

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Nikola Roušarová

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

SENIORI SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V KONTEXTU KVALITY
ŽIVOTA
VISUALLY IMPAIRED SENIORS IN LIFE QUALITY CONTEXT

Nikola Roušarová

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

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: B ČJ-SPG

2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 14.4.2016

Nikola Roušarová

Mé poděkování patří doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Mé poděkování patří též paní Emilii a panu Rudolfovi za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

NÁZEV:

Senioři se zrakovým postižením v kontextu kvality života

AUTOR:

Nikola Roušarová

KATEDRA (ÚSTAV):

Katedra speciální pedagogiky

VEDOUCÍ PRÁCE:

doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

ANOTACE:

Tato práce se zabývá procesem stárnutí a jednotlivými zrakovými vadami, které se v postproduktivním věku mohou vyskytovat, a jejich případným vlivem na kvalitu života jedince. V první části práce jsou uvedeny faktory stárnutí a stáří, a to jak z hlediska biologického, tak psychosociálního. Druhá část je věnována konkrétním zrakovým vadám, které se u seniorské populace nejčastěji vyskytují. Dále je zde popsán systém péče, který je klientům se zrakovou vadou poskytován. Poslední část se věnuje Domovu Palata a výzkumu za použití metody narativního rozhovoru s klienty zmíněného zařízení. Cílem této bakalářské práce je specifikace existujících rozdílů v kvalitě života mezi dvěma respondenty se zrakovým postižením v postproduktivním věku. V závěru práce se naskýtá sumarizace podpory a pomoci pro seniory se zrakovým postižením.

KLÍČOVÁ SLOVA:

stáří, kvalita života, senior, zrakové postižení, Domov Palata

TITLE:

Visually impaired seniors in life quality context

AUTHOR:

Nikola Roušarová

DEPARTMENT:

Department of Special Pedagogy

SUPERVISOR:

doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

ANNOTATION:

This bachelor thesis deals with the process of aging and the individually visual defects which may occur in old age and their potential impact on the life quality of individuals. In the first part of thesis there are the factors of aging and old age, in terms biological and psychosocial aspects. The second part is devoted to specific visual defects that are occur of the elderly population very often. Further disclosed herein is a system of care for visually impaired clients. The last part is about institution Palata and research using the method of narrative interview with clients of this institution. The aim of this thesis is the specification of existing differences in life quality between the two visually impaired respondents in post-productive age. Finally, the work is a summarization of support and assistance for seniors with visual impairments.

KEYWORDS:

Old age, quality of life, senior, visual impairment, institution Palata

OBSAH

ÚVOD.....	8
FAKTORY STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	9
Psychosociální aspekt stárnutí.....	9
Biologický aspekt stárnutí.....	16
Systém péče o lidi ve stáří.....	22
ZRAKOVÁ POSTIŽENÍ.....	24
Jednotlivé zrakové vady a postižení u starších osob.....	24
Systém sociální péče o lidi se zrakovým postižením.....	31
ČLOVĚK SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V KONTEXTU KVALITY ŽIVOTA....	33
Vymezení pojmu kvalita života.....	33
Organizace a metodika výzkumu:.....	34
Domov pro zrakově postižené Palata.....	36
Rozhovory se seniory se zrakovým postižením.....	38
Analýza pozorovaných údajů u seniorů se zrakovým postižením.....	44
Podpora a pomoc seniorům se zrakovým postižením.....	46
ZÁVĚR:.....	48
SLOVNÍČEK POJMŮ A POUŽITÝCH ZKRATEK.....	49
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	50

ÚVOD

Úvodem práce bych ráda použila myšlenku autora Broomleyho (in Stuart-Hamilton, 1999), který označuje stáří jako poslední etapu života, někdy také jako postvývojovou, a to proto, že do této doby již byly realizovány veškeré latentní schopnosti rozvoje. Sama vnímám stáří jako nevyhnutelnou kapitolou života, která se týká většiny živých tvorů, člověk není výjimkou. Proces stárnutí je významným fenoménem společnosti, existuje řada důvodů, proč se o toto téma zajímat – neustále se měnící struktura společnosti, stárnutí populace a s ní i narůstající potřeba péče a pomoci seniorům na sklonku jejich života.

Do konce 19. století se otázkami stárnutí zabývali pouze filozofové, spisovatelé a básníci, nyní již máme několik diferenciovaných oborů, které se touto problematikou zabývají. Jedná se zejména o obory gerontologie, geriatrie a gerontopedagogiky.

Tato bakalářská práce má celkem tři kapitoly. V první kapitole jsou nastíněny faktory stárnutí a stáří, a to jak z pohledu psychosociálního, tak biologického. Nechybí zde systém podpory a péče o lidi ve stáří.

Druhá kapitola otevírá problematiku zrakového postižení, a to zejména těch vad, které se velmi často vyskytují u lidí v seniorském věku. Zde jsou zmíněny služby, které poskytuje Tyfloservis, o. p. s.

Třetí kapitola je věnována problematice kvality života současných seniorů. Je zde popsán systém péče zařízení Domova Palaty. V tomto zařízení se odehrává výzkumná část narativního rozhovoru s jejich klienty – mužem a ženou, které postihla zraková vada v různých částech jejich života.

Ke zpracování této bakalářské práce byly využity výzkumné metody: analýza odborné literatury, narativní rozhovor a pozorování.

FAKTORY STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Psychosociální aspekt stárnutí

Termínem psychosociální aspekty stárnutí lze nazvat veškerá hlediska, která se odrážejí na duševním stavu seniorů v průběhu stáří. Teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona (2002) říká, že hlavním vývojovým úkolem stáří je dosáhnout integrity v pojetí života samého.

Pichaud (in Dvořáčková, 2012) označuje stáří za období, kdy se výrazně mění způsob života jedince. Stav přechodu do období stárnutí a stáří doprovází tzv. „syndrom prázdného hnízda“. Je to stav, kdy dochází k osamostatnění dospělých dětí a narození prvních vnoučat. Dalším mezníkem pak bývá odchod do penze.

Stáří jako společenský fenomén

Z výzkumu, který prováděli Sak a Kolesárová (2012) vyplynulo, že 57% dospělé populace a 66% seniorů jsou toho názoru, že senioři mají nezastupitelnou funkci ve společnosti.

Každým rokem se v naší společnosti zvyšuje podíl seniorů, zvyšuje se průměrný věk a klesá podíl dětí a mládeže. Klesající míra plodnosti a úmrtnosti, snižování kojenecké úmrtnosti, prodlužování naděje na dožití seniorů – to vše má za následek zvyšující se průměrný věk v české společnosti. S demografickým stárnutím není ale česká populace sama, většina vyspělých zemí se s tímto procesem také potýká, jen v české společnosti před ostatními západoevropskými společnostmi tento proces probíhá se zpožděním. Současné prognózy očekávají, že i nadále bude docházet k nárůstu podílu starších osob v naší společnosti. (Sak, Kolesárová, 2012)

Stáří je taková fáze života, která je ohraničená dvěma časovými body – horní hranice ostře vymezená smrtí, spodní hranice jsou procesy a jevy, které tvoří. Teprve ucelením těchto jevů a procesů, jež mají svůj vlastní čas, je tvořeno stáří. (Sak, Kolesárová, 2012)

Vágnerová (2007) vyděluje stáří na dvě stádia: období raného stáří a období pravého stáří. V období raného stáří, tedy v časovém období od 65-75 let života, dochází k evidentním

změnám, které s sebou stáří přináší. Tyto změny ale nebývají natolik velké, aby takovému člověku znemožňovaly aktivní a nezávislý život.

Navzdory tomu v pravém stáří, tedy po 75. roce života, dosáhne senior tzv. čtvrtého věku. Tedy takového období, kdy bývá naživu přibližně polovina jeho vrstevníků, jeho původní generace. S tímto obdobím je spojený tělesný a mentální úpadek, zvýšené riziko vzniku a kumulace zátěžových situací, které kladou vysoké nároky na adaptaci seniora (jako příklad lze uvést umístění do institucionální péče). Tyto zátěžové situace se liší podle osobnosti seniora, jeho zkušenostech, hodnotového systému, ale také i podle aktuálního psychického a tělesného stavu.

Stáří je složeno z několika znaků, při jejichž souhrnu vytváří nový přístup ke společnosti a k životu samému. Jako vše, i tento potenciál je různorodě jednotlivci naplňován. (Sak, Kolesárová, 2012)

Největší zásoby životních zkušeností má člověk právě ve stáří. Zažil svět a společnost z několika úhlů kritických a krizových situací, vládnutí více politických stran s různými politickými programy, ve stáří získal životní nadhled, zobecnil veškeré své společenské a politické zkušenosti a vytvořil si triádu programů (analýzu, hodnocení a pochopení dění ve společnosti).

Vytváří se ale zároveň i odstup od dění ve společnosti a od jevů kolem něho. Senior má totiž daleko širší kontext, ve kterém vnímá nové události, než mladší společnost, protože zahrnuje období 50-60 let jeho života. V tomto období vnímal své zkušenosti v různých životních fázích a z pohledů různých rolí. (Sak, Kolesárová, 2012)

Ve stáří senioři pociťují, že se čas objektivně zkracuje. Dny, týdny, ale i měsíce a roky, vše plyne mnohem rychleji, než tomu bylo v jejich dětství a mládí. Toto zkracování času prožívaného a přibližování minulosti se projevují jako komprimace času. K takové komprimaci dochází v interakci fyzikálního či chronologického času s časem psychickým a sociálním. (Sak, Kolesárová, 2012)

„Život je jako přesýpací hodiny, jak narůstá minulost jedince, tak se úměrně zkracuje jeho budoucnost.“ (Sak, Kolesárová, 2012, str. 21)

U starých lidí se mění pojetí rodiny v životní dráze: rodinu vnímají jako své „celoživotní dílo“, které bylo jejich životním cílem. Často proto vidí toto pojetí jako potřebu pomáhat svým dospělým dětem na cestě životem. Taková pomoc je častější u rodičů dětem než naopak.

Tento vztah se ale postupem času mění. Rodiče stárnou, ubývají jim síly a jsou to právě oni, kdo potřebují pomoc od svých dětí. Jejich děti proto v tomto období bývají zaskočeni vzniklou situací, kdy péče o starého rodiče vyžaduje buď pravidelné návštěvy, nebo přijetí do vlastní domácnosti a následnou péči. (Alan, 1989)

Sociální stáří chápeme jako jistou společenskou událost, která je dána změnou rolí, životního stylu i ekonomického zajištění. (Mühlpachr, 2004)

Sociální stáří lze dle Mühlpachra (2004) periodizovat do následujících období:

- I. **První věk** – tzv. předproduktivní
Hovoříme o období dětství a mládí, které je charakterizované růstem, vývojem, vzděláváním, přípravou na profesi, získáváním zkušeností a znalostí.
- II. **Druhý věk** – tzv. produktivní
Období dospělosti, životní produktivity, období biologické, kdy takový jedinec zakládá rodinu, upevňuje svou roli ve společnosti i v práci.
- III. **Třetí věk** – tzv. postproduktivní
Samotné stáří, kdy dochází k poklesu zdatnosti a jedinec přestává být produktivní.
- IV. **Čtvrtý věk** – tzv. závislostní
Pochází z předsudku, že staří lidé jakou zákonitě nesoběstační, ale není to tak – zdravé stáří je až do nejpokročilejšího věku samostatné.

V souvislosti s termínem „kvalita života“ se můžeme setkat s pojmem „sociální smrt“. Jde o fázi, kdy je kvalita života z pohledu seniora považována za neuspokojivou a senior se cítí být nepotřebným ve svém okolí a rezignuje na svůj současný život.

Takovým důsledkem pak bývá touha po smrti, kterou však doprovází i strach ze způsobu umírání a myšlenkami, co se bude dít po smrti. (Robertsonová in Dvořáčková, 2012)

Závěr životní dráhy - smrt

Téma smrti je v naší společnosti tématem tabuizovaným. Jak ale říká Vágnerová (2007), tento problém pouhým popřením nezmizí.

Náš vnitřní postoj ke smrti je poznamenán vyhýbavostí, zmateností a také neupřímností. Z toho důvodu dovedeme chápat téma smrti jako osobní záležitost až ve stáří. Zatímco nemoc vyhrocuje problém samotného žití, ve stáří již vyhrocuje problém umírání. Vědomí o konci života do stáří vnáší následující tři významy: určuje hodnotu času, který ještě zbývá, hodnoty vlastního života a sociálních kontaktů.

(Alan, 1989)

Kübler-Ross (1993) je přesvědčena, že by se občasné přemítání a následné smrti mělo stát jakýmsi obyčejem, a to dříve, nežli smrt zasáhne náš vlastní život. Pokud tak neučiníme, může nám případná diagnóza nádorového onemocnění člena rodiny krutě připomenout, jak je život ostře ohraničen.

Kübler-Ross (1994) dále odmítá tvrzení, že starý člověk touží po smrti – je s ní smířen a chce zemřít. Být starým člověkem neznamená chtít zemřít. Proto je důležitá kvalita života starého člověka v období jeho života – pokud prožil spokojený život, ani ve stáří zemřít nechce. Mnoho starých lidí, kteří zemřít chtějí, se nemusí nutně nacházet ve stádiu vnitřního vyrovnání. Často to bývá stav stagnace – staří lidé si připadají zbyteční, věří v myšlenku jejich zbytečného života, že již nemá smysl dále žít.

Domovy důchodců jsou jasným důkazem toho, že máme pro staré lidi pramálo pochopení. Ačkoliv jim poskytneme přístřeší, dobré jídlo, golfové hřiště, společenský klub – zbavujeme je tak vlastně možnosti vlastního užitku. Nemohou dále předávat to, co nahromadili během svého dlouhého života – moudrosti a zkušenosti. Aby se cítil člověk užitečný, nemůže pouze brát, má potřebu i dávat. A tak tomu je u starých lidí.

Stárnoucí člověk na smrt myslí, přemýšlí o ní nejprve jako o objektivní události v kategorii živých, která ale i jeho čeká. Přicházejí nemoci, statistika mu předvídá dalších 15 let života. Tvář lékaře na sobě nese nacvičený ustaraný výraz, který je zároveň

projasněn nemocničním optimismem. Nyní je nutno přemýšlet o tom, aby vše proběhlo podle plánu, jak se sluší a patří. Rodina by po smrti měla být zabezpečena, pohřeb by měl mít jasnou vizi, písemná poslední vůle by měla být správně sepsána. Jakmile tyto náležitosti vyžadované společností živých obstará, dospěje dotyčný k sobě samému. (Améry, 2008)

To, že je smrt nutná, ale umírání může být do značné míry ovlivněno, má významný sociologický akcent, označme jej jako „adekvátní umírání“. Má totiž souvislost s otázkami „kdy“, „kde“ a „jak“ lze umřít. (Alan, 1989)

Při analýze umírání lze vycházet z díla Kübler-Ross (1969), která uvádí pět fází umírání, někdy též jako pět fází smutku:

I. POPÍRÁNÍ A IZOLACE – „Cítím se už úplně v pořádku.“

Úzkostné odmítání vzniká především u pacientů, kterým byla diagnóza řečena nešetrně a velmi stroze. K popírání se ovšem uchylují téměř všichni pacienti, a to nejen bezprostředně poté, co se informací dovědí, ale i často v pozdějších fázích. Míru určitého vysvobození hledají v izolaci od okolního živého světa – nemocničního personálu, rodiny a ostatních lidí. Nezřídka se stává, že svůj smutek zahánějí v nalézání dočasných útočišť, které se jim během života nedostávalo (např. květiny) a často k nim inklinují.

II. ZLOST - „Proč zrovna já? To není fér!“

Jakmile pacient opustí fázi popírání, kterou bylo okolí ještě schopno u nemocného tolerovat a přijímat, nastupuje fáze zlosti, kdy si nemocný vybíjí veškerý hněv na okolí - doktoři jsou neschopní, zdravotní sestry dělají vše špatně, z rodiny cítí odepsanost. V tomto období je důležitá naše tolerantnost k pacientově iracionální (leckdy i racionální) zlobě, snažit se nestavět do obranné pozice a vytvořit si patřičný nadsled.

III. SMLOUVÁNÍ - „*Udělám cokoliv, abych mohl/a ...*“

Samotné smlouvání je svým způsobem pacientův pokus o odklad. Obsahuje v sobě cenu, která by měla přijít za „dobré chování pacienta“ a zároveň stanovuje i dobrovolnou, samostatně zvolenou hranici (např. účast na svatbě syna). Dále v sobě obsahuje implicitní slib, že pacient nebude žádat víc, bude-li mu tato odklad umožněn – žádný z pacientů tento slib nesplnil. Z psychologického hlediska mohou být tyto sliby spojeny s utajeným pocitem viny pacienta (jako příklad lze uvést to, že nenavštívil v neděli kostel).

IV. DEPRESE - „*Zemřu, tak o co jde?*“

Depresi v této fázi rozlišujeme na dva typy: reakční a přípravnou. V reakční depresi se pacient utápí v depresích, které ho zrovna trápí s ohledem na jejich léčbu. Pacientův úděl usnadňují naše pochvaly a snaha je rozveselit.

Ke druhému typu deprese, přípravné, nedochází následkem minulé ztráty, ale z obavy hrozící ztráty v budoucnosti. Tento typ bývá od prvního typu rozdílný v tom, že není na pacientovi znát, o svých obavách tolik nemluví.

V. AKCEPTACE - „*Nemůžu proti tomu bojovat, měl bych se na to připravit.*“

Jestliže měl pacient dostatek času a s pomocí okolí zvládl předchozí stádia, dosáhne stavu akceptace, kdy necítí ani zlost, ani není deprimován. Pacient již ani netruchlí nad svým osudem a na svůj konec pohlíží v jakémsi tichém očekávání. Toto stádium ovšem nelze považovat za šťastné stádium – je to spíše ztráta vědomí. Boj je dobojován. V tomto období více podpory a pomoci vyžaduje rodina, než samotný pacient. Té mohou pomoci nejlépe samotní doktoři, kteří ujistí rodinu, že dělají vše, co je v jejich silách.

NADĚJE

Přetrvává přes všechna stádia. I ten nejrealističtější pacient si uchovává naději na další remisi. Doufá, že třeba bude objeven nový způsob jeho léčby, že se v pravý čas vyvine takový preparát, který ho zbaví jeho trápení. Právě tyto myšlenky plné naděje prosvětlují pacientům dny, týdny, ale i měsíce jejich utrpení.

V České republice celková úmrtnost neustále klesá, v posledních deseti letech tomu bylo u mužů i žen o 20%. Tento klesající trend se projevuje u obou pohlaví ve všech nejčastějších příčinách smrti – a to u kardiovaskulárních onemocnění, nádorových a vnějších příčin.

(Antošová, Kodl, 2014)

Biologický aspekt stárnutí

„Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza).“ (Mühlpachr, 2004, str. 19)

Nelze jednoznačně určit biologické stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétní osoby. Pokusy o takovéto určení byly neúspěšné, a tak se pojem biologické stáří ani jeho dílčí varianty nevyužívají. Chybí tak objektivizace skutečnosti, že by se lidé stejného kalendářního věku lišili určitou mírou zhoršujících se změn či funkční zdatností. (Mühlpachr, 2004)

Termín „biologický věk“ vyjadřuje objektivní stav fyzického vývoje či degenerace, obecně lze tedy říct, že se jedná o volné vyjádření celkového stavu lidského organismu. Tento termín lze vydělit na tři okruhy: anatomický, karpální a fyziologický věk. Pojem anatomický věk je relativně obecný a vyjadřuje stav kosterní soustavy, tělesné stavby a jiné. Termín karpální věk vyjadřuje stav karpálních čili zápěstních kůstek. Poslední pojem, fyziologický věk, vyjadřuje stav fyziologických procesů organismu, jako je například rychlost metabolismu. (Stuart-Hamilton, 1999)

Tělesné projevy doprovázející stáří a kterými se odlišují staří lidé od mladších, označujeme jako fenotyp stáří. (Dvořáčková, 2012)

Pohybový aparát

Po tělesné stránce dochází ke změnám na prvním pohled značným, ale i ty, které se dějí uvnitř těla stárnoucího člověka. Senior v důsledku stárnutí celkově zhubne, vlasy mu šediví a dochází k jejich vypadávání, dochází k opotřebenosti orgánů, k horšímu prokrvování končetin a to zejména dolních. Snižuje se svalová a fyzická zdatnost, dochází k úbytku tkání a struktur, kůže se stává vrásčitá a kosti křehčí. (Jedlička, 1991)

V důsledku stáří tak často dochází k sarkopenii, tedy k úbytku svalové hmoty, a k úbytku kostní denzity, ze které často vzniká osteoporóza. Kostí jsou pojivější, ochranná funkce svalového aparátu ubývá, a tak dochází často ke zlomeninám. Typické jsou proto osteoporotické zlomeniny jako např. zlomeniny obratlů, zlomeniny distálního předloktí a zlomeniny krčku kyčelní kosti.

Další změnou pohybového aparátu je změna tělesného složení. Dochází k přibývání tukové tkáně, vaziva a ubývá svalová a kostní hmota. Ve svalové tkáni dochází k tzv. involučním změnám, ta obsahuje dvojí typ vláken: rychlá, fázická a pomalá, tonická. Kapacita prvních vláken, rychlých, je podmíněna geneticky. Oproti tomu tonické svaly ve stáří rychleji ochabují. Významný podíl na oddálení těchto involučních změn bude mít s největší pravděpodobností správná životospráva. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007)

Hayflick (in Dvořáčková, 2012) uvádí, že úpadek tělesných funkcí začíná již v rané dospělosti, kdy většina orgánových soustav vykazuje úbytek funkce přibližně o 0,8 až 1 procento.

Poruchy smyslových orgánů

Smyslové orgány slouží jako nástroje percepce okolního prostředí. Z toho vyplývá, že narušení těchto smyslů přímo ovlivňuje i samotnou funkci mozku, jemuž brání plně prožívat okolní svět. (Stuart-Hamilton, 1999)

Stáří a sluch

Sluch již v průběhu dospělosti postupně slábne. To se projevuje již kolem 50. roku života jedince. V tomto období totiž řada lidí pociťuje výrazné zhoršení sluchu alespoň za určitých situací (např. při naslouchání slabým zvukům). (Bromley in Stuart Hamilton, 1999). Stephens (in Stuart Hamilton, 1999) odhaduje, že 1,6 % lidí ve věku 20-30 let má vážné sluchové vady. Ve věku 70-80 let je to již 32 %. Tato hodnota se dále zvyšuje přibližně na 50 % u lidí starších 80 let.

Muži pracují v hlučnějším prostředí než ženy, které oproti nim pracují ve výrazně tišším prostředí. Z toho vyplývá, že i oslabení sluchu je výraznější u mužů než u žen. Obecně nelze jasně vyvodit, jaký podíl na oslabení sluchu má důsledek stárnutí a jaký důsledek

špatných vlivů okolního prostředí. Jisté je, že na oslabení sluchu mají podíl oba tyto faktory. (Stuart-Hamilton, 1999).

Jistou záhadou poznatků gerontologie je fakt, že v průběhu stárnutí se lidem o několik milimetrů zvětšují ušní boltce. Funkce této změny není však známá. (Tsai, Chou a Cheng in Stuart Hamilton, 1999)

U starších lidí je nejrozšířenějším typem sluchové vady presbyakuze, ve volném přeložení se jedná o nedoslýchavost stárnoucích osob. Ta se může projevit v několika podobách, ve všech ale dochází ke zhoršení vnímání zvuků o vysokých frekvencích. Tento problém někdy doprovází jev, který se nazývá posilování hluku. V tomto případě postižený slyší zvuky o vysokém tónu, ale výrazně hlasitěji než ve skutečnosti je. Tato podoba je často pro postiženého velmi nepříjemná až bolestivá. (Stuart-Hamilton, 1999)

Stáří a zrak

Starší lidé si často stěžují na to, že jejich zrak již zdaleka není tím, čím býval. Nejčastěji tak dochází ke zhoršení akomodace oka (tedy schopnosti zaostřovat na určité vzdálenosti, nejčastěji je to však na blízko). Ta vede k presbyopii, neboli stařecké dalekozrakosti, která je pravděpodobně způsobena tím, že čočka stárnoucího člověka ztrácí pružnost, tedy i schopnost zaostřovat. (Stuart-Hamilton, 1999)

Broomley (in Stuart-Hamilton, 1999) odhaduje, že ačkoliv téměř 75% starých lidí potřebuje brýle, tak ani s nimi nevidí dobře.

Corso (in Stuart-Hamilton, 1999) konstatuje značný pokles ostrosti vidění v souvislosti s věkem. Poznámává však, že tento problém se do určité míry zmírňuje, mají-li sledované předměty vysoký kontrast jasu (např. černé na bílém lze rozlišit snáze než černé na šedém).

S rostoucím věkem se snižuje i rychlost, jakou se dokáže člověk přizpůsobit zhoršeným světelným podmínkám (schopnost akomodace oka na vidění za šera). To má za důsledky například schopnosti starších lidí řídit automobil v noci. (Domey in Stuart-Hamilton, 1999)

Rovněž pomaleji zpracovávají zrakové podněty, pro přesnou identifikaci je potřebují pozorovat delší dobu. Zorné pole starších lidí se zmenšuje. Méně častým problémem také je, že starší lidé nedokážou vytočit oční bulvy směrem nahoru jako mladší lidé. Aby nad sebou spatřili předměty, musí zvednout celou hlavu. (Stuart-Hamilton, 1999)

Stáří a chuť

Engen (in Stuart-Hamilton, 1999) tvrdí, že přestože obecně lze hovořit o oslabení citlivosti, citlivost na hořkou chuť naopak s věkem stoupá.

Stáří a změna neuronů

Je důležité vědět, že buňky centrální nervové soustavy nemohou být nahrazeny, tudíž pakliže taková odumře, je již navždy ztracená. Celá řada starších lidí v průběhu života prodělala miniaturní mrtvice či mozkové infarkty. Při těchto infarktech v důsledku přerušení lokálního zásobování krví atrofují nepatrné části mozkové tkáně. (Stuart-Hamilton, 1999)

Další přidružené problém spojené se stárnutím a stářím:

Poruchy kognitivních funkcí:

I. Stáří a intelekt

Syndrom demence

Demence je nemoc, ve které dochází k poklesu intelektu, snížení paměti a jiných poznávacích funkcí. Výskyt demence je výrazně podmíněn věkem. S rostoucím věkem výskyt demence stoupá. Demence není onemocnění pouze jednoho člověka. V některých aspektech se významně dotýká kromě pacientů také rodiny, skupiny lidí kolem pacienta a klade značné nároky na společnost. Syndrom demence je tvořen jednotlivými symptomy (kombinace poruch paměti, poznávání, řeči a jazyka, obratnosti, emotivity a sociální adaptace). Ne vždy se ale tyto symptomy projeví u všech pacientů. (Mühlpachr, 2004)

a) Demence Alzheimerova typu

Tento typ, často nazýván také jako Alzheimer, je nejčastějším typem demence. Na svědomí má zhruba 50-70% případů demencí. Příčin tohoto onemocnění je však několik, v mnoha případech hraje nepochybnou roli dědičnost. K projevení nemoci je zapotřebí určitého faktoru prostředí. (Stuart-Hamilton, 1999)

b) Parkinsonova choroba

Parkinsonova je onemocnění způsobené degenerací části mozku označované jako substantia nigra, která je zodpovědná za produkci dopaminu. Pokud člověk trpí jeho nedostatkem, pak je vysoká pravděpodobnost, že se u něj choroba dříve nebo později rozvine. (Stuart-Hamilton, 1999)

II. Paměť

Od raného stáří se objevují nedostatky paměťových funkcí, s nimi pak bývají spojeny obtíže s učením. Dochází ke zhoršování zpracování a ukládání nových informací a vybavování si informací již zapamatovaných. Proto je nutné paměť trénovat, aby se její funkce uchovávaly na přijatelné úrovni po delší dobu. (Vágnerová, 2007)

Dlouhodobá paměť bývá po dlouhou dobu funkční. S touto pamětí se pojí časté vzpomínání seniorů na „staré dobré časy“ a senioři se tak stávají ochránci těchto časů. Vzpomínání na časy minulé a rozhovory s blízkými o těchto časech dávají staršímu člověku pocit bezpečí a jistoty. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007)

III. Deprese

Deprese je doprovázena změnou nálady, dlouhodobým smutkem, špatnou náladou. Její důvody nejsou mnohdy známé. Je častým onemocněním lidí ve středním věku, velmi často však ve věku seniorském. Změna nálady bývá spojována se špatnou životní situací, ztrátou blízkého či tragickou událostí. Smutek po těchto událostech doprovází člověka vždy jen určitou dobu. Pokud smutek přetrvává dlouhodobě, je provázen pocitem vlastní nicotnosti, beznaděje, opuštění, bezvýznamnosti, není to pouhopouhý stav, ale onemocnění - depresi. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007)

IV. Emocionalita

Ve stáří dochází k celkovému zklidnění emocionality a jejího prožívání. Intenzita a frekvence klesají, může však narůstat citová dráždivost. Emoční regulace se může projevovat ovládním nálad, ale i koncentrací na předcházení nepříjemných pocitů. (Vágnerová, 2007)

V. Pozornost

K rychlé a přesné orientaci seniora slouží tzv. senzorický registr. Jde o schopnost zaměřit se a soustředit na důležité informace, zvládnout eliminovat informace nepodstatné, přesunout a rozdělit pozornost podle situace a koordinovat příjem informací. Tyto schopnosti se během stárnutí zhoršují. Pozornost je podmíněna konkrétní situací a typem úkolu. Pakliže se ale jedná o situaci seniorovi dobře známou, vykonává ji téměř automaticky, koncentrace pozornosti se příliš nemění. Příčiny těchto poklesů pozornosti jsou zejména biologické, přispívá k nim ale i nedostatek energie a zhoršení poznávacích funkcí. (Vágnerová, 2007)

System péče o lidi ve stáří

Péče institucionální přichází na řadu tehdy, kdy již není možné, aby žil senior sám ve své domácnosti a pomoc rodinných příslušníků je nedostačující.

(Průša in Dvořáčková, 2012)

Za velký problém stáří se považuje sociální izolovanost, z ní pak vyplývající osamělost seniora. Klesající míra soběstačnosti vede seniora k nucené závislosti na blízkých a leckdy vede i k nucené změně života. Přitom je dále nutné zamezit nevhodnému umístění seniora do institucionální péče, pokud to není ovšem nezbytně nutné. Umístění do instituce je pro seniora specifickou zátěží, kterou senior zvládá velmi těžce a adaptace trvá velmi dlouho. (Vágnerová, 2007)

Nejvhodnějším přístupem je tak nechat setrvat seniora ve svém přirozeném prostředí za terénní pomoci sociálních služeb či rodinných příslušníků. (Průša in Dvořáčková, 2012)

V ČR umírá z nejrůznějších příčin ročně téměř 105 tisíc lidí, a to nejčastěji důsledkem chronických progresivních onemocnění. Rozsáhlý výzkum z roku 2004 ukázal, že společnost není spokojena s úrovní péče, která se dostává lidem na sklonku života. Ačkoliv většina lidí si přeje zemřít doma (75% dotázaných), skutečnost bývá jiná. Většina lidí na sklonku svého života tráví v nemocnicích nebo zařízeních dlouhodobé péče (75%). V polovině těchto případů není věnována dostatečná pozornost psychickému stavu klienta. Je zde vysoká absence kontaktu s rodinou a blízkými.

Samotní pracovníci těchto zařízení hodnotí péči o umírající jako nedostatečnou, nejhůře jsou hodnocena zařízení dlouhodobé péče (domovy důchodců, léčebny pro dlouhodobě nemocné a jiné). Ve stáří se lidé nejvíce bojí bolesti, kterou stáří přinese, ztráty soběstačnosti, psychické deprivace, odloučení od blízkých osob a ztráty vlastní důstojnosti. (<http://www.umirani.cz>)

Důležitost komunikace

Důležitým klíčem k dobré péči seniorů na sklonku jejich života je otevřená komunikace mezi všemi zúčastněnými – nemocným seniorem, rodinnými příslušníky, blízkými přáteli a zdravotníky. Takové setkání a následná diskuze je tou nejlepší cestou, jak zajistit nejlepší možnou kvalitu života pro všechny zúčastněné. Často se ale setkáme s popřením problému a odmítnutí tématu o konci života, takový postoj je v závěru zvláště bolestný jak pro rodinné příslušníky, tak pro samotného pacienta.

O smrti se v naší společnosti těžko hovoří. Často se snáze předstírá, že stav umírajícího není tak vážný, že vše je v pořádku. Ve skutečnosti tento postoj může být pro seniora traumatizující, protože jsou nesprávně informováni o svém zdravotním stavu. To mohou brát jako křivdu.

(Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007)

ZRAKOVÁ POSTIŽENÍ

Hodnota zraku je definována jako pokles zrakové ostrosti pod 6/18 s korekcí na lepším oku. Slabozrakostí je vizus lepšího oka pod 6/18 a 3/60. Do 6/60 se jedná o lehkou formu slabozrakosti, pod 6/69 do 3/60 se již jedná o těžkou formu slabozrakosti.

Nevidomost je při poklesu vizu pod 3/60 do 1/60 včetně, nebo pokud je binokulární zorné pole méně než 10 stupňů, ale zároveň více než 5 stupňů. Skutečnou nevidomostí se uvádí pokles vizu pod 1/60 až světlocit nebo oboustranně zorné pole pod 5 stupňů. Plná slepota je již od světlocitu s chybnou projekcí světla po úplnou ztrátu světlocitu (tzv. amauroza). (Hycl, Trybučková, 2008)

Z časového hlediska lze rozdělit příčiny zrakových vad na prenatální, tedy k vadě, ke které došlo před porodem, perinatální, tedy v době před porodem a krátce po něm, a postnatální, tedy v době po porodu. Dále existují i vady získané, tedy vady, ke kterým došlo v průběhu života jedince.

(Hamadová, Květoňová-Švecová, Nováková, 2007)

Jednotlivé zrakové vady a postižení u starších osob

Retinopatie:

a) Věkem podmíněná makulární degenerace

Příčinou věkem podmíněné makulární degenerace (dále již jako VPMD) je poškození sítnice, přesněji místa nejostřejšího vidění, makuly, neboli žluté skvrny. Oční sítnice je pokryta světločivými buňkami, ty obraz převádí na nervové vzruchy a poté jsou pomocí zrakového nervu vedeny do mozku. Díky tomuto procesu můžeme dobře vidět. (<http://www.degeneracemakuly.cz>)

Ačkoliv může být rozpětí mezi postiženími jednoho a druhého oka v řádech několika let, postižení je oboustranné. (Kolín, 2007)

VPMD postihuje lidi po 50. roce života, v 75 letech je to 30% lidí a stává se tak nejčastější příčinou slepoty u starších lidí. Zasahuje oblast centrálního vidění a znesnadňuje čtení.

S narůstajícím počtem aktivních seniorů se VPDM stává celospolečenským zdravotním problémem. (Hycl, 1999)

Vyskytuje se ve dvou formách: vlhké (exsudativní) a suché (tzv. atrofické). Ačkoliv suchá forma je častější – zhruba 85-90 % nemocných, vlhká forma je nebezpečnější, protože má za následek závažnou ztrátu zraku. (<http://www.degeneracemakuly.cz>)

Vlhká (exsudativní) forma:

Tato forma se vyskytuje přibližně u 10-15 % pacientů s VPMD, může se ale vyvinout i ze suché formy. Průběh nemoci je rychlý – ke zhoršení dochází v průběhu několika týdnů, k praktické slepotě již v průběhu několika měsíců. Příznakem této formy VPMD je zprohýbané vidění – linii nebo obličej vidí pacient vlnitě, zprohýbaně. (<http://www.degeneracemakuly.cz>)

Prognóza exsudativní formy je nepříznivá, neboť onemocnění většinou končí zánikem centrálního vidění. Nehrozí však úplná slepota, protože orientační vidění zůstává zachováno. (Kraus, 1997)

Oproti suché formě zde existuje možnost léčby. Ta je zaměřena na potlačení růstu novotvořených cév – tzv. anti-VEGF terapie.

(<http://www.degeneracemakuly.cz>)



*Pohled člověka s VPMD exsudativní formy
(zdroj: www.degeneracemakuly.cz)*

Suchá (atrofická) forma:

Tato forma VPMD se vyskytuje u 85-90 % pacientů. Průběh nemoci je pozvolný a může se zhoršovat v průběhu několika let, v pokročilé fázi až k celkovému výpadku zorného pole. Počátečními příznaky jsou rozmazané vidění, zhoršené vidění za šera nebo tmy či zhoršené možnosti čtení nebo zaostření na konkrétní objekt. Příčinou je zánik pigmentových a světlocitlivých buněk. Funkční léčba zatím žádná neexistuje, lékaři však doporučují potravinové doplňky s obsahem luteinu, vitamínu E, zeaxantinu a zinku.

(<http://www.degeneracemakuly.cz>)



Pohled člověka s VPMD atrofické formy (zdroj: www.degeneracemakuly.cz)

b) Diabetická retinopatie

V pozdní fázi diabetu se může vyskytnout diabetická retinopatie. Diagnostikujeme ji po více než 10 letech trvání diabetu, ačkoliv tato doba je u každého jedince individuální. (Kolín, 2007)

Vyskytnout se může u diabetu 1. i 2. typu. Ve vyspělých zemích je jednou z příčin slepoty. U diabetu se na poškození oka podílí více faktorů, nicméně společným jmenovatelem je hyperglykémie – vysoká hladina cukru v krvi. Buňky v krvi se neumí s přebytkem cukru poradit, tak jej zpracovávají alternativními cestami. Takové cesty vedou k poškození či zániku buněk oční sítnice a čočky. Jiná část přebytečného cukru se váže na bílkoviny, které pak nemohou správně fungovat a cévy tak ztrácejí svou pružnost a schopnost fungovat. (Picková, <http://www.diabetickaasociace.cz>)

Klasifikace diabetické retinopatie dle Kolína (2007):

- 1) Praeproliferativní retinopatie je předstádiem proliferativní retinopatie. Touto formou bývají postiženi převážně diabetici mladšího věku, kteří jsou závislí na inzulínu.
- 2) Prostá diabetická retinopatie je nejčastější formou. Vyskytuje se u pacientů, kteří překročili střední věk a nejsou závislí na inzulínu. Léčba je méně náročná, vyžaduje pouze dodržení diety nebo užívání perorálních antidiabetik.

Symptomy diabetické retinopatie je proměnlivé až rozkolísané vidění, postupné zhoršování zraku, výpadky zorného pole, v pokročilém stádiu i snížení zrakové ostrosti vedoucí až k diabetické makulopatii. Potíže se mohou projevit i s oslněním a světloplachostí. (Schindler, <http://www.brailnet.cz>) Oftalmoskopie zraku je základním vyšetřením při diabetické retinopatii. (Kolín, 2007)

U diabetika je vyšetření očního pozadí každých 12 měsíců. U pacienta s prostou diabetickou retinopatií je to již každých 6 měsíců. (Hycl, Trybučková, 2008)

Senilní katarakta

Senilní kataraktou označujeme šedý zákal, který postihuje člověka po 50. roce života a u něhož není zjištěna jiná příčina. (Hycl, Trybučková, 2008)

Je zde snížena průhlednost čočky, tedy došlo k jejímu zkalení a čočka se tak stává neprůhlednou, brání průchodu paprsků světla na sítnici a dochází tak k poklesu ostrosti. Vidění tak může být rozostřené a zbarvené do žlutého odstínu. Zkalení mohou doprovázet další příznaky, jako je zamlžené vidění, citlivost na oslnění, značně zvýšená krátkozrakost a zkreslení pozorovaného objektu. Vidění za šera či tmy je značně zhoršené. Rychlost, jakou dochází ke kalení čočky, je individuální a v průběhu času se zkalení zvyšuje. (<http://www.zrak.cz/>)

U lidí nad 75 let věku je velmi častá přítomnost šedého zákalu minimálně u jednoho postiženého oka. (Hycl, 2000)

Dle Hycla (2000) lze vydělit tři druhy šedého zákalu:

1) Nukleární katarakta

Nejsytěji zkalena v jádře čočky, projevuje se zamlženým viděním, pacient se cítí oslněn a pozorovaný předmět vidí zkresleně.

Tento typ šedého zákalu může vyvolat krátkozrakost.

2) Kortikální katarakta

Vyznačuje se klínovitými zákaly v pouzdře čočky, postupně splývají a šíří se směrem do centra. Tyto zákaly způsobují oslnění a ztrátu kontrastu. Kortikální katarakta se vyskytuje u pacientů postižených diabetem a špatně působí na vidění do dálky i do blízka.

3) Subkapsulární katarakta

Projevuje se pozvolna drobnými zákaly těsně pod zadním pouzdrém čočky. I poměrně hustá nevyvolává žádné příznaky. Bývá častá u pacientů s vysokou krátkozrakostí, u pacientů s cukrovkou a dlouhodobě užívajících kortikosteroidy.

Do současné doby se nezjistily žádné účinné léky, kapky či speciální brýle, které by mohly zákal odstranit a vidění zlepšit. Zůstává tu jediná možnost léčby, a tou je operační zákrok, při kterém se z oka zkalená čočka odstraní a nahradí se čočkou umělou.
(<http://www.zrak.cz>)



Pohled člověka s rozvinutou kataraktou (zdroj: www.medicaldaily.com)

Glaukom

Glaukomem neboli zeleným zákalem označujeme skupinu chorobných stavů, při kterých je nitrooční tlak dostatečně vysoký na to, aby došlo k poškození nervových vláken zrakového nervu. Takto vysoký nitrooční tlak je hlavní, ale ne jedinou příčinou. Poškození nervových vláken zrakového nervu se projevuje jako jeho exkavace, změny zorného pole, ale také jako pokles zrakové ostrosti. (Hycl, Trybučková, 2008)

Pro zelený zákal je charakteristická postupná ztráta zraku. Zpočátku jsou to malé výpadky v zorném poli, které nemusí pacient postřehnout, později jsou však výpadky zřetelnější. Pacient ztrácí periferní vidění a místo obličejů lidí a různých předmětů vidí jen stíny či černé skvrny. Pokud zrakový nerv odumře, pacient se stává nevidomým. (<http://www.zeleny-zakal.cz>)

Rozdělení glaukomu lze na dvě výstižná kritéria:

Glaukom uzavřeného úhlu

K tomuto typu dochází v okamžiku nahromadění nitrooční tekutiny a dojde tak k ucpání odtokových cest kvůli úzkému komorovému úhlu. Projevy jsou zarudnutí očnice, bolesti oka, bolesti celé hlavy. Takový záchvat může vyvolat zvracení.

Po léčbě medikamenty akutního stadia nemoci lze tento stav léčit laserovým zákrokem – tzv. laserovou iridotomií, která je rychlá a bezbolestná. Druhou možností je samotná operace.

Glaukom otevřeného úhlu

U tohoto typu dochází k poškození zrakového nervu navzdory tomu, že je komorový úhel dostatečně otevřen. V případě nahromadění nitrooční tekutiny je nasazena pacientovi medikamentózní léčba. Posledním řešením je operace. (<http://www.ocnihb.cz>)

Incidence glaukomu stoupá s narůstajícím věkem a mezi 60. – 80. rokem života je nejvyšší. (Kolín, 2007)

Léčba:

Léčba glaukomu je dnes bezpečná a účinná, nicméně důležitým faktorem hraje včasná diagnóza. Možností léčby je několik: léky snižující nitrooční tlak, laserový zákrok či operace. Léčba pomocí léků snižujících nitrooční tlak je téměř vždy bezpodmínečná.

(<http://www.zeleny-zakal.cz>)



Pohled člověka s rozvinutým glaukomem (zdroj: www.zeleny-zakal.cz)

System sociální péče o lidi se zrakovým postižením

U těžce zrakově postižených starších pacientů je častý problém výrazné sociální izolace. Takový pacient v důsledku několika onemocnění, snížené fyzické aktivity i ubývání psychických sil často nevychází ze svého domova nebo jiného zařízení, kde tráví závěrečnou etapu života. Rodinní příslušníci se zdráhají návštěv nebo bydlí od pacientů daleko. Životní partner a blízcí přátelé bývají po smrti nebo postupně umírají. Do toho se ještě u pacienta vyskytují negativní faktory zrakového postižení, a to zejména u pacientů, kterým byla zraková vada diagnostikována později.

Nastupuje fakt osamělosti seniora, kterou hodnotí naprostá většina klientů z hlediska kvality života negativně. V krajním případě přispívá tato skutečnost k depresivním myšlenkám a touze zemřít. (Galvas, www.brailnet.cz)

V zahraničí se pracuje s programy ergoterapie, logopedie, arteterapie, fyzioterapie, muzikoterapie a realizují se formou ambulantních služeb nebo přímo v domovech. V České republice je pro zrakově postižené dospělé určen ÚSP v Brně a Domov pro zrakově postižené seniory v Praze – Palata, kde zmiňované terapie provozují.

(Květoňová-Švecová, 2000)

Služby Tyfloservisu

Tyfloservis nabízí terénní i ambulantní podporu lidem od patnácti let, kteří mají vážné zrakové postižení. Poskytuje nejen informace, ale i samotný nácvik dovedností, aby mohl takový člověk samostatně zvládat činnosti všedního dne. (informační leták Tyfloservisu)

Jeho snahou je i získání přiměřeného sebevědomí klienta, další jeho sociální rozvoj, ale aby také dokázal rozpoznat své meze a v případě potřeby požádat o pomoc. Tyfloservis se snaží informovat i laickou veřejnost, aby byla schopna odstraňovat a nevytvářet nejen architektonické, ale i sociální bariéry a v případě potřeby poskytnout správnou pomoc nevidomému či slabozrakému. U klientů se zrakovým postižením dále podporuje převzetí odpovědnosti za vlastní život, samostatnost i aktivitu, využití všech potenciálů a podporovat zájem o druhé. (Langrová, <http://www.tyfloservis.cz>)

Přehled rehabilitačních kurzů Tyfloservisu:

- a) Kurz sebeobsluhy (nácvik obsluhy spotřebičů a jiných zařízení, péče o děti a domácnost)
- b) Kurz prostorové orientace a samostatného pohybu (nácvik samostatného pohybu ve vnitřním i venkovním prostředí)
- c) Kurz psaní na psacím stroji či klávesnici počítače (nácvik činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím)
- d) Kurz čtení a psaní Braillova bodového písma (nácvik běžných i alternativních způsobů komunikace)
- e) Nácvik vlastnoručního podpisu
- f) Nácvik sociálních dovedností (nácvik chování v konkrétních společenských situacích)
- g) Nácvik komunikačních dovedností pro osoby s kombinovaným postižením (nácvik běžných i alternativních způsobů komunikace)

(Langrová, <http://www.tyfloservis.cz>)

Přehled jednorázových služeb Tyfloservisu:

- a) Poradenství (úprava klientova prostředí, orientace v možnostech řešení nepříznivé životní situace, pomoc při uplatňování práv a zájmů)
- b) Pomůcky (seznámení se s nabídkou pomůcek a jejich možné zakoupení)
- c) Nácvik dílčích dovedností (nácvik obsluhy souvisejících rehabilitačních a kompenzačních pomůcek)

(Langrová, <http://www.tyfloservis.cz>)

ČLOVĚK SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V KONTEXTU KVALITY ŽIVOTA

Vymezení pojmu kvalita života

S pojmem kvalita života se můžeme setkat napříč disciplínami: pedagogika, antropologie, sociologie, medicína, psychologie, ekonomie, právo, filosofie, politologie atd. Z hlediska psychologie, které nás zajímá především, jej můžeme spojovat s termínem tzv. „well being“ – volně lze přeložit jako **pocit pohody**. Kvalita života se dále váže k problematice uspokojování lidských potřeb, k oblasti sociálních vztahů, potřeby seberealizace atd. (Jesenský, 2007)

V běžném životě je zvykem hovořit o kvantitě života, tedy o jeho délce. Je to prosté, uvádíme ji počtem let a její určení je tak snadné. Kvalita života je ovšem něčím, na co mají různí lidé různé názory. Sémanticky lze slovo „kvalita“ vysvětlit jako „jakost, hodnota“. Kvalita života může být chápána jako výsledek působení faktorů sociálních, zdravotních, ekonomických, či environmentálních. (Dvořáčková, 2012)

Pro kvalitní život ve stáří je důležité, aby si senior vytvořil vlastní program pro volný čas. Abychom zamezili nesoběstačnosti stárnoucího člověka, je důležitá jeho vlastní aktivita. Pro kvalitní stáří je důležité udržení a navazování nových kontaktů, setkávání se s vrstevníky a prohlubování mezigeneračních vazeb. (Langmeier, Krejčířová in Dvořáčková 2012)

Aspekty ovlivňující kvalitu života lze zjistit za pomoci několika zjišťovacích metod: Brooks a Hillman vytvořili index QoL (quality of life), jehož záporné hodnoty označují, že senior dává přednost smrti před tímto způsobem života, dále dotazník Glasgow Outcome Score, který posuzuje kvalitu života v pěti kategoriích (od úplné samostatnosti pacienta po plnou závislost na jiných osobách nebo přístrojích). Mezi nejznámější lze řadit dotazník kvality života SEIQoL, která vychází z předpokladu, že míra spokojenosti, radosti a štěstí každého člověka závisí na subjektivně a interindividuálních věcech. Tato metoda se zajímá o to, co je pro určitého respondenta v současné době důležité. (Jesenský, 2007)

Cíle výzkumné části bakalářské práce:

- Specifikace existujících rozdílů mezi dvěma seniory se zrakovým postižením
- Sledování akceptace zrakové vady u respondenta, který měl náhlou ztrátu zraku v seniorském věku, a respondentky, která přišla částečně o zrak v dětství a poté v seniorském věku
- Vystihnout aktuální situaci, určitě směry podpory, pomoci a péče zaměřené na problémové oblasti vyplývající z výzkumného šetření, navrhnout některá řešení vedoucí ke zvýšení kvality života seniorů se zrakovým postižením

Organizace a metodika výzkumu:

Výzkumné šetření probíhalo v Praze v Domově Palata, která se zabývá péčí o seniory se zrakovým postižením. Sběr těchto dat proběhl bez obtíží zejména díky ochotě a zájmu obou respondentů, muže a ženy, kteří poskytli informace o jejich životě.

Pro získání potřebných podkladů k výzkumnému šetření byly použity metody a techniky sběru dat:

- Analýza odborné literatury
- Narativní rozhovor
- Pozorování

Metoda analýzy odborné literatury – vlastnímu výzkumnému šetření předcházelo studium odborné literatury, které bylo zaměřené na problematiku stárnutí a stáří a problematiku zrakových vad v tomto období

Metoda narativního rozhovoru – využita byla v rozhovoru se samotnými respondenty k naplnění výzkumných cílů

Metoda pozorování – technika sběru informací založená na pozorování jednotlivých biologických a psychosociálních faktorů u respondentů, které jsou předmětem zkoumání

Metoda narativního rozhovoru

Narativní rozhovor (někdy uváděné jako narativní interview) je autorská metoda německého sociologa Fritze Schütze. Tato metoda slouží k tomu, aby tazatel získal od respondenta co nejvíce informací kolektivně-historických v souvislostech zkoumané události. To vše prostřednictvím spontánního vyprávění respondenta, které je jen minimálně vedeno tazatelem. Tato metoda spočívá v tom, že rozhovor donutí respondenta znovu si vybavit a aktualizovat prožitky, které jsou s událostí spjaté. Tím podá tazateli komplexnější informace než jaké by podal pomocí některé standardizované metody. (Bláhová, www.e-polis.cz)

Obecně platí, že tazatel by neměl do vyprávění respondenta nikterak zasahovat a nevnucovat příběhu vlastní strukturu. V této metodě rozhovoru obvykle neexistují předem dané předpoklady, a proto nevyžadují empirické důkazy k prokázání platnosti či pravdivosti. (Lieblich in Gulová, 2013)

Domov pro zrakově postižené Palata

„K Domovu pro zrakově postižené na smíchovské Palatě se jde parkem vzhůru do kopce. Odněkud ze shora je slyšet zpěv. To u fontánky před vchodem se sešlo pár penzistek a penzistů – obyvatelů Domova – a prozpěvují si jednu písničku za druhou: Krásný vzhled je na ten boží svět, Škoda lásky i něco ze Suchého a Šlitra. Někteří se jen vyhřívají na jarním slunci.

Na první pohled oáza pohody a klidu. Není kam spěchat. Proč také? Všichni tu vědí o životě své, nesrovnatelně víc než většina z nás, kteří tam dole někde dole u Anděla nervózně těkáme mezi regály supermarketů. Vědí o ceně sdílené radosti, o moudré střídmosti stáří a také o spravedlnosti smrti.“ (Zeman, 2008, str. 5)

Domov Palata byl postaven roku 1893 v krásném prostředí parku anglického stylu v poklidné části Smíchova za podpory České spořitelny. Ve zkušebním provozu byl tehdy dvacetičlenný personál, 27 klientek a 15 klientů. Kapacita se od té doby navýšila, nyní lze ubytovat až 133 klientů. (<http://www.palata.cz>)

Domov Palata poskytuje komplexní služby lidem se zrakovým postižením, mezi které patří zejména celoroční pobyt klientů v zařízení, výuka sebeobsluhy a prostorové orientace, sociální a psychologické poradenství, dále ergoterapie, kulturní a společenské programy, rehabilitační a ošetrovatelská péče a služby logopeda

Přímo v Domově Palata mohou klienti využít služeb praktického lékaře a dalších odborných lékařů, jako jsou oftalmolog, dermatolog, psychiatr, diabetolog a ortoped. Pro klienty jsou k dispozici kadeřnické služby, pedikúra, masáže, švadlena či kiosky. (<http://www.palata.cz>)

Domov disponuje vlastní zubní ordinací, ve které působí stomatolog. Součástí rehabilitace je elektroléčba, parafinové obklady, ultrazvuk, vířivé koupele, dále cviky na posilování jemné motoriky, rehabilitace na lůžku u imobilních klientů, za pomoci kompenzačních pomůcek nácvik samostatné chůze a další. (<http://www.praha2.cz>)

V rámci psychoterapie působí v Domově adaptační skupina pro nově příchozí klienty. Skupinu vede odborný externista, který pomocí adaptační skupiny usiluje o plynulý a nebolestivý přechod z vlastního domova do zařízení ústavní péče. Klienti obvykle pracují ve skupinách, ale mají i možnost využít individuální konzultace. S ohledem na věk klientů probíhá pravidelné posilování paměti, kondiční cvičení, k dispozici mají denní tisk či zvukovou knihovnu. (<http://www.palata.cz>)

Smyslem terapie je posilování aktivního a tvořivého duševního života klienta a podpora zájmů o dění v Palatě i mimo ní, udržovat kontakt s rodinou a přáteli. Ergoterapie se zaměřuje na posilování kondice klienta a jeho schopností. Takovými činnostmi jsou např. keramika, košíkářství, textilní dílna, vaření či výroba svíček. (<http://www.praha2.cz>)

Domov Palata je svými společenskými a jinými kulturními akcemi otevřená pro širokou veřejnost mimo Palatu. Pravidelně se zde koná úterní kavárna, kterou doprovází program s občerstvením. Vystupují zde jak hudební skupiny, umělecké soubory, tak i známé osobnosti. (<http://www.praha2.cz>)

Rozhovory se seniory se zrakovým postižením

Pan Rudolf

Pan Rudolf se narodil 11.10.1928 v Mělníku. Do první třídy nastoupil ve školním roce 1934/1935. Z této doby má velmi silné zážitky, zejména z dob začátku 2. světové války.

„15. března 1939 jsme přišli asi čtyři pozdě do školy, my jsme přeběhli ulici, když Němci táhli na Prahu. V ten den pan řídící stál před stupínkem a nevynadal nám, nic nám prozatím neřekl. Pak řekl: „Rodiče vám asi neřekli, co se stalo, a vy jste to už asi viděli. Nechod'te si tam pro polévku! Ne abyste očumovali ty jejich pušky, které si postavili na náměstí.“ Varoval nás tím. To byl jeden z mých silných momentů. Najednou začal plakat, my jsme strnuli a začali jsme plakat taky.“

Po základní škole (tehdy tzv. měšťanské) nastoupil na studium gymnázia, avšak zde studium nedokončil. Nastoupil na jednoroční učební kurz a přihlásil se na Obchodní školu v Resslově ulici v Praze. Situace po atentátu na Heydricha zapříčinila, že ani zde nemohl studium započít.

„Dělal jsem zkoušky na Resslovku a sem nás přišlo po atentátu z přihlášených 600 a přijmout nás mohli 90. Tak přijali Pražské, aby s nimi nebyly problémy.“

Nastoupil tedy na obchodní školu v Mělníku, zde mu ale školu po prvním roce zavřeli. Byl proto povolán do totálního pracovního nasazení (tzv. Totaleinsatz), kde působil několik let. Podílel se na rozbíjení německých štuků prvních střemhlavých letadel, kopání protitankových zákopů a jiných.

„Nás strčili do fabriky, tehdy se tomu říkali Totaleinsatz – to byli všichni, které poslali totálně do fabriky. Rozbýjeli se zde německé štuky, první střemhlavá letadla. Pak mi přišlo oznámení, že musím nastoupit na kopání základů, Němci zjistili, že fronta ustupuje, tak nás poslali do Olomouce, tam jsme kopali protitankový zákop. Měl jsem další štěstí, že asi po měsíci nás odvezli před Opavu, to již bylo v Sudetech tehdy. Tam jsme nebyli součástí Kuratoria.“

Po skončení války nastoupil znovu na obchodní školu, kde i střední školu dostudoval. Po studiu nastoupil na základní vojenskou službu, která se protáhla na dlouhých 38 let, až po jeho nástup do penze.

„Odvedli nás na vojnu, kde jsem poté působil 38 let. Až do mých 60 let. Procestoval jsem Kašperské hory, Žamberk, Vimperk, Písek, Sušice, Prahu, Planou u Mariánských lázní, kde jsem se usadil a oženil se.“

V roce 1960 se přihlásil na právnickou fakultu, kterou posléze i vystudoval. Po studiu vysoké školy se oženil a vychoval dva syny. Před nástupem do penze pan Rudolf velmi rád cestoval. Při jedné cestě do Řecka na sobě zpozoroval příznaky makulární degenerace.

„V 1988 jsem byl v Řecku na dovolené, přijel jsem, jeli jsme nakupovat. Jel jsem po cestě, která měla řadu stínů, ostré sluníčko a já se rozhodl, že pustím auto před sebou a pojedu za ním. Pak jsem pochopil, že špatně vidím.“

Tento stav se neustále zhoršoval, až mu byl lékařem doporučen Domov Palata, kam posléze i nastoupil. Zezačátku vnímal nástup do Palaty ne zrovna pozitivně, ale postupně se zde adaptoval.

„Samozřejmě, je tu krásný dům, krásná zahrada. Má první negativní myšlenka ovšem byla taková: „Hochu, je tu krásná zahrada, ale od stínů už se nevychází...“ Ale nakonec jsem se tu adaptoval a teď se mi tu docela i líbí.“

Pan Rudolf má velmi rád procházky přírodou, které si užívá i zde na Palatě. Rád se stýká se svými přáteli a rodinou. Na sobě si nejvíce cení, že dokáže dobře komunikovat s lidmi. Sám tvrdí, že nikdy neměl problém se s někým domluvit.

Čeho si na sobě nejvíce vážíte?

„Že se dokážu domluvit s lidmi. Mokrát jsem řešil nepříjemné situace nejen tady v Palatě a vždycky jsem se z nich dovedl dostat. To se mi povedlo.“

Pokud by měl tři přání, přál by si udržet krok s technikou, kterou nadměru využívá, udržet si zdraví a aby jeho vlastní rodina byla v pořádku.

Co byste si přál, kdybyste měl 3 přání?

„Kdybych měl tři přání... První přání by bylo udržet krok s technikou, to je podmíněno tím, abych viděl. Mám spoustu techniky, která mi usnadňuje život. Dále bych si přál udržet si zdraví a to třetí, mít v pořádku rodinu. Pokud budu mít v pořádku rodinu, pak nemusím mít z ničeho strach. Natolik jsem poznamenan, že pak nemusím mít obavy.“

Paní Emília

Paní Emília se narodila 21.4.1930 na Slovensku v obci Podolie. Pochází ze tří sourozenců, kde ona byla nejstarší. Po nástupu do první třídy se jí během hry s dětmi stal úraz pravého oka. I přes dlouhou hospitalizaci v nemocnici, několik zákroků se oko nepodařilo zachránit.

„Byla jsem 6 týdnů v nemocnici, snažili se s ním něco udělat, ale zornice oka byla natolik poškozená, že se s ní nedalo nic dělat. Možná i proto, že tenkrát nebyla lékařská věda natolik vyspělá.“

Od této doby se stala na pravé oko nevidomá. V Podolie navštěvovala národní i měšťanskou školu, avšak tragédie po roce 1945, kdy zemřel její otec, zapříčinila, že nemohla dále studovat a byla odkázaná na pomoc matce při výchově jejích dvou sourozenců.

„V roce 1945 na konci druhé světové války mi zemřel můj tatínek, bylo mu tenkrát 35 roků, zůstali jsme s maminkou sami. Proto jsem nemohla počítat s nějakou další školou, ale musela jsem být hospodářsky nápomocná mamince.“

V 18 letech nastoupila do výroby v Novém Městě nad Váhom, kde působila 3 roky ve výrobě a 7 let na stejném místě byla ve funkci výchovné pracovníce. V roce 1960 se vdala a o rok později se s manželem přestěhovali do Čáslavi, kde si našla práci v letovisku a působila zde až do svého nástupu do penze.

„Ty roky strávené v práci i v Čáslavi bych hodnotila velmi kladně. Po celou dobu, po 53 letech v Česku jsem se nesečkala s tím, že by mi tu chtěl někdo záměrně ublížit.“

V roce 1963 se paní Emílii narodila jediná dcera, která vystudovala zdravotnickou školu a po roce 1983 se odstěhovala se svým mužem do Prahy. Emília zůstala se svým manželem v Čáslavi, starali se o svou zahradu a užívali si život. V roce 2010 byla jejímu muži diagnostikována rakovina, která postupovala až do celého těla a ještě téhož roku zemřel. Emília zůstala sama, avšak věnovala se dál práci na zahradě, navštěvovala kluby důchodců a stýkala se s přáteli.

„Do určité míry jsem se se smrtí svého manžela vyrovnala. Poté přišel rok 2013 a přišlo to nejhorší, dostala jsem se až sem.“

Roku 2013 paní Emílii její oční lékař diagnostikoval vadu na sítnici a objednal ji na zákrok na další měsíc. Paní Emília se však zákroku nedočkala a jednoho letního rána se probudila do tmy.

„Nejprve jsem si myslela, že v noci byla bouřka a že pozhasínala světla, ale když jsem si zasvítila baterkou a ani ta nesvítla, tak jsem tušila, co se vlastně všechno stalo. Nevěděla jsem ani kolik je hodin. Šla jsem o patro výše ke svým známým, zda by mi mohli pomoci. Okamžitě mě odvezli do Kolína do nemocnice. Vše bylo ale pryč.“

Nastalo několik vyšetření, ale zrak se paní Emílii vrátit nepodařilo.

„Přemlouvala jsem dceru, že musíme zkusit ještě nějaké vyšetření. Nechtěla jsem tomu věřit. Jsem zdravá žena schopná se o sebe postarat.“

Protože se nedokázala o sebe sama postarat, vyhledávali s rodinou zařízení, kde by se o ni mohli postarat. Konečné řešení byla Palata, kam roku 2013 i nastoupila.

„Pro mě to bylo strašně chvíle. Člověk, který obětoval práci celý život, který chtěl za sebou něco nechat. Dostanete pak takovou odměnu, je vám to strašně líto. Neměla jsem ale jiného východiska.“

Začátky v Palatě snášela velmi špatně, ale s postupem času a vlídným přístupem personálu a ostatních klientů si paní Emília na život v Palatě zvykla. Nejvíce si na sobě váží toho, že i přes svůj handicap byla schopná celý život pracovat a nikdy nezneužila systému sociálních služeb.

„Nechci sama sebe chválit, ale já si strašně vážím toho, že i přes to, co se mi stalo v šesti letech, dokázala jsem to překonat. V životě jsem udělala všechno, co jsem mohla. Vždy jsem hledala správnou cestu porozumění s kamarády i se zaměstnanci. Pokud ale máte

ale takovou poruchu zraku, která je mimoto i velmi výrazná, necítíte se dobře. Našli se i takoví, kteří mě neustále sledovali, co to mám s okem, to mi hrozně vadilo. (...) Dokázala jsem 38 roků plně pracovat do úplného důchodu. Máte lidi, kteří mají vadu a hned hledají invalidní důchody, ale já systém nikdy nevyužívala a život si užívala. (...) Na sobě mi ovšem naopak nejvíce vadí, vadit bude i do konce života to, že nevidím. Myslím, že svůj život jsem žila správně.“

Kdyby měla tři přání, přála by si navrátit svůj zrak, aby stejný osud nepotkal i její rodinu a aby již nikdy nemusela zažít válku.

„Kdybych měla přání, byla by nesplnitelná. Přála bych si, aby se mi vrátil zrak, aby moji rodinu nikdy nic takového nepotkalo a ačkoliv tu jsou hodní lidé, tak aby nikdo nemusel řešit takové problémy, jako já a octnout se tady. Tohle už není život. A aby nás nepostihla válka.“

Analýza pozorovaných údajů u seniorů se zrakovým postižením

Oba respondenty lze zařadit do období tzv. pravého září, protože již oba přesáhli hranici 75 let, tedy tzv. čtvrtého věku.

Z biologického aspektu oba respondenti vykazovali výrazné známky stárnutí. Kůže obou respondentů byla velmi vrásčitá a s tzv. stařeckými skvrnami. U paní Emilie byl pohybový aparát značně narušen – chůze byla pomalá, těžkopádná a po i přes krátkou vzdálenost se dosti zadýchala. Taktéž tomu bylo i u pana Rudolfa, který měl však čtyřkolové chodítko, což mu chůzi značně ulehčovalo. Při rozhovoru oběma respondentům činilo značné potíže dýchání. Ačkoliv oba při rozhovoru seděli, činil jim tento dialog místy dýchací obtíže.

Špatnou sluchovou percepci jsem zaregistrovala u obou respondentů, zejména pak u pana Rudolfa, kterému jsem každou svou otázku musela nejméně dvakrát a hlasitěji zopakovat. To se rovněž ztotožňuje s tvrzením Stuarta-Hamiltona, že oslabení sluchu je výraznější u mužů než u žen. Toto tvrzení lze podtrhnout i faktem, že pan Rudolf pracoval v mládí ve výrazně hlučnějším prostředí než paní Emília. Na obou respondentech byly na první pohled patrné zvětšené ušní boltce v důsledku stárnutí, výraznější byly spíše u pana Rudolfa.

Oba respondenti měli velkou zrakovou vadu, která se projevila u obou v důsledku stárnutí (opomeneme-li úraz pravého oka, který se stal paní Emílii v dětství). Zdali došlo u seniorů ke změně intelektu, mně není radno posuzovat. Oba respondenti byli však schopní utřídit si myšlenky a následně spontánně hovořit o svém životě v uceleném kontextu. Ani jednomu z respondentů nedělalo problém si vybavit i sebemenší detaily ze svého života, které považovali za podstatné. Krátkodobá paměť byla u paní Emilie i pana Rudolfa omezenější nežli paměť dlouhodobá, snáze vyprávěli o životě před x lety, nežli o prožívání současných dnů.

Deprese, která často doprovází seniorskou populaci, byla patrná zejména u paní Emilie. Přestože je to již několik let, co ztratila svůj zrak, doted' s tímto handicapem není plně smířená a velmi těžce prožívá situace, které nastaly po její úplné ztrátě zraku.

Oproti tomu pan Rudolf navzdory svému handicapu touží neustále po seberealizaci - vzdělává se v oblasti informačních technologií, vlastní počítač pro slabozraké s hlasovým výstupem a jiné technologické pomůcky pro zrakově postižené.

Zrakové postižení postihlo paní Emílii i v oblasti komunikace s okolím. Krátce po úplně ztrátě zraku přestala komunikovat s blízkými a stáhla se do ústraní. Dnes již dokáže s okolím vcelku dobře vycházet. Pan Rudolf hýří optimismem dodnes a sám tvrdí, že jeho velkou předností je úspěšná komunikace s lidmi. Navzdory svému handicapu a pobytu v Palatě se často a rád podniká nejrůznější setkání se svými přáteli.

Podpora a pomoc seniorům se zrakovým postižením

Výzkumy prokazují, že v roce 2050 bude v České republice tvořit společnost 1/3 seniorů. Tento zvyšující se průměrný věk s sebou nese i zvyšující se zdravotní problémy u lidí v postproduktivním věku. Jedním z těchto problémů je postupná nebo náhlá ztráta zrakového vidění. Výzkum této práce potvrdil, že u respondentů byla právě tato ztráta velmi výrazným životním osudem a momentem, který výrazně pozměnil jejich osobnost a pohled na budoucnost.

Ztráta zraku s sebou přináší pochybnosti v pohybu, senior se cítí nejistě ve společnosti lidí a přichází tak i o své koníčky. Zraková postižení s sebou přináší především izolaci, a to nejenom od lidí, ale také v důsledku nedostatku informací. Měli bychom proto zamezit, aby zrakové postižení nemělo na seniora tak výrazný sociální dopad. V tuto chvíli je důležité poskytnout informace o podpoře, která se seniorům nabízí. Existuje však celá řada programů, které mají za hlavní cíl podporovat kvalitní život lidí v seniorském věku. U nás jsou to např.: občanské sdružení Život 90, nadační fond Veselý senior, KLAS – klub aktivních seniorů, Klub českých turistů a celá řada krajských organizací.

V oblasti kultury lze navštěvovat Knihovny a tiskárny pro nevidomé K. E. Macana, kde je seniorům k dispozici velký výběr namluvených knih. Pakliže není senior technicky zdatný, je zapotřebí naučit jej s MP3 přehrávačem. Zrakově postiženému seniorovi se nabízí i možnost naučit se využívat pomůcky pro domácnost a sebeobsahu. Tyto a další jsou zahrnuty ve službách Tyfloservisu, o.p.s., jejichž výčet byl již v práci zmíněn. Senior může v důsledku deprese na tyto služby stagnovat, proto je nutné pomalými postupy naučit seniora tyto služby využívat za podpory rodiny a blízkých, ti jsou v tuto chvíli nejvlivnějším činitelem.

Pryč jsou již doby, kdy bylo běžné vícegenerační soužití a senioři tak nyní zůstali na některé situace sami. Existuje zde možnost využít sociálně aktivizační služby, kdy seniorům v domácnosti pomáhají profesionální pracovníci.

V neposlední řadě je velmi důležitá podpora lidská a duchovní ze strany rodiny a blízkých. Ta by neměla být opomíjena. Je nutné si připustit fakt, že péče o seniory je srovnatelně důležitá jako je péče o dítě. Děti jsou naše budoucnost, ale senioři jsou naše minulost a ta by neměla být opomenuta.

S přihlédnutím na proběhlý výzkum lze říci, že Domov Palata svou péčí o seniory splňuje podmínky pro plnohodnotné a kvalitní prožívání stáří seniorům se zrakovým postižením. Podpůrná opatření, která zde vedou k udržení kvality života těchto seniorů jsou různorodá – zejména se zde jedná o kulturní a společenské programy pro seniory, která se odehrávají přímo v Domově, ale i mimo něj.

ZÁVĚR:

Stáří je nejenom v naší společnosti výrazným fenoménem, protože se bude týkat nebo se již týká každého z nás. Jedná se o jakousi cílovou rovinku závodu, kterou všichni jednou poběžíme. Současná česká společnost se intenzivně začíná zabývat kvalitou života starých lidí, proto jsem se rozhodla zaměřit svou práci právě tímto směrem.

Předpoklady kvalitního stáří jsou dány mnoha faktory, jako např. způsobem života seniora, jeho životním stylem, zdravím, fyzickou a duševní pohodou či kulturním životem. Významnou roli zde hraje i psychická adaptabilita člověka na změny, které stáří přináší. Subjektivní vnímání kvality života výrazně ovlivňuje prostředí, ve kterém se v tomto období senior nachází. Mnozí si přejí zůstat v domácnosti se svými nejbližšími, což se ne vždy podaří. Ačkoliv pobyt v sociálním prostředí může být pro seniory frustrující, nikdy zcela nenahradí kontakt s nejbližšími, stále je zde možnost navazovat sociální vztahy s vrstevníky, což seniorům může tyto chvíle značně překonat a vyrovnat se s nimi. Spokojený život starých lidí je vyšší tehdy, když se jejich život přibližuje způsobu života ve středním věku.

Pro toto období je velmi důležitá příprava, a to po celý život, neboť jednoho dne budeme i my staří a touto přípravou můžeme připravit podmínky pro kvalitnější a důstojnější život ve stáří.

Cílem této bakalářské práce je specifikace existujících rozdílů v kvalitě života mezi dvěma seniory se zrakovým postižením, kteří mají podobné životní osudy, a spojuje je pobyt v zařízení Palata. U obou respondentů je cílem i sledování akceptace zrakové vady, která u respondentů přišla v odlišném věku života. Dále mou snahou bylo uplatnění teorie o stárnutí a stáří na konkrétních seniorech, a to jak z hlediska biologického, tak psychosociálního. Tato komparace s sebou přinesla pohled na zcela rozdílný přístup k životu po situaci, která byla pro seniory velmi náročná – ztráta zraku. Z šetření dále vyplynulo, že nejpodstatnějším faktorem ovlivňující život obou seniorů je jejich vlastní zdraví. Tato práce může posloužit jako zdroj podnětů směrem k širší veřejnosti, jakožto jiný pohled na kvalitní život seniorů.

SLOVNÍČEK POJMŮ A POUŽITÝCH ZKRATEK

Gerontologie – obor zabývající se problémy stárnutí organismů a chorob stáří

Geriatricie – součást gerontologie, zabývá se chorobami ve stáří

Gerontopedagogika – nauka o vzdělávání a výchově starých lidí

VPMD - Věkem podmíněná makulární degenerace

Vizus – zraková ostrost, schopnost rozlišit dva velmi blízko ležící body

Retinopatie – patologické změny sítnice související s jejím onemocněním

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. Pyramida (Panorama). ISBN 80-7038-044-6.
- AMÉRY, Jean. *O stárnutí: revolta a rezignace*. V českém jazyce vyd. 1. Praha: Prostor, 2008. Střed (Prostor). ISBN 978-80-7260-207-0.
- ANTOŠOVÁ, Danuše, KODL, Miloslav (ed.). *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. ISBN 978-80-85047-49-3.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- ERIKSON, Erik H. *Dětství a společnost*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-380-8.
- GULOVÁ, Lenka a Radim ŠÍP (eds.). *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4368-4.
- HAMADOVÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-159-1.
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
- HYCL, Josef a Lucie TRYBUČKOVÁ. *Atlas oftalmologie*. 2. vyd. V Praze: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-160-4.
- HYCL, Josef. *Oftalmologie: minimum pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1999. Levou zadní. ISBN 80-7254-065-3.
- HYCL, Josef. *Šedý zákal: informace pro pacienty*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-071-8.
- JEDLIČKA, Václav. *Praktická gerontologie: učební text*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.
- JESENSKÝ, Ján. *Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně-edukačních pracovníků tyflopédického spektra*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5.

- KOLÍN, Jan. Oční lékařství. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1325-3.
- KRAUS, Hanuš. Kompendium očního lékařství. Vyd. 1. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-079-1.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání: co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Vyd. 1. Překlad Jiří Královec. Turnov: Arica, 1994. ISBN 80-85878-12-7.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. Oftalmopedie. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.
- MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- NOVOHRADSKÁ, Hana. Vybrané kapitoly z oftalmopedie. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2009. ISBN 978-80-7368-731-1.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. Sociologie stáří a seniorů. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- STUART-HAMILTON, Ian. Psychologie stárnutí. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠIKL, Radovan. Zrakové vnímání. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3029-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- ZEMAN, Milan. Příběh Palaty: ke 120. výročí Domova pro zrakově postižené : 1888-2008. Praha: Pro Palatu - Domov pro zrakově postižené vydal Marcom, 2008. ISBN 978-80-254-2682-1.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

BLÁHOVÁ, Vendula. Schütze: *Místo narativního interview v metodologii sociálních věd* [online]. E-polis.cz, 26. duben 2010. [cit. 2016-04-06]. Dostupné z WWW: . ISSN 1801-1438.

Co je zelený zákal neboli glaukom [online]. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z:

<http://www.zeleny-zakal.cz/co-je-zeleny-zakal>

Co je zelený zákal? [online]. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://ocnihb.cz/zeleny-zakal/co-je-zeleny-zakal/>

Dvě formy VPDM [online]. **2008** [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.degeneracemakuly.cz/dve-formy-makularni-degenerace-VPMD>

GALVAS, Zbyněk. *K problematice kvality života TZP seniorů* [online]. **1999** [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl99/01.html>

Katarakta [online]. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.zrak.cz/ocni-onemocneni/katarakta.html>

LANGROVÁ, Iveta. *Veřejný závazek Tyfloservisů* [online]. **2011** [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/doc/verejny-zavazek.doc>

Palata – Domov pro zrakově postižené [online]. **2007** [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.praha2.cz/file/eH91/katalog-ostatni-zarizeni-soc-sluzeb.pdf>

PICKOVÁ, Klára. *Retinopatie* [online]. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.zrak.cz/ocni-onemocneni/katarakta.html>

REDAKCE UMÍRÁNÍ.CZ. *Eutanázie, kati a vyvolavači* [online]. **2009** [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/eutanazie-kati-a-vyvolavaci>

SCHINDLER, Radek. *Zrakové vady - VI. Retinopatie* [online]. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/zrak/6.htm>

WELLER, Chris. *Cataract Surgery May Be Thing Of The Past: Chemists Discover How Cataracts Form, Suggest Future Prevention Options* [online]. **2013** [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.medicaldaily.com/cataract-surgery-may-be-thing-past-chemists-discover-how-cataracts-form-suggest-future-prevention>

DALŠÍ ZDROJE:

informační leták Tyfloservisů

informační leták Palaty