná i u jedinců, kteří si do vysokého věku zachovávají mladistvou úroveň mentálních schopností. Tito jedinci jsou schopni rychlejších reakcí, než stejně staří lidé, u kterých došlo k poklesu inteligence. (Stuart-Hamilton, 1999)

Důležitou složkou pro zvládnání činností je tedy praktická inteligence, která se udržuje až do vysokého věku. K jejímu posílení pomáhá dennodenní používání již dříve zafixovaných poznatků. Pomocí této inteligence se kompenzuje obecná inteligence, která s věkem ubývá. Jedinec s použitím praktické inteligence neztrácí pocit jistoty a soběstačnosti, což je důležité při zvládnání různých druhů výkonu. (Vágnerová, 2007)

Fluidní inteligence neboli mechanická inteligence je s přibývajícím věkem ovlivněna změnou fyziologické funkčnosti CNS, kdy se zhoršuje zpracování nových informací a hledání řešení nastalých situací či problémů. Za snížení fluidní inteligence může především zhoršení pozornosti, paměti a zpomalení kognitivních funkcí. Zhoršování funkce fluidní inteligence neprobíhá u všech jedinců stejnou měrou a ani se nemusí týkat všech složek, ale projevuje se na základě složitosti či novosti daných situací. K úbytku této inteligence dochází již v počátečním stádiu stáří, ale u většiny lidí je nepostřehnutelný, jelikož se starší osoby běžně nedostávají do neočekávaných situací, na kterých by byl tento úbytek znatelný. Existují i jedinci, kteří si do vysokého věku zachovávají mnoho původních funkcí včetně fluidní inteligence a právě na základě tohoto rozdílného procesu stárnutí dochází k větším rozdílům mezi jednotlivci v seniorském věku, kdy se liší svou výkonností. Testování fluidní inteligence se u osob nezaměřuje na zjišťování nabytých vědomostí a poznatků, ale naopak na řešení zdánlivě neřešitelných problémů. Toto testování bývá časově ohraničeno, aby bylo možné informace co nejvalidněji zpracovat. (Vágnerová, 2007; Stuart-Hamilton, 1999)

Krystalická inteligence umožňuje používat dříve osvojené znalosti a dovednosti, jež jedinec nabyl v průběhu svého života. Tyto poznatky jsou aplikovány přímo či za pomoci slovní zásoby a jazykového projevu, jež s touto pamětí také úzce souvisí. Tato inteligence bývá dlouho zachovávána bez jakýchkoliv změn. Ovšem po dosažení 70. roku věku může dojít k jejímu poklesu, ke zhoršení jednotlivých složek a ke změnám ve slovní zásobě získaných poznatků. Ke změnám tedy dochází velmi zvolna

a změny neprobíhají rovnoměrně ani stejně rychle. Nejrychleji bývají postiženy složky verbální a aritmetické dovednosti. Tuto inteligenci lze měřit pomocí jednoduchých otázek, jež se týkají jednotlivýchází vědomostí. (Vágnerová, 2007; Stuart-Hamilton, 1999)

Změny v oblasti osobnostních složek

S věkem může dojít ke změnám hodnotové orientace, a to především díky uvědomění si vlastní osobnosti a nalezení životní rovnováhy. Stáří může taktéž vést k nalezení spirituální cesty života a k duchovním hodnotám, které mohou usnadnit zvládnání různých životních zátěží, ale také mohou pomoci při naději na život po smrti a víře, že se znovu setkáme s lidmi, které jsme měli rádi. Ve stáří dochází k tzv. gerotranscendenci, jež se zejména odráží ve změně chápání života, lidského bytí, společnosti a ve vztahu k sobě samému. (Vágnerová, 2007)

Rovněž s věkem dochází ke změnám osobnostních vlastností, a to hlavně v rovině extroverze neboli společenskosti, kdy u starších osob narůstá introverze se zaměřením na egoismus, která může vést až k samotářství. Tento jev je pravděpodobně umocněn prostředím seniorů, kdy mají senioři pocit, že jim jejich okolí nerozumí a ani rozumět nechce. Z tohoto důvodu se společnosti raději stranní, než aby jí byli takříkajíc na obtíž. Uzavřenost do sebe je patrnější u mužů, kteří jsou zpravidla v průběhu života extrovertnější než ženy, ale s příchodem stáří se stávají rychleji introvertnějšími, kdy tato introverze může vést až k tzv. zmorousovatění. U jedinců, kteří v průběhu svého života byli více extrovertní než jejich vrstevníci, je možné předpokládat, že budou i nadále více extrovertní. Sklon k labilnímu projevu se stářím snižuje a jedinec se stává více klidným a vyrovnaným, s lhostejnějším pohledem na svět (politiku, kulturní dění apod.). Ovšem u osob, které již dříve vykazovali větší míru labilnějších charakterových rysů odrážejících se v jejich citových projevech, bude přetrvávat labilita i nadále, i když v menším rozsahu. V některých případech je však starším jedincům připisována i jakási tvrdohlavost, která při rozhodování může působit nesmyslně, jelikož jedinec lpí na absurdních požadavcích. Tvrdohlavost však úzce souvisí se strachem ze ztráty své osobní autonomie a s pocitem, že ostatní lidé chtějí jednat za něj, a tím narušit jeho sebeúctu. Se stářím je též spojována konvenčnost a stálost konzervativního pohledu na svět, ale také pečlivost, trpělivost a vyšší míra rozvahy a životní pohody.

S věkem se kromě jiného zhoršuje i časový odhad. Pro starého jedince představuje rok velmi krátký časový úsek jeho života, jelikož povětšinu roku prožívá stereotypně, pouze s občasnými výkyvy, které jsou spojeny s novými zážitky, ale i přesto čas neurychlují.

Starší osoby mívají z časového horizontu problémy i s abstraktními pojmy či úkoly, jelikož již nemají tak velkou míru fantazie a tvořivosti. Tvořivost úzce souvisí s obecnou inteligencí, a to především s divergentním (nekonvenčním či netradičním) myšlením, kdy ovšem inteligence neurčuje, nakolik bude jedinec oplývat tvořivostí či fantazií. Stářím začne tato schopnost značně upadat jak v uměleckých, tak ve vědeckých směrech, a to u všech jedinců bez ohledu na jejich předešlou tvůrčí kariéru. Tento jev je dán mimo jiné ztrátou sluchové a zrakové percepce, kdy již jedinec není schopen se plnohodnotně věnovat tvůrčí činnosti, která jej doprovázela po celý život, protože jeho síly na ni již nestačí. Tvořivost jednotlivce pochopitelně závisí na jeho schopnostech a na kognitivních funkcích, které jsou u každého jedince individuální. Neexistuje žádná hranice, která by lidskou tvořivost omezovala, a tudíž záleží pouze na nás, jak jsme životem motivováni a na kolik máme entuziasmu. V současné době dochází k velkému rozvoji univerzit třetího věku, jež starším osobám umožňují navštěvovat různé obory, které je zajímají. Nezřídka to vede k tomu, že se mnozí senioři začnou učit novému cizímu jazyku či práci s výpočetní technikou, při níž používají nejmodernější technologie, a tím znovu rozpohybují svou tvořivost a fantazii, což jim přináší nové emoční prožitky a zážitky.

Emoční projevy se u seniorů nijak zvlášť nemění, i když u většiny převládá pozitivní přístup k životu, kdy mají radost i z maličkostí, které mladší generace přijímají bez většího zřetele. Senioři se snaží vyhýbat negativním aspektům života, redukují je a přistupují k nim pozitivně se snahou eliminovat rizikové situace. Co se týče citových vztahů lze u starších osob říct, že nedochází k citovému úbytku či stagnaci, ale naopak s vyšším věkem dochází k posílení vztahů, a to především rodinných vazeb. V širší rodině získává jedinec postupem času nové sociální role, a to role babiček či dědečků, popřípadě i role prababiček či pradědečků. Tyto role starší jedinec často vítá pozitivně s možností poznat nejmladší členy rodiny pomocí her a rozhovorů o rodinné historii, kdy je vytvářena budoucí vazba na rodinnou minulost. Prarodiče hrají také podstatnou roli při vzdělávání mladé generace a při předávání rodinných hodnot, tradic a zvyků, které dítěte umožňují snadnější socializaci při vstupu do společnosti. Prarodiče

pomáhají svým potomkům pochopit společenskou odpovědnost vůči širší společnosti resp. to, co je od nás od všech očekáváno vzhledem k mezigeneračním rozdílům. Rovněž je učí důležitým hodnotám a postojům, ale také i závěrem svého života, svou smrtí, která pomáhá pochopit a vyrovnat se s životním údělem každého z nás. Rodinní příslušníci jsou díky tomu schopni lépe přijmout svou vlastní smrt s ohledem na své blízké. Starší rodinní příslušníci se naopak od mladších generací učí nové dovednosti (např. používání internetu), a tím dochází k oceňování kvalit mladších členů a lepší sounáležitosti mezi generacemi.

Z pohledu sociálního začlenění jedince do společnosti představuje pozdní období stáří spolu s raným dětstvím nejméně produktivní období života. „Role, které lidem v těchto věkových obdobích připisujeme, jsou spíše expresivní (společensko-citové) než instrumentální (výkonové) a vyznačují se malým rozsahem, malou diferencovaností a intenzitou.“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 192) U starého člověka se předpokládá, že se nebude příliš angažovat do společenského dění kolem sebe, ale naopak, že bude pasivně přijímat podněty a postupem času se vyčlení ze všech důležitých pozic a funkcí. V krajním případě může dojít až k jakési desocializaci jedince v pozdější etapě stáří, kdy se jedná především o období odchodu do důchodu a s ním spojené izolovanosti od vnějšího společenského dění. Jedinci se díky důchodu soustřeďují na své rodinné příslušníky a na nejbližší teritorium kolem místa svého bydliště. Odchod do důchodu je psychicky mnohem náročnější pro muže, kteří ztrácejí status profesní role a s ní spojené prestiže. V domácnosti se stávají submisivnějšími a odkázanějšími na své partnerky. Naopak u žen nedochází k přílišným změnám, jelikož je jim zachováno uplatnění se ve vedení domácnosti a péče o rodinu. Často se stává, že ženám odchod do důchodu vyhovuje, jelikož mají více času na domácnost a na běžné starosti týkající se jejího provozu. Odchod do důchodu a vyčleňování se ze společenského dění je společností přijímaný jev, jenž je ovšem v rozporu s pocity většiny seniorů, kteří se naopak snaží začlenit do společenské komunity a být jí i nadále prospěšní a užiteční. Při pocitu, že je okolí nepřijímá a nepotřebuje, může docházet k silné psychické deprivaci a k snižování sebevědomí. Pro identitu staršího jedince je proto důležité mít vyčleněné své místo pro život a svou společenskou skupinu, ke které náleží. Místem pro život se myslí zejména domov (byt či dům) seniora, ke kterému se mu váží vzpomínky na prožitý život, které bývají spojené s různými symboly. Domov seniorovi přináší pocit jistoty, bezpečí a pomáhá mu zachovávat jeho soběstačnost a intimitu.

Společenskou skupinou je zejména rodina, jež je nejvýznamnější sociální skupinou vůbec. Dále pak přátelé a známí či lidé, s kterými senioři sdílejí nějaké společné aktivity nebo jsou s nimi v kontaktu v určitých institucích (nemocnicích, klubech seniorů aj.). Zejména se to týká společně sdílených místností nebo prostor. V momentě, kdy dojde k odchodu do jakéhokoliv ústavního zařízení, začne docházet ke ztrátě těchto hodnot, a tím i k omezení identity a osobních kompetencí, jelikož zde senioři ztrácejí svůj původní status a roli a naopak získávají jinou, méně prestižní roli, a to roli anonymního pacienta či klienta, při které není brán ohled na jejich osobní potřeby a psychosociální specifika. Pro starší osoby je tedy velmi důležitý kontakt s dalšími lidmi, a to nejlépe s těmi, ke kterým mají citové vazby. V případě, že nedojde k zachování vazeb, může jedinec dospět k pocitu osamělosti a izolovanosti od společnosti, která se dynamicky vyvíjí a není schopna jej zpětně začlenit. Na tento proces má vliv jak strach ze smrti své či svých blízkých, tak fyzický a psychický stav, ve kterém dochází k úbytku sil a schopností. Pro seniory se postupem času stávají moderní technologie náhradou za přímý lidský kontakt, kdy mu dodávají pocit jistoty a blízkosti. Jsou to hlavně televize, rozhlas či telefonní (mobilní) spojení na své příbuzné a známé. Vhodnou alternativou kontaktu je domácí mazlíček (především pes), který může seniorovi zpříjemnit život a zprostředkovat mu kontakt s dalšími pejskaři, s nimiž může navázat přátelský vztah a trávit příjemné chvílky v přírodě.

Závěrem lze snad jen dodat, že by u všech jedinců mělo s přibývajícím věkem dojít ke smíření se svým stárnoucím já, které je z biologického i psychosociálního hlediska spojeno s omezenými schopnostmi a možnostmi a přijmout jej jako daný fakt a užívat si pocitu menší zodpovědnosti a povinnosti vůči majoritní společnosti.

1.3. Další přidružené problémy spojené se stárnutím a stářím

Jedním z nejzákladnějších přidružených problémů spojeným s věkem je tzv. ageismus. Ageismus je postoj, jenž vyjadřuje obecné mínění širší společnosti o malé důležitosti a nekompetentnosti starších jedinců. Z pohledu ageismu je stáří bráno jakožto období, v němž dochází k celkovému úpadku tělesné i psychické stránky člověka, což vede ke zhoršené kvalitě života. Jedná se tedy o postoj, ve kterém dochází k odmítání či podceňování lidí v postproduktivním věku. Důsledkem toho může být neochota až diskriminace brát starší osoby jako rovnocenné partnery. Ageismus často vede k podceňování všech starých lidí bez ohledu na jejich individuální schopnosti. Při ageismu je snaha seniory vyčleňovat až izolovat, aby neměli možnost se angažovat do širšího společenského dění. Respektive zde platí to, že čím je člověk starší, tím se pro společnost stává méně vhodným partnerem a je odsunut na okraj mladší majoritní společnosti. (Vágnerová, 2007) Tento mylný pohled na seniory je dán především díky zpomalení jejich celkové koordinace pohybu a všech dalších funkcí. Mladší generace proto v seniorech nevidí plnohodnotné partnery, ale naopak od seniorů očekávají pomalost a stručnost, což seniory staví do submisivní pozice, vůči které se nemohou nikterak bránit.

Při zrakové či sluchové ztrátě dochází k nepříznivým jevům v celkové struktuře osobnosti včetně komunikačního procesu. U starších seniorů jsou hlavně znatelné potíže s nedoslýchavostí, která je kupříkladu při komunikaci nutí mnohem více se soustředit na rozhovor, ale i přesto může v hovoru dojít k nesprávné interpretaci tématu. Jejich výslovnost bývá často na dobré úrovni, pouze může docházet k jejímu zpomalování či k nepřesné artikulaci, která je však zapříčiněna zejména zhoršenou pamětí. Díky poklesu paměti se postupem času zjednodušuje syntaktická podoba vět a jednotlivé jazykové struktury. Při komunikaci jsou starší osoby znevýhodněny vůči mladším, a to hned z několika rovin. Především v rovině audiovizuální a v rovině pamětné při právě získaném audiovizuálním vjemu, kdy potřebují více času na správnou reakci. Starší jedinci jsou daleko více při běžné komunikaci odkázáni na kontext plynoucí z rozhovoru než mladší osoby. Není tudíž výjimkou, že se senior rozhovoru raději vyhýbá a spíše jen tiše pozoruje okolí. Postupem času tak u něj dochází k úbytku

komunikačních schopností a slovní zásoby, což se ustálí jen na jakémisi komunikačním minimu potřebném pro dorozumění se svým okolím.

Se stářím je spojena i takzvaná rozdílnost procesu efektivity kohorty, jež se projevuje mezi jednotlivými generacemi a odráží se při testování. Každá generace totiž prošla jiným sociálním prostředím v souvislosti s odlišnými historickými událostmi. To znamená, že např. současná mladá generace je vůči předchozím generacím zdravější díky lepší lékařské péči a kvalitnějšímu životnímu stylu. Zpravidla také dosahuje vyššího vzdělání, a tím i jiných kvalit svého kulturního života. Na základě efektu kohorty není možné, aby při testování (např. testy PMA, testování obecné inteligence apod.) docházelo k objektivnímu pohledu na různě staré jedince, jelikož každý jedinec bude vykazovat odlišné hodnoty, a tudíž je testování nekomplexní a nevalidní. Při testování také dochází k znevýhodnění starších jedinců, kteří jsou omezeni svým fyzickým stavem. Výsledkem efektu kohorty je znevýhodnění starších generací vůči mladším, a tím pádem nemůže nikdy dojít k přesnému validnímu měření vícero generací současně. (Stuart-Hamilton, 1999)

Závěrem by bylo možno stručně dodat několik negativních a pozitivních vlivů působících na seniory. Mezi ty negativní lze zařadit zhoršení zdravotního stavu a s ním spojenou nižší míru možností a úbytek kompetencí. Dále změny sociálního uspořádání, především tedy odchod do důchodu či sestup na profesním žebříčku, což vede ke zhoršení životní úrovně, která se prohlubuje po úmrtí partnera. U některých osob dochází ke zhoršení emoční regulace a zvýšení citové lability (negativní emoční ladění se projevuje jako neuroticismus neboli laicky bručounství.). Též postupná vyšší míra na požadavky profesionální pomoci od zdravotního personálu nebo neodborné pomoci od rodinných příslušníků. Mezi pozitivní vlivy ve stáří lze zařadit dle individuálního přístupu k životu několik faktorů. Pro některého seniora jsou pozitivním činitelem rodinní příslušníci, z nichž jsou důležitá zejména vnoučata či pravnoučata. Pro jiného je to odchod do důchodu a následná možnost věnovat se studiu zajímavých oborů na univerzitách třetího věku nebo svým zájmům či koníčkům naplno nebo natolik, nakolik mu to dovolí jeho zdravotní stav. Při realizaci zájmů je podstatná i podpora blízkého okolí, která by zájmy svých starších rodinných příslušníků měla podporovat.

1.4. Podpora a pomoc ve stáří

Pomoc seniorům mohou poskytnout rodinní příslušníci, ale také profesionální pracovníci. V rodině se nejvíce pomoci dostává seniorům, kteří sdílejí společný domov se svými potomky či s jinými příbuznými nebo eventuálně pokud příbuzní žijí ve stejném městě či obci. Zajímavé je, že nejvíce pomáhá ten příbuzný, který bydlí k seniorovi nejbližší. Existuje však i mnoho seniorů (zejména tedy seniorek), jež volí i po smrti svého partnera samostatné bydlení ve svém původním domově, kdy je však horší možnost pomoci ze strany rodinných příslušníků.

Prvním krokem k profesionální pomoci je využití sociální péče, a to především v podobě formy důchodu, na který má nárok každý občan státu po dosažení určitého věku či jedinec bez předem určené věkové hranice, jež je handicapován po psychické či fyzické stránce. Dále je zde možnost využít řadu pečovatelských služeb, jež poskytují sociální, zdravotní či pečovatelské služby. Tyto služby klientům poskytují možnost setrvat ve své domácnosti, čímž nedochází k narušení jejich osobního teritoria. Následným krokem v péči o seniory může být volba přestěhování se do domova seniorů (dříve domova důchodců) nebo domova s pečovatelskou službou. Budoucí klient si do těchto zařízení podá žádost a v případě, že splní podmínky pro přijetí je vyrozuměn a následně přijat. Tento proces je ovšem poměrně rizikový, a to díky velkému zásahu do života staršího jedince, jenž díky přestěhování se do specializovaného zařízení ztrácí společenskou vazbu, které za svůj život vybudoval. Především se to týká rodiny, přátel a známých. V případě, že dojde ke ztrátě původního rodinného zázemí, tak s ním velmi často dochází i ke ztrátě osobní identity, což je velice nepříjemné, jelikož i člověk v postproduktivním věku potřebuje mít vazbu k nějakému místu a být členem společnosti, kterou zná. Přestěhování se do specializovaného zařízení vede rovněž ke ztrátě soukromí, osobní pozice a k neorientování se v novém prostředí (to jest především u osob, jež se přestěhují do jiné obce či kraje, a tím ztratí kontakt se svým dřívějším okolím). V zařízení se člověk dostává do nové role, a to role klienta, což je submisivnější postavení, než na které byl po celý život zvyklý. Tato změna může mít za následek posílení strachu, nejistoty či v krajním případě vede až k pocitu ztráty bezpečí a ochrany, což je velice nežádoucí jev. Rizikem pobytu ve specializovaném zařízení je i to, že jsou tam umístěni klienti vyznávající různou životní filozofii bez možnosti úniku. Tato skutečnost směřuje k izolovanosti jednotlivce či více osob, kteří nesdílejí většinový názor ostatních klientů nebo může dojít k tzv. ponorkové nemoci, a to hlavně

u klientů se ztrátou hybnosti, kteří sdílejí společné prostory po celou dobu pobytu. U těchto osob dochází k vnitřní izolovanosti, introverzi, sugestibilitě či agresivnímu chování. U klientů je proto důležité zachovat pocit soukromí, osobní svobodu a svobodnou vůli při rozhodování, jelikož nikdy by neměl být opomenut fakt, že klienti jsou především lidské bytosti, které mají i přes svůj věk či handicap právo na to, říct svůj názor, jenž by měl být respektován, a v maximální možné míře by se mu mělo vyjít vstříc.

V současné době jsou veškeré instituce, jež poskytují zázemí pro seniory, orientovány na potřeby klientů a slouží i jako jakýsi druh ochrany a jistoty klienta před riziky vnějšího světa. Kromě klasických domovů pro seniory existují i specializované domovy pro seniory s nějakým zdravotním znevýhodněním. Každé takovéto zařízení má svůj osobitý charakter, svá pravidla, hodnoty a normy, které je nutno dodržovat jak ze strany klientů, tak ze strany personálu. Východiskem je tak harmonické zázemí pro všechny zúčastněné.

V případě, že dojde k hospitalizaci seniora do nemocnice, bývají u něj velmi častým jevem negativní pocity spojené s pocitem ohrožení. Dalším obvyklým pocitem je naděje, že je senior v nemocnici jen na přechodnou dobu, a že se opět vrátí domů. K tomu však bohužel ve značném počtu případů již nikdy nedojde.

2. ZRAKOVÁ POSTIŽENÍ

Zrakovým postižením se zabývá speciálně pedagogická disciplína oftalmopedie. Její název vzešel ze dvou řeckých slov, a to ophtalmos – oko a paidea – výchova. Současně bývá používán i synonymní název tyflogedie, který též vzešel z řečtiny (typhlos – slepý, paidea – výchova) a v doslovném překladu znamená výchova nevidomých neboli pedagogika nevidomých. V německé odborné literatuře se můžeme setkat s pojmem Sehbehinderung a v anglicky psaných textech s termínem Visual Impairment. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007) Rovněž v Čechách byla snaha o český název pro tento obor, kdy lze příkladem uvést označení profesora Sováka optopedie. Optopedie se měla stát součástí oboru speciální pedagogiky, v níž se měla zabývat rozvojem, výchovou a vzděláváním osob s poruchou zraku. Název se ovšem neuchytil a v současné době se užívají pojmy oftalmopedie či tyflogedie, které jsou synonymními názvy pro tento obor. (Pipeková, 1998)

Hlavním úkolem této speciálně pedagogické disciplíny je všestranný rozvoj osob se zrakovým postižením včetně výchovy a vzdělávání. Její snaha je o co možná největší míru socializace a co nejširší společenské uplatnění osob se zrakovým postižením.

V současné době je v České republice odhadem asi 60 až 100 tisíc osob se zrakovým postižením a z tohoto počtu je asi 10% osob, které jsou nevidomé. Tento počet je pouze orientační, jelikož neexistuje žádné oficiální celorepublikové statistické měření, které by bylo schopno sečíst všechny osoby se zrakovým postižením. Předpokládá se, že se značné množství osob se zrakovým postižením či nějakou zrakovou vadou nachází mezi seniory, u kterých dochází s vyšším věkem ke ztrátě zrakové ostroty a dalších zrakových funkcí. Tito lidé ovšem nebývají evidováni, jelikož povětšinou žijí ve své domácnosti, a tudíž je jejich evidence značně ztížena. Co se týče dětského věku, je v České republice zavedena kvalitní preventivní péče v podobě pravidelných preventivních prohlídek u pediatrů. V případě, že se v rodinné anamnéze vyskytuje některá ze zrakových vad, jsou tyto děti kontrolovány při pravidelných speciálních vyšetřeních, které odhalují jednotlivé zrakové vady. Taktéž se s vyšším věkem zrak opotřebovává a důsledkem toho v průběhu života téměř každého jedince postihne některá ze zrakových vad. Běžné jsou zejména refrakční vady zraku.

2.1. Jednotlivé zrakové vady a postižení

Zrakové vady lze dělit dle doby vzniku, a to na prenatalní, perinatální a postnatální. Při prenatalním a perinatálním zrakovém postižení hrají důležitou roli teratogeny působící na plod v matčině děloze, ale také dědičnost, která „se projevuje u kolobomového komplexu, vrozeného šedého a zeleného zákalu, těžké krátkozrakosti a zákaly rohovky.“ (Květoňová in. Pipeková, 1998, s. 166)

Postnatální zrakové vady se často projevují v souvislosti s diabetem (Diabetes mellitus), a to především jako diabetická retinopatie. Kromě tohoto onemocnění pak v postnatálním období dochází k získaným vadám zraku, kdy jde o následek nádorových onemocnění v oblasti oka, zrakového nervu či mozkové tkáně. Dále pak při úrazech hlavy, při roztroušené skleróze a v neposlední řadě jako důsledek stárnutí organismu v podobě postupného unavování a odcházení zraku, jenž se projevuje zejména dalekozrakostí a krátkozrakostí.

Téměř až u 90% osob lze po šedesátém roce života stanovit značné zhoršení zraku a až u 30% stejně starých lidí zhoršení sluchu. Zrak se stává postupem času citlivějším na silné osvětlení, v jehož důsledku dochází k pomalejšímu přivykání na přechody mezi světlem a tmou. (Langmeier, Krejčířová, 1998) S věkem přibývá i očních chorob, kdy lze některé operativně odstranit (refrakční vady), ale jiné mohou vést až k úplné slepotě. Zejména v rozvojových zemích světa je to zelený či šedý zákal. Glaukom neboli zelený zákal postihuje oční nerv, jehož příčinou bývá vysoký nitrooční tlak. Projevuje se poruchami periferního vidění či rozmazaností okrajů zorného pole. Začínající glaukom lze léčit prostřednictvím očních kapek, které snižují nitrooční tlak nebo v pozdějším stádiu pomocí operace, jejímž účelem je rozšíření očních kanálků. Katarakta neboli šedý zákal se projevuje zakalením čočky, což způsobuje zamlžené vidění. Léčí se pomocí chirurgického zákroku, kdy se lidská čočka nahrazuje čočkou umělou. V rozvojových zemích je šedý zákal jednou z nejběžnějších příčin, která způsobuje u lidí starších osmnácti let slepotu. (Kuchynka, 2007)

Kromě doby vzniku jsou důležité i příčiny, které se dělí na funkční nebo orgánové. Jedná se o to, zda vada postihuje orgán zraku nebo spíše jeho funkci.

Stupně zrakového postižení jsou nejčastěji děleny na slabozrakost, zbytky zraku a nevidomost (slepotu), kdy má ještě každý stupeň svou charakteristiku, jež určuje zrakovou ostrost a zorné pole. Zraková ostrost je schopnost oka rozlišovat různě vzdálené předměty. Mezi normální zrakovou ostrost řadíme vzdálenost, která

se vyjadřuje zlomkem 5/5 či 6/6. Ve zlomku je vyjádřena délka v metrech a schopnost oka vidět danou věc v téže vzdálenosti. Zorným polem je myšlen prostor, který jsme schopni při pohledu před sebe zaregistrovat. Toto vidění bývá též nazýváno centrálně-periferní.

Slabozrakost je stav oka, která se projevuje jakožto snížení schopnosti při rychlosti a přesnosti zraku zaměřit se na viděný objekt a důsledkem toho dochází k deformaci zrakových vjemů a představ. Problémy nastávají při samostatném pohybu jedince trpícího tímto zrakovým postižením a též při prostorové orientaci. Co se týče psychiky, může slabozrakost vést ke zhoršené schopnosti navazovat sociální vztahy, jelikož si jedinec není sám sebou jistý. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

Osoby se zbytky zraku mají obdobné potíže jako lidé slabozrací pouze ve větším rozsahu. U těchto osob je důležité, aby využívali kompenzační pomůcky a ostatní zbylé smysly.

Nevidomost lze dělit na nevidomost praktickou a na nevidomost totální.

Nevidomost praktická je definována jakožto pokles zrakové ostrosti v rozmezí vyjádřené zlomkem 1/60. Světlocit je při ní zachován se správnou projekcí. Může u ní dojít k omezení zorného pole, které nepřekročí 5 stupňů. Totální nevidomost neboli amaurosa se vymezuje mezi rozhraním zachovalého světlocitu s chybnou projekcí a celkovou ztrátou světlocitu. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007) Nevidomé osoby využívají kompenzační pomůcky při každodenních činnostech, kdy nejzákladnější manuální pomůckou je bílá hůl. Ze smyslů se nejvíce orientují za pomoci sluchu a hmatu.

Mezi běžné zrakové vady dětského věku řadíme poruchy binokulárního vidění, které jsou zařazeny mezi funkční poruchy a jsou jimi tupozrakost (amblyopie) a šilhání (strabismus). U obou těchto poruch je následkem špatné prostorové vnímání, kdy nedochází ke správnému binokulárnímu vidění. Binokulární vidění představuje vidění, v němž se zorné pole obou očí z větší části překrývá a vytváří tak ucelený obraz. Chybné vidění je často spojeno s problémy koordinace u ručních činnostech, které potřebují zrakovou kontrolu. Pro tyto poruchy je důležité včasné zahájení medicínské péče spojené s reedukací, kdy jejím účinkem dochází ke značnému zlepšení až k úplnému vykorigování koordinace a pohybu. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

Do vrozených zrakových vad, onemocnění či poruch jsou též zařazeny retinopatie nedonošených, albinismus, sítnicové degenerace, a to zejména pigmentová degenerace sítnice a juvenilní makulární degenerace. Dále atrofie zrakového nervu, vrozený šedý zákal (kongenitální katarakta), vrozený zelený zákal (kongenitální glaukom), anoftalmus, mikroftalmus nebo retinoblastom. U osob s kombinovaným postižením se především vyskytuje kortikální postižení zraku, což je dáno poruchou mezi mozkem a zrakovými drahami. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007) Tyto vady a poruchy ovšem nejsou stěžejní pro tuto práci a proto se jim nebudeme nadále hlouběji věnovat.

Mezi získané vady řadíme především refrakční vady. Tyto vady jsou běžné jak u dětí, tak u dospělých, a to hlavně krátkozrakost, dalekozrakost a astigmatismus. Krátkozrakost (myopia) se projevuje špatným viděním postiženého oka na vzdálenější předměty, kdy u jedince při delším namáhání oka dochází k bolestivým stavům hlavy v oblasti očí. Její náprava je snadná, pomocí brýlí s čočkou rozptylkou, kontaktními čočkami či chirurgickým zákrokem. Dalekozrakost (hypermetropia) je patrná při pohledu na blízké předměty, a to nejčastěji při četbě. Napravuje se pomocí brýlových spojkových čoček nebo obdobně jako u krátkozrakosti. Dalekozrakost je velice častou vadou u jedinců, kteří překročí věkovou hranici 40 let a s největší pravděpodobností postihne každého z nás. Astigmatismus je cylindrická oční vada, jež se často vyskytuje jako součást krátkozrakosti či dalekozrakosti a jejím důsledkem je nepřesné zaostření světla na sítnici. Tato vada se koriguje torickými čočkami. (Kuchynka, 2007)

2.2. Odborná pomoc lidem se zrakovým postižením

První pomocí rodičům a jejich dětem, jež se narodily se zrakovým postižením, jsou střediska rané péče, které jsou určeny pro děti od narození do 4 až 7 let věku dítěte. V těchto střediscích fungují multidisciplinární týmy, které se snaží pomoci všem rodinným příslušníkům vypořádat se s novou životní etapou. Na střediska rané péče úzce navazují speciálně pedagogická centra pro zrakově postižené, kam mohou docházet děti od nástupu do základní školy až po ukončení základní školní docházky. Odbornou pomocí lidem se zrakovým postižením, kteří jsou starší 15-ti let, poskytuje Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR (SONS ČR), pod kterou spadají střediska Tyfloservis, o.p.s., střediska TyfloCentrum, o.p.s. a Dědina, o.p.s..

Tyfloservis, o.p.s. zajišťuje poskytování svých služeb pomocí terénní formy, kdy se především zaměřuje na zaškolování pomůcek jak optických (různé druhy lup), tak neoptických (pomůcky na počítač, k orientaci v prostoru, hlasové výstupy, pomůcky do domácnosti jako jsou např. ozvučené váhy, budíky, rozlišovače barev aj.). U mladších jedinců, kteří jsou zrakově postiženi, se více předpokládá, že budou častěji používat zvětšovací pomůcky, které jim pomohou například se čtením malých písmen či s normální velikostí písma a že si snadněji osvojí Braillovo písmo než osoby starší, které mají mnohdy značný problém s ovládnutím Braillova bodového systému. Je to dáno díky tomu, že starší osoby, u kterých došlo ke ztrátě zraku v pozdějším věku, nemají přílišnou snahu osvojit si nové písmo či se učit manipulovat s novými pomůckami, protože trpí pocitem nenahraditelné ztráty. Často u nich dochází k pasivitě až rezignaci, kdy daná osoba spíše jen vyčkává na konec svého života. Při tomto negativním přístupu je důležité umět najít nový smysl života a neztrácet pozitivní nahléd na přítomnost. Střediska Tyfloservis, o.p.s. též nabízejí služby v podobě pomoci při prostorové orientaci ve známém prostředí zrakově postiženého klienta, pomáhají při nácviku klientovi sebeobsluhy a při samostatném pohybu mimo domov. Nácvik dovedností je nejčastěji uskutečňován v domácnosti klienta, a to z toho důvodu, aby se naučil pohybovat se zde bez obtíží a beze strachu.

TyfloCentrum, o.p.s. poskytuje nabídku denního stacionáře, kam klient dochází. Mezi další služby poskytované TyfloCentrem, o.p.s. je kupříkladu asistentická služba či pomoc při odstraňování architektonických bariér.

Rekvalifikační centrum Dědina, o.p.s. v Praze je určeno především dospělým klientům, jež v průběhu života postupně ztrácejí zrak nebo pro ty, kteří již zrak úplně ztratili. Centrum Dědina, o.p.s. je zaměřeno na rehabilitaci a rekvalifikaci nevidomých, a to ve formě pobytu, jelikož při tomto zaškolování je potřebná i psychická podpora a eventuálně i lékařský dohled pro osoby, které se ještě se ztrátou zraku nevyrovnali nebo se s ní jen těžko srovnávají. Následně se klienti po středně dlouhém pobytu vrací zpět do svého domácího prostředí.

Pro starší osoby se zdravotním postižením existují v České republice ústavy sociální péče. Pro zrakově postižené jsou těmito ústavami například Palata v Praze či Chrlice v Brně.

Kromě těchto odborných pracovišť organizuje Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR po celém území České republiky ještě činnosti, kterými jsou

například prevence nezaměstnanosti a podpora pracovního uplatnění osob se zrakovým postižením, poradenská činnost, pořádání pobytů pro rekonvalescenci a rehabilitaci či výcvik vodících psů. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

Z legislativní podpory vyplývá, že od 1. 1. 2007 došlo ke změnám systému financování pomůcek a sociálních služeb, což je vymezeno zákony o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a č. 109/2006 Sb., díky kterým došlo ke změnám některých zákonů v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, které určují, že výše finanční podpory a sociální pomoci určuje stupeň závislosti jedince na svém okolí. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

3. ČLOVĚK SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V KONTEXTU KVALITY ŽIVOTA

3.1. Domov pro zrakově postižené Palata

Z důvodu značně omezených možností uskutečnit setkání se seniorem se zrakovým postižením jsem se nakonec rozhodla pro volbu Palaty, pražského domova pro zrakově postižené, která je domovem seniorů se zrakovým postižením. Palata je poskytovatelem profesionální a odborné péče lidem se zrakovým postižením se sídlem na pražském Smíchově.

Pro ucelený dobový kontext nelze opomenout na bohatou historii Palaty. Palata byla schválena Českou spořitelnou roku 1888 pod názvem Ústav pro zaopatřování slepců Francisco Josefinum. Od samého prvopočátku měla sloužit pro osoby se zrakovým postižením, které nebyly schopny se sami o sebe postarat po stránce vzdělávací ani pracovní. Samotný domov byl vystavěn v novorenesančním slohu s podobou palácového půdorysu a byl otevřen v roce 1893 s kapacitou 86 lůžek. Obyvateli byli chudí občané českých zemí. V období první republiky se změnil název domova, z něhož jako první zmizela slova Francisco Josefinum. V období 1. světové války procházela Palata existenční krizí, kterou se nakonec podařilo překonat díky darům a prodeji okrajových pozemků patřících Palatě. Po roce 1929 přišly do Palaty sestry dominikánky, které zavedly nová pravidla a jistoty. Klid trval pouhých deset let, jelikož roku 1940 došlo k vystěhování obyvatel domova do pražské Horní Krče a prostory připadly německým okupantům. Zpět se obyvatelé vrátili v létě 1945, ale dlouho se vedly debaty o tom, zda Palatu nadále zachovat jako domov nevidomých. Následně došlo k rozhodnutí ve prospěch obyvatel a Palata byla zachována jakožto jejich domov. V roce 1950 se ze soukromého domova stala státní budova, která se později přebudovala na ústav sociální péče o nevidomé Palata. Sestry dominikánky musely opustit své působiště, ale na jejich místo nenastoupilo dostatečné personální obsazení a z domova se stal nekvalitní azyl pro slepé, jejichž počet dosahoval až ke dvěma stům osobám. Tuto personální nestabilitu se podařilo napravit až v 70. letech, kdy byly do domova přijaty řeholnice Kongregace šedých sester a díky tomu se podařilo zajistit kvalitní péči všem obyvatelům domova, jejichž počet klesl k 170, ale i přes tuto skutečnost stále chybělo další personální obsazení zdravotnického i jiného odvětví.

Po roce 1989 došlo k přejmenování Palaty na Domov pro zrakově postižené Palata se správou příspěvkové organizace. V období devadesátých let došlo k modernizaci budovy, která se postupně stala jedním z nejlépe vybavených pracovišť u nás.

V současné době žije v Palatě kolem 130 obyvatel se zrakovým či jinak kombinovaným postižením, o které se stará přibližně sto zaměstnanců. Všem obyvatelům Palaty je poskytováno velké množství zájmových aktivit, které podporují vitální způsob života. Mezi oblíbené aktivity patří různé terapie např. arteterapie, muzikoterapie či ergoterapie.

Domov již na první pohled působí příjemným a uklidňujícím dojmem a je zřejmé, že se personální obsazení snaží o co nejpříjemnější prostředí pro své klienty. Dům je vyzdoben různými uměleckými předměty a květinami, což dodává pocit domáckosti a vřelosti. Celkově na mě dům působil velice mile a otevřeně. Palata poskytuje ubytování na jedno až třílůžkových pokojích, kdy má většina pokojů vlastní sociální zařízení. Pokoj, který jsem navštívila, se mi zdál především funkčně zařízen bez přílišných okras, ale je možné, že záleží na osobním vkusu obyvatele pokoje. Respondent měl pokojík zařízen především pro svou největší vášeň, což je psaní, a tudíž se v pokoji vyskytoval psací stůl s psacím strojem a psacími potřebami a dále lůžko a několik skříní a polic.

3.2. Přepis rozhovoru se zrakově postiženým seniorem

Vhodným respondentem pro rozhovor se mi následně po navštívení Palaty stal pan Ing. Čestmír Vidman, který je i přes svůj handicap velmi činorodý člověk. Přes veškerá svá zdravotní omezení je schopen využít svůj život naplno a věnovat se i nadále svému velkému koníčku, a to psaní knih. Následuje přepis rozhovoru tak jak plynul, takže na sebe v některých pasážích příliš nenavazuje.

Pan Čestmír Vidman se narodil 31. října 1921, a tudíž na podzim loňského roku oslavil devadesáté první narozeniny. Do Palaty nastoupil před 8 lety, konkrétně 16. listopadu 2004, kdy již měl přes dva roky problémy se zrakem. Ve stejný den jeho nástupu se narodil K. H. Mácha, který je pro pana Vidmana velkým básnickým vzorem. K dvoustému výročí narození K. H. Máchy sepsal respondent sbírku pod názvem Poutník K. H. M. a kromě této básnické sbírky vydal ještě dalších šest knih. Celkem tedy za osm let v domově Palata sepsal sedm knih, z nichž byly čtyři přeloženy

do esperantského jazyka, který je taktéž velkou respondentovo zálibou. Pan Vidman svou poezii píše v japonském stylu haiku, který si oblíbil při svých mnohých zahraničních cestách obchodního zástupce. Nejvíce se mu zalíbilo právě v Japonsku, kde ho učarovala japonská kultura. Styl haiku se skládá ze sedmnácti slabik, jež jsou rozděleny na tři řádky. Touto formou sepsal knihu, která nese název 17 slabik. Kromě psaní knih se věnuje dopisování do Zpravodaje, časopisu vydávaného Palatou, jež slouží jak k interním záležitostem domova, tak je možné jej nalézt na internetových stránkách Palaty. Časopis je vydáván ob měsíc a pan Vidman do každého čísla sepiše nějakou báseň ve stylu haiku či článek, který se týká daného ročního období nebo situace, jež se vztahuje k Palatě.

V roce 2006 mu k jeho pětadesátým narozeninám byla vydána životopisná kniha s příhodným názvem, Než padne tma docela. Pro její sepsání se rozhodl před deseti lety v období, kdy se jeho zrak začal zhoršovat. Pan Vidman měl pocit, že by byla velká škoda, kdyby nesepsal své životní zážitky, kterých měl díky cestám se zahraničním obchodem nespočet. Původně knihu nepsal chronologicky, ale spíše psal to, co jej zrovna napadlo. Hrubé verze zasílal své dobré známé, inženýrce Margitě Turkové, která mu texty opravila a sestavila do konečné verze knihy. Svůj životopis psal pan Vidman téměř tři roky a s konečnou verzí je spokojen. Paní Turková se stará o stylistickou podobu veškerých děl pana Vidmana. Respondent píše na psacím stroji po paměti, neboť díky svému zrakovému defektu nevidí na písmena, a tudíž jsou v textech překlipy, které je nutné opravit. Životopis obsahuje kolem čtyř seti stran, z nichž je asi osmdesát stran příloh, na kterých je mnoho zajímavých fotografií ze života pana Vidmana a jeho rodiny. Respondent byl prostředním dítětem a měl dva bratry, kteří již bohužel zesnuli. Všichni tři vystudovali vysoké školy, i když to v dané době bylo velice obtížné.

V současnosti respondent připravuje knihu, která se bude jmenovat Tři bardové. Má vypovídat o životě tří významných českých spisovatelů, kteří jsou svými daty narození spřízněni s panem Vidmanem. Prvním je Karel Havlíček Borovský, který se narodil ve stejný den, ale o sto let dříve než pan Vidman. Druhým je Jan Neruda, jelikož pan Vidman vystudoval Nerudovu reálku na Malé Straně a třetím Karel Hašler, který se narodil opět ve stejný den a měsíc jako respondent, ale o 58 let později než K. H. Borovský. V loňském roce panu Vidmanovi vyšla kniha nesoucí název Čtyři

české královny, která je určena pro divadlo jednoho herce, jež v současné době hraje Stáňa Hošková, která hru převzala po Evě Zemanové.

Životní cesta pana Vidmana začala roku 1921 v Itálii, kde se narodil českým rodičům. V roce 1915 jeho otec přijal nabídku, jít po vysoké škole pracovat jako strojní inženýr na Jadran do Molfalcone. Po válce se vrátil zpět do vlasti, kde se oženil a společně se ženou se odstěhoval do Itálie, kterou opustili roku 1923, jelikož v Itálii začali fašistické útoky proti cizincům. Pan Vidman si italštinu obnovil při práci v zahraničním obchodě a několikrát se vrátil do své rodné země. Z vyprávění vyplynulo, že respondent díky své profesy procestoval značnou část světa. Nejvíce se mu zalíbilo v Japonsku, kde do dnešních dní udržuje korespondenční komunikaci s japonským přítelem. V roce 1939 absolvoval malostranskou Nerudovu reálku. Otec v té době založil vlastní továrnu v Rožmitále pod Třemšínem, kterou však díky krizi neudržel a musel ji následně prodat. Po prodeji se celá rodina vrátila zpět do Prahy, kde pan Vidman nastoupil na vysokou školu obchodní, kterou ovšem v listopadu 1939 zavřeli a on musel nastoupit na Poldinu huť na Kladensku, kde byl do konce druhé světové války. Po skončení války se opět vrátil na vysokou školu obchodní, kterou dokončil roku 1947 a následně nastoupil do zahraničního obchodu, kde byl po dobu 36 let. V roce 1951 se ožel a o rok později se mu narodila dcera, která vloni oslavila 60 narozeniny. Do důchodu odešel před třiceti lety, ale až do svých 75 let pracoval v tiskárně a následně jako vrátný.

Před dvanácti lety začal mít pan Vidman problémy se sluchem a před deseti lety se zrakem. Kromě problémů se smysly má již od dětství potíže s pravou kyčlí, kterou mu třikrát operovali. Nejprve v patnácti, kdy mu voperovali štěp z holeně za pomoci hřebu a následně mu v 71 letech voperovali endoprotézu, ale ta mu vydržela pouhých jedenáct let. Poté byl operován potřetí, ale bohužel začal mít před šesti lety problémy i s druhou kyčlí, ale na kardiologii mu lékař již operaci neschválil a místo ní dostal vozíček. V současnosti se na větší vzdálenosti pohybuje pouze za jeho pomoci. Zrak se mu zhoršil z ničeho nic bez nějakých předcházejících komplikací. Stalo se mu to při chůzi na ulici, kdy měl najednou pocit, jako kdyby mu dal někdo přes oči oponu a všechno se mu rozmazalo. Důvodem bylo, že mu, dle jeho slov, spadlo oční pozadí. Nejprve na jednom oku a o několik týdnů později i na druhém. Oční lékařka mu doporučila, aby se přestěhoval do některého ze specializovaných domovů, jelikož se s tímto zrakovým postižením nedá nic dělat. Následkem tohoto zdravotního omezení se

pan Vidman rozhodl přestěhovat do domova orientovaného pro zrakově postižené osoby. Nejvíce se mu z možné nabídky zalíbila právě Palata v Praze na Smíchově, do které se mu podařilo po dvouletém čekání přestěhovat. Nejprve bydlel na dvoulůžkovém pokoji, ale to mu příliš nevyhovovalo. Má rád svůj klid na práci a kromě toho potřebuje prostor i pro hojné návštěvy, které se u něj pravidelně střídají. Mezi jeho návštěvníky patří jak kamarádi a známí, tak rodinní příslušníci, kterých má vskutku mnoho, jelikož má se svou již zesnulou ženou tři děti, které sami mají své potomky a v průběhu tohoto roku by se měl pan Vidman stát poprvé i pradědečkem. Na tuto životní roli se velmi těší. Jednolůžkový pokoj se mu podařilo získat na základě toho, že si předešlá obyvatelka stěžovala na hluk výtahu, jenž se nachází nedaleko pokoje. Vedení Palaty se proto rozhodlo klientku přestěhovat a místo ní dát pokoj panu Vidmanovi, který díky svému omezenému sluchu hluk výtahu neslyší.

Od svých patnácti let se pan Vidman věnuje psaní. Nejprve začal psát poezii a od šestnácti produkuje křížovky. Za svůj život jich vydal přibližně kolem dvou tisíc a byly mu uveřejněny v různých křížovkářských časopisech. S odchodem do důchodu se začal znovu zabývat jejich psáním a následně vydal dvě křížovkářské publikace. Současně se v důchodu začal zabývat i esperantským jazykem, ve kterém mu bylo vydáno několik jeho knih a básní.

Jak již bylo zmíněno, pan Vidman žije v Palatě osm let a je zde velice spokojen. Především oceňuje kulturní život domova, jelikož Palata pořádá zájezdy na divadelní představení, za kulturními památkami nebo organizuje různé druhy programů přímo v budově. Příkladem lze uvést různé organizace, hudební skupiny, herce apod. Pro respondentu je příjemné, že je při výjezdech mimo areál myšleno i na vozíčkáře, pro které je vypravován autokar uzpůsoben jejich potřebám.

Průběh dne pana Vidmana začíná kolem šesté hodiny ránní, kdy vstává. Po probuzení poslouchá rozhlas nebo si píše na stroji. Následně se odebere na snídani, po které jsou na programu různé aktivity např. kondiční cvičení, trénování paměti, canisterapie, muzikoterapie, ruční práce aj. Když se pan Vidman nevěnuje některému z programů, tak se vrací zpět na pokoj, kde píše, přijímá návštěvy či odpočívá. Spát chodí okolo půl desáté večer.

3.3. Senior se zrakovým postižením v kontextu kvality života

Respondentův věk představuje pro řadu autorů věk velmi vysoký, kdy je nejpříhodnějším pojmenováním věk kmetský, který je započítáván od devadesáti let věku. Z globálního hlediska je pan Vidman výjimkou, jelikož vyššího věku se spíše dožívají ženy než muži. Se svým věkem jedenadevadesáti let překračuje zhruba o 18 let průměrnou délku života mužů v České republice, která činí kolem 80 let u žen a 73 let u mužů.

Z biologického hlediska respondent nepředstavuje žádnou výraznou výjimku, jelikož jeho tělesná schránka vykazuje veškeré nedostatky spojené se stářím. Mezi znaky stáří projevující se na panu Vidmanovi lze zařadit stařecké skvrny na pokožce těla, šedivé až bílé vlasy, revmatické klouby a také úbytek svaloviny, který byl patrný při zvedání i lehkých věcí, jako jsou například knihy. Úbytek vitální kapacity plic se projevil i při běžné řeči, při které seděl respondent na křesle, a tudíž nevykonával (kromě řeči) žádný pohyb, ale i přesto docházelo k zadýchávání. Co se týče kardiovaskulárního systému, bylo u pana Vidmana lékařem doporučeno, aby ve svých pětadesáti nepodstupoval další operaci kyčle, jelikož by to jeho srdce nemuselo zvládnout a i by vzhledem k věku došlo k horšímu hojení.

Z psychosociálního hlediska bylo zřejmé, že i pan Vidman, jako každý jiný senior, vykazuje známky poklesu senzomotorických funkcí, které v jeho případě dospěly ke zhoršení celkové motoriky. Dále v jeho případě došlo ke snížení sluchové i zrakové percepce. Sluch se mu zhoršil před dosažením osmdesáti let, a tudíž respondent nepředstavuje výjimku z řad seniorů, u kterých je běžné, že po šedesátém roce života dojde až u 30% z nich ke zhoršení sluchu. Sluch je mu nahrazován pomocí závěsných sluchadel zastaralého typu. Se zrakem má po šedesátém roce života problémy až 90% lidí, ale bohužel u respondenta došlo k rapidnímu poklesu zrakové ostrosti, s kterou mu bohužel lékaři ani medicína nebyli schopni pomoci. Jeho zraková vada se nedá operativně napravit, a jelikož téměř nevidí, rozhodl se přestěhovat do domova pro zrakově postižené Palata.

Co se týče pozornosti pana Vidmana, tak u té dle mého úsudku nedošlo k přílišné změně či poklesu. Respondent byl schopen přenášet pozornost z podnětu na podnět a rovněž ji v případě potřeby udržet. Samozřejmě ale mohu soudit pouze z několika

málo společně strávených chvil, u kterých respondent nemusel vykonávat žádnou novou činnost, takže můj úsudek může být lehce zkreslen.

Jelikož respondent žije velice plodným způsobem života, kdy každý den zaměstnává mozek tím, že píše poezii či prozaické literární útvary, tak díky tomu u něj ani v takto vysokém věku nedošlo k přílišnému poklesu paměti. Dle mého soudu je respondentova paměť zachována ve všech svých rovinách na vysoké úrovni. V průběhu rozhovoru jsem nezaznamenala, že by pan Vidman měl problém s vybavením si dříve získaných informací, dat, zážitků a jiných životních událostí, stejně tak ani s událostmi, které zažil v nedávné době. Ohledně inteligence jsem nepostřehla žádný výraznější rozdíl. Například v komunikační složce bych soudila, že si respondent zachoval vysokou úroveň, ale u zpracování informací, které jsem mu poskytla já, mu trvalo o něco déle jejich zpracování, než u člověka, který je mladší. I přes tyto skutečnosti bych však konstatovala, že má respondent zachovanou fluidní i krystalickou inteligence na vysoké úrovni při vyhodnocování informací.

Ohledně společenskosti pana Vidmana si dovoluji tvrdit, že je i přes svůj značně vysoký věk velmi společenský, a to díky častým návštěvám u něj na pokoji a dopisování si s přáteli. Jeho společenskosti asi nejvíce brání snížení pohyblivosti, ale i přesto si pan Vidman zachovává životní optimismus a nebrání se tomu setkávat se s novými lidmi. Respondentova tvořivost s jeho věkem neklesla, naopak má díky důchodovému věku mnohem více času věnovat se svým zálibám. Jeho největší vášní je psaní poezie v japonském stylu haiku, které je poměrně složité a vyžaduje velkou míru tvořivosti, fantazie a slovní zásoby. Tím se dle mého soudu pan Vidman vymyká svým vrstevníkům, jelikož i přes svůj zdravotní stav a zejména zrakovému handicapu je schopen tvořit nádherné básně, které v sobě obsahují velmi mladistvý až hravý tón a jejich pointy jsou povětšinou humorně zakončeny. Pokud jde o angažovanost pana Vidmana do chodu Palaty, tak lze říci, že je velice aktivní, zejména v psaném projevu. Pravidelně dopisuje do Zpravodaje, kam píše poezii či různá pojednání týkající se ročních období, svátků či zajímavých událostí z historie i současnosti.

Z rozhovoru bylo jasně patrné, že respondent nemá potíže rychle spočítat důležitá data svého života a i jeho komunikační schopnosti byly velmi dobře zachovány včetně hlasu, který byl téměř po celou dobu rozhovoru silný a až ke konci setkání slábl. Rovněž, co se týče fyzického vzezření, vypadal pan Vidman mladistvěji, než kolik let mu skutečně je.

Celkově na mě pan Čestmír Vidman zapůsobil jako člověk, který je plný optimismu a s velkým množstvím plánů, které chce ještě za svůj život zrealizovat, kdy se jeho životní cesta vesměs točí kolem literární tvorby, což ho dle mého úsudku udržuje ve skvělé duševní a psychické kondici. Měla jsem tu čest přečíst si jednu z jeho knih (Hra zvaná život), kterou mi věnoval a musím zhodnotit, že na mě jeho tvorba zapůsobila ve všech směrech kladně. V knize jsou publikovány jak básně, tak novoročenky od roku 1977 do roku 2012 a je na nich dobře patrné, jak se respondentův život ubíral. Prvotní novoročenky jsou věnovány především slovům spojených s astronomií a s přihlédnutím na daný budoucí rok. Následují básně, které se zabývají životem a stářím a posledních několik novoročenek je věnováno Palatě a životu v ní s připomínkou slabého zraku. Za velice zdařilou považuji báseň, kterou cituji v úvodu přílohy a dle mého soudu plnohodnotně vypovídá o aktuálním životě pana Vidmana.

3.4. Doporučení pro speciálně pedagogickou teorii a praxi

Stáří představuje životní etapu, která při dobré vůli potká každého z nás. Z tohoto důvodu je důležité ji neopomíjet, ale spíše se jí začít věnovat ještě s větší měrou, neboť v současné době dochází k nárůstu počtu jedinců, kteří se dožívají vyššího věku a naopak klesá počet živě narozených dětí. Tento jev představuje z demografického hlediska stárnutí populace, jehož důsledkem je větší počet starších osob než těch mladých, a to zejména ve vyspělých částech světa, mezi něž řadíme i Českou republiku. S tímto faktorem je spojena celá řada nových civilizačních chorob, které se projevují právě ve vyšším věku jedinců, ale kromě chorob existují i další přidružené problémy. Z nich lze příkladem uvést zrakové či sluchové vady, jež přibývají právě důsledkem stáří. Pro budoucí generace seniorů by proto bylo dobré vytvořit síť speciálně pedagogických a zdravotnických pracovišť, které se budou zabývat starými lidmi s přidruženými problémy a vadami, včetně rozvoje speciálně pedagogických pomůcek, které budou finančně dostupné a dostatečně kvalitní. Již v současné době existuje řada organizací a sdružení, které se zabývají staršími spoluobčany a vytvářejí pro ně podněty k vhodnému využití volného času. Na mezinárodní úrovni je řada programů, které si kladou za hlavní cíl podporovat kvalitní způsob života v postproduktivním věku. U nás lze příkladem uvést nadační fond Veselý senior, občanské sdružení Život 90, Klub seniorů, KLAS – klub aktivních seniorů, Klub českých turistů a celou řadu dalších

center po celé České republice ovšem s největším zastoupením ve velkých městech, jako je Praha či Brno. V posledních několika letech začala vznikat centra pro osoby v postproduktivním věku, které trpí Alzheimerovou nemocí či jiným druhem demence. Příkladem lze uvést Českou alzheimerovskou společnost, sdružení Celebrum, občanské sdružení Letokruhy či Pamatováček, které též povětšinou sídlí ve větších městech.

Za nedostatek by proto mohl být pokládán fakt, že mnoho seniorů, kteří žijí ve svých domácnostech na malých městech či vesnicích, a kromě rodiny a pár přátel se s nikým jiným nestýkají, nemají dostatek informací o aktivitách, které se v jejich okolí pro seniory organizují a oni tak nejsou schopni využít svůj volný čas k rozvíjení vlastní osobnosti. Vhodným doporučením by proto bylo vytvořit celorepublikovou síť služeb, které by se nacházely i v malých městech či vesnicích a každý z občanů by tak věděl, co která organizace poskytuje a měl možnost zúčastnit se daných aktivit. K tomuto cíli by ovšem bylo nutné dostatečné finanční a legislativní zázemí.

S přihlédnutím na konkrétní život člověka v postproduktivním věku z případové studie lze říci, že péče v Domově pro zrakově postižené Palata splňuje podmínky pro plnohodnotné a kvalitní prožití života se zrakovým postižením. Domov nabízí dostatečné množství zájmových aktivit, které osobám se zrakovým postižením poskytují bohaté a zajímavé zázemí, a tím jejich život zkvalitňují.

ZÁVĚR

Stáří představuje pro každého z nás konečnou životní etapu, a tudíž je důležité se jí věnovat a nepřehlížet ji.

Text práce je strukturován do tří hlavních kapitol. První kapitola se zabývala biologickými a psychosociálními faktory a hledisky stárnutí a následného stáří, kdy bylo jejím záměrem nastínit problematiku osob v postproduktivním věku se všemi výhodami i nevýhodami. V druhé kapitole byla nastíněna problematika zrakového postižení napříč věkovým horizontem se stručným popisem jednotlivých zrakových vad. Třetí kapitola byla věnována případové studii, která byla vypracována na základě rozhovoru s mužem v postproduktivním věku, kdy byl tento rozhovor následně zanalyzován a v textu práce zhodnocen s ohledem na získané a vyhodnocené informace o stáří z předešlého textu práce, jež byly aplikovány na konkrétní životní příběh respondenta. Východiskem případové studie bylo shrnutí života jednoho seniora se zrakovým postižením v kontextu kvality jeho života.

Celkově se práce snažila poukázat na jednotlivé vlivy spojené se stárnutím a stářím z biologického a psychosociálního pohledu s přihlédnutím na zraková postižení, kterých s vyšším věkem přibývá. Lidé s jakýmkoliv handicapem, ať jsou mladí nebo staří, by měli mít stejná práva na kvalitní a důstojný život, jako lidé bez postižení. Proto by snahou nás všech mělo být tyto práva podporovat a vytvářet jejich legislativní podoby a nebyť lhostejní k potřebám druhých.

Cílem práce bylo kriticky zanalyzovat dostupnou odbornou literaturu a následně získané informace aplikovat na případovou studii života jednoho respondenta se zrakovým postižením v postproduktivním věku s ohledem na kvalitu jeho života.

Shrnutí práce vypovídá o tom, že péče o starší jedince je srovnatelně důležitá a přínosná, jako péče o děti. Děti jsou naše budoucnost, ale senioři jsou naše minulost a my bychom jakožto společnost neměli tento fakt opomíjet, ale naopak se snažit o příjemné a důstojné dožití života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ

- ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989, 439 s. ISBN 80-703-8044-6.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
- FINKOVÁ, Dita, Veronika STOKLASOVÁ a Kateřina STEJSKALOVÁ. *Úvod do speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009, 1 CD-ROM. ISBN 978-80-244-2517-7.
- HAMADOVÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 125 s. ISBN 978-807-3151-591.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989, 407 s. ISBN 80-7038-158-2
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života - líc smrti*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1975. 174 s. ISBN 11-107-75
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-807-2629-008.
- HORNOVÁ, Jara. *Oční propedeutika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 112 s. ISBN 978-80-247-4087-4.
- KUCHYNKA, Pavel. *Oční lékařství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 812 s. ISBN 978-80-247-1163-8
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, 343 s., obr. ISBN 80-7169-195-X
- MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 269 s. ISBN 80-7184-867-0.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1998, 234 s. ISBN 80-85931-65-6

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 435 s. ISBN 80-7038-078-0.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

Lékařské pojmy in. lekarske.slovníky [online]. 2008, Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/>

Mládí končí ve čtyřiceti. Famous in. Novinky [online]. 2013, Dostupné z: <http://www.novinky.cz/kariera/289164-mladi-konci-ve-ctyriceti.html>

Naděje na život do 160? Mozkové buňky přežijí tělo i dvojnásobně. In. Novinky [online]. 2013, Dostupné z: <http://www.novinky.cz/veda-skoly/294517-nadeje-na-zivot-do-160-mozkove-bunky-preziji-telo-i-dvojnásobne.html>

Nejstarší ženou na světě byla uznána 114letá Japonka. ČTK in. Novinky [online]. 2013, Dostupné z: <http://www.novinky.cz/koktejl/294580-nejstarsi-zenou-na-svete-byla-uznana-114leta-japonka.html>

Refrakční vady in. videni [online]. 2009-2013, Dostupné z: <http://www.videni.cz/refrakcni-vady>

Služby domova pro zrakově postižené Palata in. palata [online]. 2013, Dostupné z: <http://www.palata.cz/>

Služby Tyfloservis in. tyfloservis [online]. 2005-2011, Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/>

SONS ČR: Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR in. sons [online]. 2002-2013, Praha: Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, 2012. Dostupné z: <http://www.sons.cz/>

Šedý zákal in. lekari-online [online]. 2006-2013, Dostupné z: <http://www.lekari-online.cz/ocni-lekarstvi/zakroky/lecba-sedeho-zakalu>

VAVROŇ, Jiří. Češi chtějí umírat doma, splní se to ale jen pětina. Právo in. novinky [online]. 2013, Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/291557-cesi-chteji-umirat-doma-splni-se-to-ale-jen-petina.html>

Zelený zákal in. zeleny-zakal [online]. 2013, Dostupné z: <http://www.zeleny-zakal.cz/>

PŘÍLOHA

*Když nevidíš,
je s psaním kříž,
na stroji ťukáš poslepu,
fúrou překlepů,
někde se pomíchají řádky,
omluvte nedostatky,
hustěji mlha padá,
každým dnem,
stále více hrbím záda nad strojem,
chci odsunout se do ústraní tiše,
v nejasné mlze těžko se to píše,
tak chvátám rukou u čela,
než padne mlha docela*

Čestmír Vidman
(**Než padne tma docela**)

Já teda začnu do toho diktafonu. *Já jsem se narodil 31. října 1921. Čili bylo mi teďka devadesát jedna let. A tady ve zdejší ústavě jsem 8 roků. Od 16. listopadu 2004.* Víte co to datum 16. listopadu znamená? To je den narození. Víte koho? Máchy. Čili představte si tu neuvěřitelnou náhodu. Já jsem nastoupil v ten den výročí narození Máchy. Čili když měl teďka před dvěma roky výročí dvě stě let narození, tak já jsem k Máchovy napsal knihu, která se jmenuje Poutník K.H.M. [...] Těhletěch sedm knih jsme tady vydal během osmi let. [...] Jedna věc je na tom zajímavá. Ten celej život a dílo Máchy v této knize je zpracován v japonské formě verše zvané haiku, která má 17 slabik. První řádek je 5 slabik, druhý řádek je 7 slabik a třetí řádek je zase 5 slabik. [...] Tímto stylem jsem napsal 120 stránek. Totiž já jsem byl služebně desetkrát v Japonsku. Já jsem pracoval v zahraničním obchodě. A měl jsem možnost dostat se do různých zemí. A mě fascinovalo Japonsko a to je právě taková příležitost, že jsem tam poznal tu jejich poezii. A ta mě tak uchvátila, že jsem to vlastně aplikoval i na toho Máchu. A kromě toho jsem vydal knížku 17 slabik. [...] To je zase knížka, která je ve

verše haiku a je to přeložený taky do esperanta. Já čtyři knihy z těch sedmi jsem měl současně v esperantu. [...] tady vychází časopis ob měsíc. Je to dvouměsíčník a ten vychází právě z redakce paní magistry Švecové. Takže já tam mívám zpravidla v každém čísle nějaký článek a nějakou básničku, tak za těch 8 let, si představte, že jsem tam měl na stovku básniček. No heďte se a tahleto kniha to je můj životopis. Ta se jmenuje, Než padne tma docela. Ta vyšla k mé pětaosmdesátce v roce 06. A já jsem jí začal psát už, než jsem tady nastoupil. To mě ty oči přestaly asi před deseti roky. Já vidím mlhavě jenom. Ale já jsem si řekl: „Škoda těch mejch zážitků z těch cest a z toho zahraničního obchodu“, že to není využitý. Tak jsem si sedl a ne nikoliv chronologicky, ale namátkově, co mě napadlo, jsem psal a potom jsem to posílal inženýrce Margitě Turkové do Obořiště a ona to takhle postupně zpracovala. A k mé pětaosmdesátce v roce 06 to vyšlo jako kniha mého života. A nazval jsem to, Než padne kniha docela. [...] a já jsem napsal asi 320 stran textu a 80 stran je příloh. A v těch přílohách jsou taky fotografie z mého života. [...] Fotografie maminky padesátiny. Maminka se narodila 1892, takže to bylo z roku 1942. To jsme žili na Kladně. A tady my jsme byli tři bratři. Já jsem prostřední. Starší bratr Zdeněk ten zemřel před dvanácti roky, strojní inženýr. Já jsem komerční inženýr. A můj mladší brácha je doktor filozofie a ten zemřel před 22 roky, mladší bratr. On byl členem akademie a velmi aktivní, činej a bohužel, takhle předčasně zemřel. [...] Představte si, já jsem maturoval před 73 roky na malostranské reálce Jana Nerudy. [...] Já mám takovej vztah zaprvé k Havlíčkovi. Já jsem se narodil 31. října 1921 a Havlíček 31. října 1821. Čili já mám vztah k Havlíčkovi. Já mám vztah k Nerudovi, protože jsem absolvent malostranské Nerudovi reálky. A já mám vztah k Hašlerovi, protože ten se narodil taky 31. října, ale 1879. A já teďka připravuji knihu, která se bude jmenovat Tři bardové, a to budou právě Havlíček, Neruda a Hašler. [...] A vyšla taky vloni kniha Čtyři české královny, a to je zase divadlo jednoho herce. [...] Dneska to hraje moje dobrá známá paní Stáňa Hošková. [...] Ona to zdělila po Evě Zemanové. [...] Pro tu jsem psal divadlo jednoho herce a Stáňa Hošková to za ní převzala. [...] Tak tady abyste viděla ten rozsah, co tady během svých osmi let jsem vydal. Každý rok jedna knížka. [...] Já jsem se narodil v Itálii. Můj tatínek pracoval na ponorkách, resp. otec v roce 1915 skončil vysokou školu, strojařinu a byla válka. A oni mu dali na výběr asi pět míst a on si vybral ponorky na Jadranu. [...] Dostal se do loděnic, kde se uplatnil jako strojní inženýr. Byl tam do konce války. Když bylo po válce, tak jel do Kladna se oženit a s maminkou přijeli do Itálie. Tam dostali od těch

loděnic vilu u moře a tam se narodil v květnu 20 můj starší bratr a v říjnu 21 moje maličkost, která vážila 5 kilo.

Jak vidíte, já mám toho materiálu spousty. [...] Rodiče se stěhovali v roce 23 zpátky do Prahy resp. do Kladna. Protože tam začali fašisti proti cizincům, že jim zabírají místa a tam otce večer nějak potloukli, zbili ho, takže už tam nebylo bezpečno. Tak se museli vrátit. Tak já jsem se vracel, bylo mi necelý dva roky, vlakem s rodinou. S mými rodiči a mým starším bráškou. Ve vlaku jsme si prý hráli s bratrem na kupce a mluvili jsme italsky. [...] Pak jsem v zahraničním obchodě, si tu italštinu znovu obnovil a jezdil jsem do Itálie služebně. [...] Já jsem byl v Austrálii, na Novém Zélandu. Já jsem byl v USA, Argentíně, Brazílii, Uruguaji. V Egyptě, v Alžírsku, Líbii, Maroku, v Tunisu, Sýrii, Libanonu, Nigérii, v Ghaně, v Sovětském svazu, Číně, Indii, v Japonsku. [...] To všechno tady alespoň v kostce, stručně v tý knize lýčím. Tři roky jsem to psal tu knížku. (pozn. Kniha: Než padne tma docela). [...] Jenom zásluhou jedný mojý známý Margit [...], to je moje známá, která mi to umožňuje. Jinak já bych to sám s tím mým defektem zrakovým nemohl dát dohromady. Já ťukám poslepu do stroje, jsou tam překlapy a ona to opravuje. [...] Pak jsem absolvoval tu reálku malostranskou v roce 39. [...] Rodiče se nastěhovali do Kladna a pak se přesunuli do Hostivaře, tam otec pracoval a pak se osamostatnil a v roce 27 se odstěhoval do Rožmitálu pod Třemšínem a tam založil továrnu na výrobu elektromotorů značky ROKO – rožmitálský kovoprůmysl. [...] Nastala krize a otec to neudržel. [...] Pak jsme se stěhovali zpátky do Prahy. [...] Nastoupil jsem hned zase na vysokou školu obchodní. Tu nám ale zavřeli v listopadu 39. Já jsem nastoupil na Poldinu huť na Kladně. [...] Tam jsem byl do konce války a pak jsem se hned přihlásil znova na vysokou obchodní a tu jsem dokončil v roce 47 a nastoupil jsem v zahraničním obchodě a tam jsem byl 36 let. No a jak jsem vám líčil, tak jsem jezdil do celýho světa. [...] Já jsem se ženil v roce 51, když mi bylo třicet let a v roce 52 druhého října se mi narodila dcera a té bylo teďka 60 let. [...] Já si dopisuju dodneška s ředitelem jedné ložiskářské továrny v Japonsku. Ačkoliv mi je 91, a já už jsem 30 let v důchodu. I když jsem ale v důchodu tak dlouho, tak já přesto jsem ještě do 75 let pracoval jako důchodce. Napřed v tiskárně Svoboda v Malešicích a potom ve vrátnici tam u nás nedaleko ve Strašnicích. [...] *Teďka mě teda postihly ty oči před deseti roky, asi před 12 zase mně sluch se zhoršil a dále jsem měl potíže s kyčlí. Já jsem měl od malička takovou špatnou tu pravou kyčel. Oni mě operovali v patnácti letech, profesor Zahradníček dal mi tam*

takovej štěp z holeně a takovou stříšku. A ono mi to vydrželo 55 let. A teprve teďka, když mi bylo 71, tak jsem byl znova operovanej. To mi tam dali tu endoprotézu, ale to mi vydrželo jen zase jedenáct let. A byl jsem operovanej potřetí a tam už to mám teďka znova upevněný. [...] Takže mi jí takhle upravily. No ale ona se mi začala zhoršovat i ta druhá kyčel. Před šesti roky mi chtěli operovat i tu levou, ale nakonec mi nedali doporučení, srdcař, takže mi dali vozejk. Tak já místo tý druhý operace jezdím na vozejk. Na tom jsem už šest let, na vozejk. Takže mám špatný oči, špatný sluch, špatnou chůzi, ale jinak mi to myslí. [...] No a s tím zrakem. Já jsem prostě šel na ulici a najednou jako když mě zastře oponou, se mi to rozmazalo. Z ničeho nic a to mi spadlo oční pozadí. A to bylo během několika tejdnu napřed jedno oko a pak druhý. Byl jsem u oční lékařky a ona mi říkala, že se s tím nedá nic dělat. Tak mi doporučili tady ty různý ústavy, kde jsou tyhle zrakově postižený. No a mně se nejmíc zamlouval zdejší na Smíchově Palata. Tak jsem čekal dva roky. Tady to bylo obsazený, ale nakonec se mi to povedlo se sem dostat. Napřed jsem byl ve dvojlůžkovém pokoji, protože to tady nebylo všechno volný a nakonec se mi to povedlo tadyhle dostat ten jednolůžkovej. Tady byla nějaká paní a ta si stěžovala, že jí ruší hluk od výtahu. Oni řekli: „Vidman je polohluchej“, tak mi ho dali. Tak to mi nepřímó pomohlo to moje sluchový postižení, že jsem dostal ten pokojík. A můžu, jak vidíte, tady přijímat kdykoliv návštěvy, což je pro mě veliká výhoda. [...] Ještě bych se chtěl zmínit. Já jsem pracoval také v esperantu, který už je také 125 let, jako že v životě. Ten je pro mě významnej proto, že z mých sedmi knih čtyři byly přeloženy do esperanta. [...]

Čili jak mi tam dával profesor Zahradníček tu stříšku z holeně a ty kosti upravil do takovýho jako, do stříšky, takovým dlouhým hřebem to tam upevnil, údajně zlatým. Já jsem říkal, že jsem zlatej hřeb sezóny. A tak já jsem dohnal, asi půl roku jsem byl doma, dohnal jsem vyučování ještě s vyznamenáním. To bylo v kvintě. Ale já jsem navíc začal dělat poezii. Začal jsem psát verše. A navíc jsem začal dělat křížovky. Představte si, já jsem v roce 37, když mi bylo necelé šestnáct, tak už jsem měl uveřejněnou první křížovku. A já jsem za můj život uveřejnil 2000 křížovek, jsem uveřejnil. Představte si v různých časopisech. Taky jsem přispíval do časopisu Křížovka a důvtip, to byl tenkrát takovej jedinej časopis. No a potom, když jsem přišel do důchodu, tak jsem se těm křížovkám začal znovu věnovat. Vydal jsem dvě knihy křížovek. Jedna se jmenovala Křížovka na každý druhý den v roce a druhý se jmenovalo

Veletucet křížovek. Měl jsem připravenou třetí a to jsem byl u toho vydavatele a on říká: „Někdo vás předběhl, už mi to připravil na počítači i s těmi obrázky, a to vy mě tady necháte dělat, takže já jsem mu dal přednost.“ A prostě mně odmítnul tu třetí knihu. Tak já jsem obcházel redakce všech časopisů, kde se křížovky uveřejňovaly a oni přechodně mě vzali v Melantrichu, tam začal vycházet nějaký nový esperantský časopis. Tak já jsem s nima přechodně asi půl roku spolupracoval. Ono to pak zaniklo. A pak mě přijmuli na zkoušku v Halonovinách a tam jsem se uplatnil a nakonec se to rozšířilo a já v těch Halonovinách jsem měl křížovku každé druhé den. Takže když se to sečte dohromady, tak jsem měl uveřejněno 2000 křížovek. [...] A hlavně jsem teda tady spokojený. Žiju tady 8 let v té Palatě. Musím to pochválit. Je to tady velmi hezký a žije se tady opravdu kulturně. Jsou tady stále kulturní programy, pořady. A to nejenom u nás v budově, ale dojíždí se i do divadel. Teďko zrovna do divadla Fidlovačka byl program nedávno. Na koncerty se jezdí. Jezdíme taky do různých kulturních, k různým památkám kupříkladu na nějaký ty zámky, hrady. Byli jsme v nově otevřeném zámku v Mníšku atd. Takže jezdí se, a to vždycky musí objednat paní Švecová kromě autokaru ještě nějaký to vozidlo, který pojme ty vozečky teda. Někdy takový to speciální auto kam se dají ty vozečky vytáhnout, takže jede nás vždycky několik i s těmi vozečky. Tak kulturní život je tady bohatý. [...] Ob měsíc vychází časopis, což je taky výjimka a ten časopis mimochodem je zařazen do internetu. Čili kdokoliv může si vyvolat nějaký ten příspěvek z internetu, takže jsme vlastně propojeni taky velkým rozsahem do celého kulturního světa. [...] *Průběh mého dne. No tak zaprvé v šest ráno stávám a jdu spát v půl desátý večer, to je můj rytmus. Někdy se to protáhne, někdy jdu spát ještě později. [...] Ráno vstanu, jdu na snídání. Zaprvé poslouchám rozhlas, případně si něco tiskám do stroje z předchozího dne záznamy. Pak jdu na snídání. A po snídání bývají různé programy. Kupříkladu pondělí, středa, pátek v devět hodin je kondiční cvičení.*

Potom je tam trénování paměti. Na to jsem chodil 5 let, ale to už jsem nechal těm druhým. Potom jsou tam canisterapie tzn. setkání se psy. Potom je tam muzikoterapie, to zpíváme lidové písničky za doprovodu klavíru. Pak jsou tady kulturní komise, umělecká komise. Jsou tady různé tyhle kroužky. Je tady ruční práce. No prostě je toho spousta a kromě toho sem přijíždí spousta návštěv kulturních. Čili zrovna jsme měli včera tady takovou dvoučlennou skupinu, která se jmenuje, Zůstaň tu s námi muziko česká, a to je soubor, který jeden pouští a druhý produkuje

*různé ukázky hudební a pak paní Jiřina, která má průvodní slovo a včera to bylo o Vánocích, o Adventu a o všech těch okolních událostech. A pak jsou tady třeba z Jedličkova ústavu tři děvčata, který zpívají a jsou taky zrakově postižené, ale absolvovaly konzervatoř Deilovu a daly si název MAKABA (Marie, Kateřina a Bára).
[...]*