

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. KATEŘINA CHMELOVÁ

**AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI U OSOB SENIORSKÉHO VĚKU SE
ZAMĚŘENÍM NA ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ**

OLOMOUC 2012

Vedoucí práce: Mgr. Dita Finková, Ph.D.

Prohlašuji, že předložená práce je mým autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Dity Finkové, Ph.D.

V diplomové práci jsem použila literaturu a další zdroje, které jsou uvedeny v seznamu.

V Olomouci dne 11. 6. 2012

.....

Podpis

Ráda bych poděkovala Mgr. Ditě Finkové, Ph.D. za odborné konzultace a pomoc při tvorbě diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala seniorům z Domova pro seniory U Kašny v Kroměříži za umožnění mého výzkum.

OBSAH

I. TEORETICKÁ ČÁST	6
ÚVOD.....	6
1 OSOBA V SENIORSKÉM VĚKU	8
1.1 Stáří a senior.....	8
1.2 Periodizace stáří	9
1.3 Gerontologie.....	11
1.4 Geriatrie.....	11
1.5 Gerontagogika	12
1.6 Gerontopedagogika	12
1.7 Gerontopsychologie	13
1.8 Sociální stáří.....	16
1.9 Historie péče o seniory	17
2 OSOBY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	19
2.1 Vliv zrakového postižení na osobnost.....	19
2.2 Klasifikace osob se zrakovým postižením	20
2.3 Osoby nevidomé.....	22
2.4 Osoby se zbytky zraku	23
2.5 Osoby slabozraké	23
2.6 Osoby s poruchami binokulárního vidění	24
2.7 Oční problematika u seniorů	27
2.8 Glaukom	28
2.9 Katarakta	29
2.10 Desatero komunikace s osobami se zrakovým postižením	30
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY ZAMĚŘENÉ NA SENIORA	32
3.1 Pohled na dnešní situaci	32
3.2 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	33
3.3 Standardy kvality sociálních služeb	38
3.4 Tyflocentra	39
3.5 SONS.....	40
4 AKTIVIZACE PRO SENIORY	42
4.1 Aktivizace ve stáří.....	42
4.2 Motivace seniorů	43

4.3	Aktivizace a demence.....	444
4.4	Společenské programy	45
4.5	Vědomostní a paměťový trénink.....	45
4.6	Ergoterapie	46
4.7	Výtvarné práce	46
4.8	Terapie u seniorů.....	47
4.9	Reminiscence	49
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	52
5	ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	52
5.1	Cíle šetření.....	52
5.2	Výzkumné otázky.....	52
5.3	Výzkumný vzorec	53
5.4	Charakteristika metody výzkumu.....	53
5.5	Domov pro seniory U Kašny v Kroměříži	54
5.6	Přehledy programů pro uživatele Domova pro seniory U Kašny v Kroměříži	56
5.7	Úsek rozhovoru s vedoucí Domova pro seniory U Kašny v Kroměříži.....	59
5.8	Rozbor položek z dotazníku.....	60
5.9	závěr mého průzkumu v Domově pro seniory U Kašny v Kroměříži.....	84
	ZÁVĚR.....	88
	POUŽITÁ LITERATURA:.....	90
	PŘÍLOHA:.....	94
	ANOTACE	

I. TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

Téměř každý člověk přišel do styku s informací, že stárnutí obyvatelstva se stává aktuálním společenským problémem. Vždyť média stále upozorňují na fakt, že staří lidé tvoří v Evropě asi 15% celkové populace a toto číslo se bude jistě v budoucnu zvyšovat. Proto si myslím, že je zcela na místě se o starých lidech dovídat nové informace, poznatky a přemýšlet o problémech, které sebou přináší přibývajícím věku. Vždyť otázka stárání se dotýká každého jednotlivce dříve nebo později. Je důležité si uvědomit, že staří lidé mají své specifické potřeby. Často zapomínáme na to, že i starý člověk chce být aktivním, pro rodinu i společnost užitečným a prožívat svůj seniorský věk v důstojném prostředí. Každý z nás si jistě dovede představit babičku a dědečka, kteří si spokojeně žijí, pobírají zaslouženou penzi, užívají si volných dnů ve svém malebném domečku a jejich děti je velmi často navštěvují s malými vnoučaty. Pozor! Realita může být ovšem úplně jiná. Můžeme potkat utrápeného starého člověka, který se cítí ostrčen lidmi ze svého blízkého okolí a jeho dny jsou až nesnesitelně zaplněny prázdnotou, která nakonec vyústí v zoufalství. Přeji si, ať je takových nešťastných starých lidí co nejméně! Myslím si, že tento problém mohou na vysoké úrovni řešit různá centra a organizace pro seniory, tak i samotné domovy pro seniory. Smyslem méj diplomové práce je shrnout několik poznatků o lidech, kteří došli do etapy stárání a dotknout se jejich kvality života.

V první kapitole vám chci představit seniora, jako osobu procházející obdobím stárání a jeho následnými fyzickými, psychickými i sociálními změnami. Také se zde seznámíte s vědami, které zkoumají jedince v období stárání a v neposlední řadě nesmíme zapomínat i na historii v péči o seniory. V druhé kapitole vás chci provést problematikou zrakových postižení a oční problematikou vyskytující se často v seniorském věku. Třetí kapitolou chci navázat na organizace, které poskytují pomoc a podporu lidem, u kterých se vyskytuje zrakové postižení a přiblížit zákon o sociálních službách. V závěrečné kapitole teoretické části chci mluvit o aktivizaci seniorů, jejich motivaci a popsat několik aktivit i terapií, které lze se seniory účinně vykonávat.

Součástí diplomové práce je i praktická část, ve které jsem se pokusila o svůj první výzkum, který je zaměřen na účast a zájem o aktivizační činnosti v zařízení – Domov pro seniory U Kašny v Kroměříži.

Cílem méj práce je přiblížit člověka, jako seniora s jeho omezeními v bio-psycho-sociálních oblastech, poukázat na sociální služby určené seniorům a upozornit na změnu v přístupu v péči

o tyto osoby. Hlavním cílem je zdůraznit význam aktivizačních činností a terapií na kvalitu života pro seniora žijícího v domově pro seniory. Aktivní trávení volného času je důležitým prostředkem pro rozvoj osobnosti i ve vyšším věku. Výzkum nám podá výsledek, zdali i sami senioři z Domova pro seniory u Kašny v Kroměříži jsou s těmito aktivitami spokojeni a berou je jako součást svého denního programu.

Doufám, že text poslouží široké veřejnosti jako průvodce změn u osoby v seniorském věku a přiblíží smysl aktivizačním činnostem pro starého člověka.

1 OSOBA V SENIORSKÉM VĚKU

Hned na začátku úvodu se blíže seznámíme s osobou „držící“ status seniora a s pojmem stáří. Dále uvedeme periodizaci stáří z pohledu několika autorů. Po té se zaměříme na vědy zabývající se lidmi v seniorském věku a okrajově si popíšeme psychické i biologické změny v období stáří. Nesmíme opomenout téma sociální stáří a s ním spojenou problematiku s odchodem do penze. V závěru si krátce povíme o historii v péči o seniory.

1.1 Stáří a senior

Petřková, Čornaničová (2004) označují za seniora člověka žijícího v období stáří. Pojem senior se ve vzdělávací praxi začal používat hlavně proto, že je významově neutrální. Zatím neexistuje jiné emočně nezatížené obecné označení pro člověka v celém věkovém období stáří. Systémově navazuje na pojem sénium. Je pro všechny jasný a flexibilní. A v neposlední řadě je příznivě přijímán a používán i samotnými lidmi, jenž touto životní etapou právě prochází. V ekonomické literatuře můžeme najít pro seniorské období termín „postproduktivní věk“. Z hlediska gerontagogiky je jeho používání považováno za neadekvátní.

„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami).“ (Kozáková, Müller, 2006, s. 9)

„Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří. A protože existuje odklon od osobní problematiky stáří, stává se, že se zvyšuje propast mezi mládím a stářím. Člověk moderní doby prostě nechce vidět, nechce slyšet, nechce být starý.“ (Haškovcová, 2010, s. 9)

„Stárnutí znamená souhrn procesů probíhajících s časem, které mají zpravidla nevratný charakter a které nakonec vedou k smrti. Nejdůležitější z příznaků stárnutí je pokles životaschopnosti, který nastává s časem, větší pravděpodobnost zániku jedince.“ (Hrůza, 1966, s. 7)

Mühlpachr (2004) hovoří o stárnutí jako o celoživotním procesu, jehož involuční projevy se stávají viditelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decennia. Tyto projevy jsou v závislosti na náročnosti prostředí.

Starý člověk je nazýván geront. Označení geront se používá pro starého člověka kteréhokoliv pohlaví. Geronti tvořili ve Spartě privilegovaný „sbor starců“ radících králi. Termín stařec a stařena je odborně správný, a však laikům se pod tímto pojmem vybaví člověk těžce stářím poznamenaný. Často se mluví i o „přestárých“. Tento výraz však působí urážlivě a surově. Synonymem pro stáří je senilita. I tento termín je hanlivý. Přídavné jméno senilní se v praxi často volí nesprávně při nejasných stavech starých lidí. Například se senilní anémií nebo se senilní anorexií jsou geronti často posíláni do nemocnic. Lékaře to pak svádí k lékařskému pesimismu a k negativnímu terapeutickému postoji. Označení „senilní“ by se mělo spíše používat pro patologické jevy vyskytující se výhradně ve vysokém věku. (Pacovský, 1981)

1.2 Periodizace stáří

V naší společnosti se vymezuje stáří kalendářním věkem. Dnešní senioři jsou poměrně zdatní, tak se hranice periodizace stáří může neustále měnit. S věkovou hranicí stáří je spojena i aktuální politická otázka s odchodem do penze.

Petřková, Čornaničová (2004, s. 27) uvádí periodizaci seniorského věkového období z hlediska gerontagogiky:

- 60-74 let mladý senior,
- 75-89 let starý senior,
- 90 a více let velmi starý senior.

Dle Příhody (1974, s. 229) v Ontogenezi lidské psychiky:

- od 60 do 75 let senescence,
- od 75 do 90 let kmetství,
- od 90 let patriarchium.

V prvním období senia se projevuje stárnutí v míře určené původní kvalitou zárodečné buňky, působením vnějších vlivů a životosprávou. Organismus je v tomto období poměrně zdatný a odolný. Za senescence jsou involuční změny pozorovány pouze zevnějšku. Druhá etapa se projevuje u většiny seniorů stále větším chátráním, involuční změny se postupně zvětšují, a mění se i odolnost organismu. Degenerace zasahuje různé orgány, které mají druhotné následky, např.

lokomoční nejistota zavinuje osudné úrazy. Pro tuto vývojovou etapu je charakteristický odklon od materiálních hodnot k duchovním, od extroverze k introverzi, od extrospekce k introspekce a od altrocentrismu k egocentrismu. Se třetí etapou přichází tělesná zasklost, zmenšená hybnost a pozloutlost. V období nad devadesát let se vyskytuje psychický ponor. Pevné rodinné a přátelské vazby jsou doslova zpřetrhány úmrtím. Člověk je osamělý, protože prostředí se stalo jen stykovým, místo niterně spjatým. Osoba v tomto věku zažívá vhléd do neodvratného blízkého konce.

Vágnerová (2007, s. 299, s. 398) uvádí periodizaci ve dvou stupních seniorského věkového období:

- 60-75 let rané stáří,
- 75 a více let pravé stáří.

Švancara in Šimíčková, Čížková (2010, s. 143) udává zcela jiné periodizační schéma, které proces stárnutí řadí již do věku po čtyřiceti letech:

- od 46/48 do 65 let stárnutí (presenium),
- od 65 let stáří (senium),
- od 75 let vysoký věk.

Haškovcová (2010, s. 21) používá následující členění i s názvy z odborné literatury:

- 65-75 let young old, „mladí senioři“,
- 75-84 let old, old, „staré, staré“,
- 85 let a víc very old, old, „velmi staří, staří“ neboli dlouhověcí.

Ztotožňujeme se s názorem Kurici (1986), že vymezení začátku stáří je jen statistický průměr. Vždyť i 65letý jedinec si může připadat jako „poměrně“ mladý. Stáří je jevem objektivním i subjektivním. Je zde řada objektivních změn motoriky, vnímání, paměti a myšlení, které lze měřit. Však významnou roli zde zastávají subjektivní pocity stárnoucích lidí, které mají pro danou osobu daleko větší význam. Důležitý okamžik v životě je ten, kdy si jedinec své stáří poprvé plně uvědomí. Pro některé lidi je první setkání se svým vlastním stářím nečekané. Tito lidé si zatím nevytvořili časovou perspektivu a nachází se v adaptačních nesnázích. Odchod ze zaměstnání je nejčastějším startem k tomuto existenčnímu problému.

1.3 Gerontologie

Gerontologie (etymologicko odvozeno z řeckého gerón – stařec, logos – slovo) je přírodní věda zabývající se problematikou stárnutí a stáří. Je to věda interdisciplinární, integrovaná a komplexní. Její poznatky vychází z biopsychosociální podstaty člověka a procesu stárnutí. Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí, vypracovává vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a také pro komplexní péči o seniory. (Mühlpachr, 2004)

Kalvach (2004) uvádí, že gerontologie se tradičně dělí do tří hlavních proudů:

1. **Gerontologie experimentální** (biogerontologie a psychogerontologie) zkoumá příčiny a mechanismy stárnutí živých organismů. Těžištěm je zde biologický výzkum.
2. **Gerontologie sociální** se zabývá vzájemným vztahem starého člověka a společností, co staří lidé od společnosti potřebují, jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj.
3. **Gerontologie klinická** (geriatrie) se věnuje zdravotnímu stavu, nemocem a chorobám ve stáří, vyšetřování, průběhu léčení a funkčním stavem starých lidí.

V roce 1950 byla založena mezinárodní gerontologická společnost, která později iniciovala vědecko výzkumné, společensko-mobilizační aktivity vztahující se k procesu stárnutí. (Petřková, Čornaničová, 2004)

1.4 Geriatrie

Geriatrie je samostatný lékařský obor. V České republice je tato věda uznána od roku 1982. Zabývá se lékařskou péčí u osob seniorského věku, zejména zvláštností diagnostiky, terapií chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik. V neposlední řadě klade důraz na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti.

Do geriatrických cílů řadíme:

- včasné rozpoznání akutních i chronických onemocnění a jejich léčbou zvýšit šance starého pacienta uchovat si dobré zdraví,
- uplatnění metod primární a sekundární prevence,

- dosáhnout co nejvyšší funkční zdatnosti, aktivity, soběstačnosti a nezávislosti na prostředí, ve kterém pacient žije,
- přispívat k udržení kvality života.

V geriatrice se využívá komplexní přístup a koordinovaná týmová péče. (Topinková, 2005)

1.5 Gerontagogika

Gerontagogika je vymezována jako hraniční vědní disciplína na pomezí andragogiky jako vědy o výchově a vzdělávání dospělých a gerontologie jako vědy o stárnutí a stáří. Předmětem gerontagogiky je studium a systematizace poznatků týkajících se široce chápané edukace ve vztahu k seniorskému věku člověka. (Petřková, Čornaničová, 2004)

„Z hlediska generačně-cílové orientace edukačních aktivit zahrnuje předmět gerontagogiky:

- ***vlastní seniorskou edukaci, která představuje těžiště zkoumání,***
- ***preseniorskou edukaci jako přípravu na stáří,***
- ***proseniorskou edukaci zaměřenou na společenskou podporu stáří a na mezigenerační porozumění.***“ (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 19)

Petřková, Čornaničová (2004) pojednávají o gerontagogice jako o specializované andragogické disciplíně. Senioři jsou dospělými lidmi tvořící cílovou skupinu gerontagogiky. Gerontagogika patří do věd o člověku a společnosti, se zaměřením na cílovou skupinu v seniorském věku a na jejich edukaci.

1.6 Gerontopedagogika

V užším slova smyslu je pojímána jako pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů. Lze uvažovat o výchovném působení na staré lidi, o sebevýchově a sebevzdělávání, o celoživotním vzdělávání, o učícím se jedinci a o vzdělávaném jedinci v průběhu celého života.

Jestliže mluvíme o gerontopedagogice v širším slova smyslu, tak ji prezentujeme jako teoreticko empirickou disciplínu zabezpečující komplexní péči, pomoc a podporu seniorům při

uspokojování jejich potřeb v nemedicínském prostředí, ale paralelně s ním. Gerontopedagogiku chápeme jako multioborovou disciplínu, ve které se prolínají poznatky ze sociální práce, lékařství, psychologie, sociologie, andragogiky a práva. (Mühlpachr, 2004)

Myslím si, že tyto disciplíny vedou společnost k překonání názoru, že vzdělávání a výchova je hlavně určena pro děti a mládež. Jejich hlavním cílem je vést společnost k procesu celoživotního vzdělávání. V tomto pokroku vidím velkou naději a možnost seberealizace pro seniory, kteří dříve neměli možnost se vzdělávat, a to z různých důvodů v minulosti. Navíc dnešní společnost nabízí seniorům institucionalizované formy vzdělávání, např. Univerzity třetího věku, Akademie třetího věku, Kluby aktivního stáří, Univerzity volného času atd. Je třeba vzdělávat i laickou veřejnost s otázkami stáří a stárnutí, protože dnešní populace stárne a průměrný věk se stále zvyšuje, tak postupem času bude pro každého z nás důležitá zvyšující se kvalita života v tomto životním období.

1.7 Gerontopsychologie

Gerontopsychologie čerpá z gerontologie a je součástí vývojové psychologie. Jejím předmětem je studium psychických změn v procesu stárnutí. Zabývá se psychickými funkcemi v souvislosti s biologickými procesy a ve vztahu k sociálnímu prostředí. Hlavním cílem, této docela mladé vědní disciplíny, je výzkum ve zpomalení nepříznivých změn v psychice v důsledku stárnutí a rozvoj adaptačních schopností u jedince. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Čížková a kol. (2003) uvádí, že dříve se ve výzkumech objevoval názor prosazující vědomé stažení seniorů, které jim mělo pomoci překonat problémy s úbytkem fyzické a psychické síly. Starý člověk výstupem ze svých původních sociálních rolí má možnost prožít své stáří klidně, protože nemá žádné sociální úkoly, není porovnáván s mladšími, silnějšími a úspěšnějšími lidmi. Dále není nutné, aby si staří lidé uchovávali instrumentální aktivitu, ale spíše se věnovali konzumním částem života.

Pro **psychické změny** ve stáří je charakteristický nástup celkové pomalosti, obtíží v zapamatování a vybavování, snížená frustrační tolerance, zhoršení adaptačních schopností. atd. Na druhou stranu staří lidé bývají rozváznější a trpělivější, než byli dřív. Se stářím je spojeno zhoršování zrakové a sluchové ostrosti, které bývá často spojeno s úmyslným nevyhledáváním sociálních kontaktů, následně vedoucí k pocitům osamělosti podmětové deprivace. Zvyšuje se i

doba zaregistrování a zpracování informací. Velmi známým projevem stárnutí je celkový útlum paměťových procesů, tj. ukládání i vybavování informací. Proto se často setkáváme s prezentací starých zkušeností, které mají za úkol kompenzovat nedostatky aktuální paměti. Je proto důležité paměť trénovat. V neposlední řadě nesmíme zapomenout na úpadek inteligence. Fluidní inteligence, schopnost zpracovávat nové informace a hledat nová řešení, je nejvíce zasažena kvalitativním úbytkem. Zato krystalická inteligence, dříve získané znalosti, je zasažena méně. Pro seniora je typická zpomalenost při výkonu určité činnosti, ale je schopen ji udělat. Staří lidé dávají stále více přednost rutině a stereotypu. Často si můžeme povšimnout jejich nechuti ke všem novotám. Lpění na stereotypu se projevuje rovněž moralizováním. Ve stáří lidé ztrácejí zájem o své okolí a více se koncentrují na sebe a mají sklon k sebepozorování. Starý člověk bývá natolik zatěžován vlastním organismem, že jej nedokáže upoutat nic jiného. (Vágnerová, 2000)

Mühlpachr (2004) uvádí, že ve stáří je důležitá potřeba být nadále aktivní a mít pocit užitečnosti. S odchodem do důchodu je spojen úbytek sociálních kontaktů a snížená možnost komunikace. Jedinec tak ztrácí svou profesní roli a funkční identitu. Nyní má roli, která má charakter ne-role. Tato nová ne-role ho často demoralizuje a snižuje jeho vlastní hodnotu. V této fázi pomáhá kompenzační mechanismus vzdělávání starší populace. Vzdělávací aktivity přispívají k pocitu důstojnosti, životního uspokojení, k začlenění do společnosti a k fyzickému i duševnímu zdraví. Vzdělávání pomáhá i starším lidem k lepšímu pochopení života ve stáří měnícím se světě. Díky novým informacím má senior možnost volby jak uspořádat svůj vlastní život, a tak být psychicky vyrovnanější a spokojenější.

Biologické stárnutí se projevuje viditelným poklesem tělesné hmotnosti a výšky. Průvodním jevem je i ztráta rychlosti, pružnosti a hbitosti pohybů. Ubývá také svalová výkonnost, což negativně ovlivňuje motorické dovednosti jedince. Funkční známka nedostatečnosti se při vyšší zátěži objevuje i u srdce. Proto je u jedné třetiny starších osob nejčastější příčinou smrti infarkt myokardu. Dále z vnitřních orgánů jsou zasaženy plíce, kdy největší riziko jejich selhání hrozí ležícím seniorům. Ke ztrátě tělesných sil a duševních schopností přispívá onemocnění cévního systému, zejména kornatění tepen. Prevence tohoto onemocnění spočívá v úpravě stravovacích zvyklostí a vyhýbání se zátěžovým situacím. Je důležité zmínit postupné ubývání počtu neuronů, nervových buněk. Což má za následek zpomalující se reakce gerontů, obtížnost v rozpomínání a učení, zhoršení slovního vyjadřování, chvění končetin, vratkost, těžkopádnost, snížená odolnost k nepříznivým vlivům a adaptace na změny v prostředí. Mozek stárne pomaleji, oproti jiným orgánům v těle, a po šedesátém roce života dochází ke zmenšení jeho váhy. Hypofunkce žláz s vnitřní sekrecí má také vliv na změny v chování člověka, např. ospalost, změny

v intelektu, ztráta vitality, řidnutí vlasového porostu, křehkost kostí, lámavost vlasů atd. (Šimíčková, Čížková, 2010)

Viditelné změny se projevují na kůži. Kůže je vrásčitá, suchá, tenká, zmačkaná a má žlutavý nádech. Dále se na ní objevuje pigmentace a to především na rukou a předloktí, méně v obličeji. Stářím jsou zasaženy i vlasy. Šedivění vlasů je známým pojmem stárnutí a je geneticky podmíněno. Dalším viditelným stigmatem stáří je vypadávání vlasů a plešatění. Prořídnutí vlasů je rychlejší u žen než u mužů. Růst nehtů je zpomalen a to zejména u mužů než u žen. Typické jsou podélné rýhy a brázdy na nehtech. (Pacovský, 1981)

„Smysly slouží mozku jako nástroje kontaktu s okolním prostředím, z čehož logicky vyplývá, že jakýkoliv úpadek smyslů přímo ovlivňuje funkci mozku. Stárnutím podmíněné zhoršování vnímání zbavuje mozek možnosti plně prožívat okolní svět.“ (Stuart, Hamilton, 1999, s. 27)

- **Zrak:** Oči u gerontů jsou zapadlé a to z důvodu ztráty orbitálního tuku. Postupně dochází ke zhoršení akomodace, tj. schopnost zaostřovat na dálku. Akomodace vede k presbyopii neboli vetchozrakost, stařecká dalekozrakost. Většina starých lidí trpí ztrátou zrakové ostroty, která vede k neschopnosti zaostřit na detail. Nejčastějším onemocněním je senilní katarakta (šedý zákal) a glaukom (zelený zákal).
- **Sluch:** Sluch v průběhu dospělosti postupně slábne. Míra oslabení sluchu se zvyšuje vlivem prostředí a důsledkem vlastního stárnutí. Velkou záhadou gerontologie je fakt, že se během stárnutí o několik milimetrů zvětší ušní boltec. Nejrozšířenějším typem sluchového oslabení u starých lidí se nazývá presbyakuze, tj. nedoslýchavost stárnoucích. Při tomto stavu dochází k výraznému zhoršení vnímání zvuku o vysoké frekvenci. Dále staří lidé trpí tinitem, tj. zvonění v uších.
- **Chuť:** Chuť je výrazně slabší. Tvrdí se však, že s přibývajícím věkem stoupá citlivost na hořkou chuť.
- **Čich:** Čich je na tom lépe. U zdravých lidí s věkem v podstatě neslábne. U nemocných gerontů je jeho slábnutí značně citelné.
- **Hmat:** Geront má vyšší hmatový práh citlivosti, to znamená, že je potřeba větší stimulace kůže, aby byl dotek zaregistrován. Klesá i citlivost k teplotě předmětů.
- **Bolest:** Geronti mají zvýšený práh citlivosti na bolest. (Stuart, Hamilton, 1999)

Problematice zraku se budeme podrobněji věnovat ve druhé kapitole.

1.8 Sociální stáří

Pro sociální stáří je charakteristická kombinace několika sociálních změn. Vše začíná odchodem do důchodu. Pro některé jedince to znamená ztráta smyslu života, protože jejich profese pro ně vytvářela sociální postavení.

Haškovcová (2010) popisuje nejčastější typy reakcí na stáří a hlavně na odchod do penze:

1. **Strategie konstruktivnosti** (je ideální formou adaptace na stáří, jedinec se i nadále těší ze svého života, je přizpůsobivý a tolerantní, navazuje nové vztahy a udržuje i ty stávající, má smysl pro humor a okolím je přijímán jako milý starší člověk),
2. **Strategie závislosti** (jedinec má tendenci k závislosti a pasivitě, spoléhá na druhé, že se o něj postarají, pracovní kariéra nebyla pro něj dominantou života, preferuje domácí zázemí a možnost odpočinku v ústraní),
3. **Strategie obranného postoje** (jedinec žil hlavně pro práci, aktivně se zapojoval do společenského dění, celoživotně se vykazoval vysokou mírou nezávislosti a nyní se bojí závislosti, obvykle nerespektuje stanovený den odchodu do starobního důchodu),
4. **Strategie nepřátelství** (jedinec nebyl ve svém osobní životě příliš úspěšný, má tendenci svůj nezdar svalovat na druhé a mladší lidi, bývá podezíravý a agresivní, chybí mu realistický postoj k problematice vlastního stáří, je mrzutý, závistivý a nepříjemný na celý svět, odchází do ústraní),
5. **Sebenenávist** (tento jedinec obviňuje sám sebe a svůj život hodnotí s pohrdáním).

Pacovský (1981) se zamýšlí nad otázkou pracovní schopnosti lidí v seniorském věku. S věkem se moc nemění senzomotorická reakce, ale snižuje se schopnost provádět stereotypní úkony. Klesá i pozornost a její rozdělení. V manuální práci jsou starší lidé pomalejší, ale zato důkladnější a přesnější. Dobrý pocit z odvedené práce pozitivně ovlivňuje zdravotní stav jedince. Pokud je starý člověk zařazen do pracovního procesu, tak by měl vykonávat vhodné zaměstnání. Vhodné zaměstnání po medicínské, subjektivní a společensky přijatelné stránce.

Dnes se často setkáváme s pojmem **ageismus**, v českém překladu „věkismus“. Tento pojem zavedl americký gerontolog Robert N. Butler v roce 1968, aby popsal mýty obklopující stáří a hluboké předsudky vůči stáří, které jsou ukotveny v každém z nás. Ageismus je nová forma diskriminace osob vyššího věku. Manifestuje se stereotypy a mýty, otevřeným opovržením a averzí, vyhýbáním se kontaktu, diskriminačními praktikami v bydlení, v zaměstnání a službách, kreslenými seriály a vtipy. Obětí ageismu se může stát kdokoli, protože všichni

směřujeme ke stáří. Diskriminační postoj poškozuje funkčnost této celé společenské jednotky. Ageismus má negativní vliv na sebehodnocení starších lidí. Staří lidé jsou vnímáni jako senilní, nesmlouvavý ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech atd. Extrémními polohami vztahu ke starším je gerontofobie. (Pešák, 2007, [online])

1.9 Historie péče o seniory

Prvotní společnosti neznaly formy institucionalizované péče. V náboženském proudu se táhl názor, že nemocní jsou posedlí zlým duchem. Tento názor přetrvával až do středověku. Zdravotní péče byla postavena na magických ochranných symbolech a exorcismu jako způsob léčby. Postupně se začalo vyvíjet lidové léčitelství, které i dnes připadá jako alternativa vědecké medicíny. (Mühlpachr, 2004)

Haškovcová (2010) charakterizuje péči o staré lidi ve třech vývojových stádiích:

1. charita,
2. obec,
3. stát.

Předpokládá se, že péče o staré lidi byla v minulosti praktikována v rámci rodiny. V době křesťanství měla péče o staré lidi charitativní charakter. Tato péče byla prováděna kněžími ve středověkých špitálech nebo v klášterních nemocnicích. Cílem jejich činnosti bylo materiální zajištění starých a nesoběstačných lidí. Ve 14. století se začíná budovat systémová péče a postupně v částech Evropy vznikají „domovy pro staré osoby“ neboli starobince, chudobince. V polovině 19. století spadá povinnost poskytnout nutnou výživu a opatření v nemoci na obec, pokud se pomoc nedostane od dobročinných ústavů. Postupem času za celý systém převzal odpovědnost stát. Jistě stojí za zmínku Masarykovy domovy v samostatném Československu, které neměly v Evropě obdoby. Objekt Masarykových domovů v Praze – Krči čítal 21 budov (starobince, chudobince, ozdravovny a zotavovny, dětský chorobinec) a v celém objektu se nacházelo 3256 lůžek.

O dnešní době si myslím, že pracovní vypjetí a životní styl „mladé generace“, sebou přináší strach pro naše matky, otce, babičky i dědečky a přináší mnoho smutných otázek „Co se mnou bude, až se nebudu schopen o sebe postarat...“. Ano, téměř všichni tito nesoběstační staří lidé nakonec končí v Domovech pro seniory. Jejich rodina nemá tolik času na péči o své nejstarší členy rodiny, a proto jsou tito členové „jednoduše odsunuti“ do institucionalizovaných domovů.

Naším úkolem je alespoň vytvořit co nejpřirozenější prostředí a pomoci těmto lidem v hledání nových sociálních rolí, aby tento přechod nebyl tak nepříjemný a stresující.

Ve druhé kapitole se seznámíme s kategoriemi osob se zrakovým postižením, s typem a výskytem zrakových poruch, která často postihují osoby seniorského věku.

2 OSOBY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Ve druhé kapitole si povíme něco o zrakovém postižení a jeho možném vlivu na osobnost člověka. V následujících podkapitolách vás provedeme klasifikací osob se zrakovým postižením a budeme se věnovat charakteristice osob se zrakovým postižením podle speciální pedagogiky. Dále se zmíníme o oční problematice u seniorů a seznámíme se podrobněji s očním onemocněním jako je glaukom a katarakta. A v samém závěru kapitoly si řekneme o tom, jak komunikovat s osobou se zrakovým postižením.

2.1 Vliv zrakového postižení na osobnost

„Závažné zrakové postižení vytváří situaci senzorické, resp. informační deprivace. Jedinec se zrakovým postižením nemůže snadno a přesně vnímat všechny vizuální informace, resp. pro něho tato dimenze vnějšího světa vůbec neexistuje.“ (Vágnerová, 2008, s. 195)

Slowík (2007) uvádí, že zrak můžeme bez nadsázky považovat za jeden z nejdůležitějších smyslů pro člověka. Využíváme jej jako primární smysl při získávání až 90% všech informací.

Pokud je zrakové vnímání omezeno, a tím i přísun podnětů získaný vizuální cestou, je třeba tento deficit kompenzovat a to:

- sluchovým vnímáním, (Sluchové schopnosti bývají více rozvinuty, jsou citlivější a diferencovanější. Je mylné se domnívat, že jde o vrozenou schopnost. V tomto případě jde o důsledek učení a zvýšeného užívání při orientaci v prostředí.)
- hmatovým vnímáním, (Hmat se musí také systematicky cvičit a zdokonalovat. Hmatové vnímání je analytické – celkový obraz vzniká skládáním jednotlivých vjemů. Je to velice zdoluhavý proces, který je navíc náročný na pozornost, paměť a myšlení. Haptickým prostorem nazýváme dosah obou rukou. Hmatové vnímání je tedy omezeno na plochu, jež pokryjí obě ruce, a proto nevidomí dávají přednost verbálně prezentovaným informacím.)
- sluchovou paměť. (U lidí se zrakovým postižením je opět lépe vyvinuta a jsou na ni ve značné míře i odkázáni.) (Vágnerová, 2008)

Zrakové postižení má vliv na rozvoj celé osobnosti člověka. Ovlivňuje jeho psychický, motorický, kognitivní i sociální vývoj. Každý jedinec se vyrovnává se zrakovým postižením

jinak. Vždy záleží na charakteru, etiologii, závažnosti vady, na věku, kdy k postižení došlo a na dalších jiných faktorech. (Finková, Ludíková, Růžicková, 2007)

Jistě tedy záleží na osobnosti člověka, jak se s daným postižením dokáže vyrovnat. Myslíme si, že je velmi důležitá podpora, jak ze strany rodiny, tak i ze strany společnosti. Dnešní doba osobě se zrakovým postižením jistě napomáhá. Je zde řada možností a nabídek. Jak po stránce zdravotní péče, tak i po stránce vzdělávací a technické. Je třeba říci, že jedinci se zrakovým postižením jsou často vyřazováni z pracovního procesu, což by se v budoucnu mohlo jistě zlepšit.

U zrakového postižení je důležité znát dobu vzniku, etiologii a délku jeho trvání.

Kritérium doby vzniku zrakového postižení člení jedince s postižením zraku:

1. vrozeným,
2. získaným.

Etiologické hledisko rozlišuje osoby se zrakovým postižením na jedince s poruchou:

1. vadu orgánovou (nevidomí, se zbytky zraku a slabozrací),
2. vadu funkční (poruchy binokulárního vidění – tupozrakost, šilhavost).

Z pohledu délky trvání zrakového postižení se jedná o jedince se zrakovým postižením:

1. akutním (krátkodobé),
2. chronickým (dlouhodobým),
3. recidivujícím (opakujícím se).

(Ludíková, 2006)

Zrak nám dodává maximum informací v minimálním čase. Je důležitý v rozvoji každé osobnosti. Umožňuje nám orientaci v prostředí, rozlišování tvarů, barev, velikosti, vzdálenosti, směru, pohybu a klidu v okolním prostředí. Díky oku získáváme informace detailní i globální. Zrak má především vliv na vytváření správných představ, rozvoj paměti, pozornosti, myšlení, řeči, emocí i vůle. Nepostradatelnost zraku pocítujeme i během praktických činností, např. hra, učení, pracovní, zájmová či rekreační činnost. Zrak je zprostředkovatelem i estetických zážitků. (Keblová, 1998)

2.2 Klasifikace osob se zrakovým postižením

Ludíková (Finková, Ludíková, Růžicková, 2007) označuje tuto osobu jako jedince, který trpí oční vadou či chorobou, kdy i po optimální korekci je zrakové vnímání narušeno do té míry, že této osobě činí potíže v běžném životě.

Klasifikaci osob se zrakovým postižením se zabývá speciální pedagogika, zejména tyflopédie.

„Tyflopédie (z řeckého tyflos – slepý, paidea – výchova) je jedním z oborů speciální pedagogiky, který se zabývá problematikou spjatou s rozvojem, výchovou a vzděláváním osob se zrakovým postižením.“ (Ludíková, 2006, s. 7)

„Tyflogie (z řec. tyflos – slepec, logos – slovo, nauka) je vědní disciplína zabývající se zrakově postiženými a jejich společenskou existencí.“ (Květoňová – Švecová, 2000, s. 9)

„Z tyflopédického hlediska, totiž nemůžeme říci, že každý jedinec, který má zrakovou vadu, je i zrakově postižený. Za zrakově postiženého považujeme toho člověka, kterému jeho vada činí i po korekci problémy v běžném životě.“ (Ludíková, 2006, s. 7)

Dnešní speciální pedagogika osob se zrakovým postižením používá tuto klasifikaci:

1. osoby nevidomé,
2. osoby se zbytky zraku,
3. osoby slabozraké,
4. osoby s poruchami binokulárního vidění.

(Finková, Ludíková, Růžicková, 2007)

WHO (World Health Organization) ve své desáté decenální revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů uvádí členění podle medicínského náhledu. Třídění vychází z medicínského pohledu narušené části zrakového analyzátoru:

H 00-H 06 nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice

H 10-H 13 onemocnění spojivek

H 15-H 22 nemoci skléry, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa

H 30-H 36 nemoci cévnatky a sítnice

H 40-H 42 glaukom

H 43-H 45 nemoci sklivce a očního bulbu

H 46-H 48 nemoci zrakového nervu a zrakových drah

H 49-H 52 poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce

H 53-H 54 poruchy vidění a slepota

H 55-H 59 jiné nemoci a oční adnex

2.3 Osoby nevidomé

Osoby nevidomé jsou chápány jako kategorie jedinců s nejtěžším stupněm zrakového postižení. Jejich zrakové vnímání je narušeno na stupni nevidomosti – slepoty. „*Nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 – světlocit.*“

Praktická nevidomost:

- a) *pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 do 1/60 včetně,*
- b) *binokulární zorné pole menší než 10°, ale větší než 5° kolem centrální fixace.*

Skutečná slepota:

- a) *pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 – světlocit,*
- b) *binokulární zorné pole pod 5° a méně i bez porušení centrální fixace.*

Plná slepota: světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu (amauróza).“
(Dotřelová in Kraus, 1997, s. 317)

Nevidomost může být vrozená i získaná. Do příčin vrozené nevidomosti řadíme dědičnost, porušení plodu v době prenatální a infekční choroby matky v době gravidity. Do příčin nevidomosti získané se řadí glaukom, progresivní refrakčních vad, katarakta, retinopatie, odchlípení sítnice, nádory, intoxikace, úrazy, komplikace při diabetes, meningitida a další.

Osoby s nevidomostí nemohou přijímat informace zrakovou cestou, a tak je potřeba rozvíjet u nich ostatní smysly. Z hlediska výchovně vzdělávacího procesu je nezastupitelná kompenzace. Je zapotřebí rozvíjet nižší kompenzační činitele, kterými jsou hmat, sluch, čich a chuť. Současně usilujeme o rozvoj i vyšších kompenzačních činitelů, což jsou myšlení, paměť, řeč, představivost a obrazotvornost. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Nevidomí používají ke čtení a psaní speciální bodové písmo. Braillovo písmo je systém šesti bodů. Jednotlivá písmena jsou tvořena vytlačením kombinací jednoho až pěti bodů. K napsání Braillova písma se používá Pichtův stroj. Všechny tiskoviny pro nevidomé jsou tvořeny v tomto bodovém písmu. U osob s nevidomostí je značně omezen jejich samostatný pohyb a prostorová orientace. Jedinci proto využívají průvodcovské služby vidících i speciální techniky. Do speciálních technik řadíme chůzi s bílou holí, prvky ozvučení prostředí nebo hmatový popis trasy. K doprovodu a orientaci napomáhá nevidomému i vycvičený vodící pes. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

2.4 Osoby se zbytky zraku

Jedinci se zbytky zraku se nachází v hraničním pásmu mezi slabozrakostí a nevidomostí. Z oftalmologického hlediska je mez zrakové ostrosti určena $3/60 - 0,5/60$. Podle speciální pedagogiky se jedinec se zbytky zraku pohybuje na rozmezí praktické slepoty a těžké slabozrakosti. Tento stav může být vrozený či získaný. V důsledku zrakového postižení může dojít k narušení představ, snížení grafických schopností a omezení pracovních možností.

S jedinci se zbytky zraku pracujeme tzv. dvojmetodou. To znamená, že využíváme postupy a metody, které se patřičně užívají u osob nevidomých i slabozrakých. Jde o využívání a rozvíjení zrakových schopností, ale za plného dodržování zrakové hygieny. Žáci se učí během výchovně vzdělávacího procesu číst zvětšený černočerný tisk a současně i Braillovo písmo. Nesmíme zapomínat i na rozvoj hmatu a dalších kompenzačních činitelů.

Jedinci však chtějí v maximální míře využívat zbytky zraku, před využíváním kompenzačních činitelů. Jedinci vynakládají velké úsilí, aby zrakem dobře rozeznali objekty a předměty v jejich okolí. Hrozí zde ublížení sobě samému i ostatním. Proto se často setkáváme s vysokou koncentrací a s horší schopností se přizpůsobovat. (Finková, Ludíková, Růžicková, 2007)

2.5 Osoby slabozraké

Dotřelová in Kraus (1997) uvádí, že u osob slabozrakých se jedná o pokles zrakové ostrosti na lepší oko pod $6/18$ až $3/60$ včetně. Slabozrakost dělíme na lehkou slabozrakost – do $6/60$ včetně a těžkou slabozrakost – pod $6/60$ do $3/60$ včetně.

Uvnitř kategorie slabozrakých, pro potřeby edukace, lze provést dělení na tři základní skupiny - lehce, středně a těžce slabozraké, zejména pro účely edukace.

U slabozrakých se dále objevují potíže s narušením zorného pole, poruchy barvocitu, nystagmus a další. Slabozrakost můžeme dělit na vrozenou a získanou. Příčiny jsou obdobné jako u nevidomosti.

V důsledku zrakových nedostatků se objevují nepřesné, neúplné nebo zkreslené představy. Zrakové vnímání je sníženo a omezeno. Problémy se vyskytují i v prostorové orientaci. V pohybu jsou si jedinci méně jistí a pomalejší. U většiny slabozrakých osob se projevuje snížená koncentrace, slabá pozornost, rychlejší unavitelnost a pomalejší pracovní tempo. Slabozrací lidé nepřesně rozeznávají detaily, nevidí vzdálené předměty a v mnoha případech obtížně poznávají barvy, písmena a čísla.

Je důležité, aby během výchovně vzdělávacího procesu byla dodržována zraková hygiena, která se týká zejména intenzity osvětlení a střídání práce do blízka a do dálky. V prostoru se snažíme odstranit přemíru detailů. Dbáme na barevné kontrasty a správné umístění sledovaného objektu v prostoru. (Finková, Ludíková, Růžicková, 2007)

2.6 Osoby s poruchami binokulárního vidění

Jednoduché binokulární vidění nám umožňuje vidění oběma očima současně. To znamená, že daný předmět vidíme nezdvojeně. Jednoduché binokulární vidění je získaná schopnost. Rozvíjí se do jednoho roku života společně se sítnicí oka a přibližně v šesti letech se vývoj upevňuje a zdokonaluje. Při spolupráci obou očí se uplatňuje konvergence, tj. souhyb očí, při kterém se při pohledu do blízka zorné osy obou očí sbíhají, a akomodace, tj. zakřivení oční čočky, což nám zajišťuje ostré vidění na různou vzdálenost. (Keblová, 2000)

Květoňová – Švecová (2000, s. 49) uvádí osm fází vývoje jednoduchého binokulárního vidění:

1. fixační reflex (0 – 2 měsíce) – dítě se převážně dívá jedním okem, druhé oko může fyziologicky zašilhát,
2. binokulární fixační reflex (2. měsíc) – dítě se začíná dívat společně oběma očima,
3. reflex konvergence a divergence (3. měsíc) – dítě sleduje bližší i vzdálenější předměty,
4. reflex akomodace (4. měsíc) – zaostřování bližších a vzdálenějších předmětů,
5. reflex fúze (6. měsíc) – spojení obou obrazů v jeden smyslový vjem v centrální nervové soustavě,
6. upevnění binokulárních reflexů (od 9. měsíce) – na základě dotyku se začíná vyvíjet prostorové a hloubkové vidění,
7. rozvoj prostorového vidění (od 1 roku) – zdokonalení vztahu mezi konverencí a akomodací,
8. stabilizace binokulárních reflexů (do 6. roku).

Zasáhne-li porucha do vývoje binokulárního vidění, dochází ke vzniku patologického vývoje a objeví se šilhání, tupozrakost nebo narušení centrální retinální fixace. Při poruchách binokulárního vidění nedochází ke stereoskopickému, hloubkovému vidění. Na sítnicích obou očí se nevytváří na stejných místech dva rovnocenné obrazy, a proto nedojde ke splnutí a k vytvoření prostorového vjemu. (Finková, Ludíková, Růžicková, 2007)

V tomto případě je velmi důležité zahájit včasnou léčbu. Léčba obnoví jen ten stupeň jednoduchého binokulárního vidění, který se vytvořil předtím, než porucha nastala. Nedojde-li k včasnému zahájení léčby, mohou vzniknout trvalé a závažné poruchy zrakového vnímání. (Keblová, 2000)

Jak jsme již v předchozím textu zmínili možnost výskytu patologického vývoje jako je šilhání (strabismus) a tupozrakost (amblyopie), tak nyní si tuto patologii více popíšeme. Myslíme si, že není na škodu se tomuto tématu věnovat více, protože výskyt binokulárních poruch v naší dětské populaci je od 4-6 %. Poruchy binokulárního vidění jsou funkční vady, které díky včasnému objevení a zahájení léčby lze zcela odstranit. Včasná náprava jistě podpoří zdravý vývoj jedince a jeho socializaci.

Amblyopie – tupozrakost je funkční porucha, útlum, při kterém dochází k podstatnému snížení zrakové ostrosti jednoho oka. Nelze jej vykorigovat brýlemi. U dítěte vzniká na sítnici jednoho oka ostřejší obraz vnímaného předmětu než na sítnici druhého oka, a tím je narušeno binokulární vidění. Dítě začne upřednostňovat obraz na lepším oku a obraz na horším oku se naučí potlačovat. Dochází-li k dlouhodobému potlačování zrakového vjemu u utlumeného, slabšího oka, obvykle se ještě více sníží jeho zraková ostrost a postupem času se vyvine těžká tupozrakost. Tedy jedinec s binokulární poruchou se většinou nebo trvale dívá pouze vedoucím okem. Důsledkem je narušení nebo vůbec se nevyvíjející prostorové a plastické vidění, které vzniká při dobré spolupráci obou očí. Amblyopie je provázena poruchou lokalizace a poruchou rozlišovací schopnosti. (Keblová, 2000)

„Dítě vidí buď ostrý zdvojený obraz, nebo neostrý jednoduchý obraz.“ (Květoňová-Švecová, 2000, s. 49)

Finková, Ludíková, Růžicková (2007) uvádí, že amblyopie postihuje každé 50. dítě. Při tupozrakosti může dojít ke snížení zrakové ostrosti až na hranici praktické slepoty.

Hycl, Trybučková (2008) pojednávají o tupozrakosti jako o snížení zrakové ostrosti při optimálním vykorigování bez viditelných známek nemoci. Amblyopie je většinou jednostranná. Tito autoři dělí amblyopii na tři typy. Na kongenitální amblyopii, která je vyvolána organickou lézí optického systému a je léčitelná. Dále na amblyopii ze zástavy vývoje, vznikající do 4. roku. Za příčinu je považován strabismus, ametropie a anizometropie. Posledním dělením je amblyopie z vyřazení z funkce, jenž vzniká po dokončení vývoje a příčinou je katarakra, okluze aj.

Strabismus – šilhání je porucha rovnovážného postavení očí. Jedno oko se odchyluje, není v rovnoběžném postavení. Na stáčeném oku je zraková ostrost snížena. Dítě se opět naučí potlačovat obraz z osově uchýleného oka, jeho funkce se oslabí a postupně se začíná vyvíjet

silná tupozrakost. Oko, které je jinak zdravé, je prakticky vyřazeno z činnosti. Šilhání se nejčastěji objevuje u dětí mezi druhým až čtvrtým rokem. (Keblová, 2000)

Oči se sebou vzájemně nespolupracují, což způsobuje nedokonalé překrytí obrazů na sítnici, a tím nevznikne prostorový vjem. Objevuje se tzv. diplopie, dvojité vidění. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

„Strabismus je stav, kdy při fixaci určitého předmětu na blízko nebo do dálky se osy vidění neprotínají v témže bodě. Je vždy přítomna porucha jednoduchého binokulárního vidění. Strabismus je porucha funkční, provázena asymetrickým postavením očí z důvodů motorických (porušení svalů a motorické dráhy), centrálních (poruchy vyšších mozkových center), senzorických (poruchy zrakové dráhy počínaje sítnicí), hereditárních aj.“ (Květoňová-Švecová, 2000, s. 50)

Hycl s Trybučkovou (2008) uvádí, že strabismus postihuje přibližně 2% dětí.

Strabismus lze rozdělit podle směru:

- esotropie (strabismus convergens) – šilhající oko je uchýleno směrem do vnitřního koutku, šilhání sbíhavé,
- exotropie (strabismus divergens) – šilhající oko je uchýleno směrem do zevního koutku, šilhání doprovodné, rozbíhavé,
- hypertropie (strabismus sursumverges) – šilhající oko je uchýleno směrem vzhůru,
- hypotropie (strabismus desumverges) - šilhající oko je uchýleno směrem dolů.

„Šilhání vzniká nejčastěji mezi druhým až čtvrtým rokem – cca 50% postižených, potom křivka výskytu klesá na hodnotu 1,5% v osmi letech a po osmém roce až do dospělosti už jen na 0,5% postižených.“ (Divišová in Keblová, 2000, s. 6-7)

Léčbou strabismu obnovujeme binokulární funkce a usilujeme o paralelní postavení očí. Strabismus se léčí buď konzervativní terapií, při které převádíme monokulární formu strabismu na alternující a snažíme se dosáhnout normální zrakové ostrosti obou očí, centrální fixace a optimálního stupně binokulárního vidění. Dalším léčebným postupem je chirurgický zákrok používaný při velké úchylce oka. Jeho cílem je navodit normální paralelní postavení očí, a tak zlepšit podmínky pro rozvoj binokulárního vidění. Obě formy nápravy by měly být dokončeny před nástupem dítěte do první třídy. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Květoňová-Švecová (2000) uvádí čtyři kroky léčby při odhalení strabismu:

1. předepsání správných skel,
2. pokud je přítomna amblyopie, je nutno provést okluzi vedoucího oka,
3. po vyléčení amblyopie a při přetrvávající úchylce je nutno přistoupit k operaci oka,

4. po operaci se ortoptickým cvičením navozuje jednoduché binokulární vidění.

Kuchynka (2007) uvádí ve své publikaci jednotlivé vyšetřovací postupy za účelem potvrzení nebo vyloučení diagnózy strabismu nebo amblyopie, které na sebe navazují.

Mezi vyšetřovací postupy patří:

- vyšetření zrakové ostrosti,
- vyšetření mobility,
- vyšetření postavení očí,
- vyšetření binokulárního vidění a retinální korespondence,
- vyšetření refrakce,
- vyšetření fundu,
- stanovení fixace.

Keblová (2001) uvádí, že nejpočetnější skupinu zrakově postižených dětí tvoří děti tupozraké a šilhavé.

2.7 Oční problematika u seniorů

„Oční lékař věnuje geriatrické populaci v průměru 40 až 60 % pracovního času. S demografickým vývojem lze očekávat, že se tento podíl bude zvyšovat. Odlišení stavů podmíněných věkem a stavů patologických jevů je v očním lékařství mnohdy obtížné. V řadě případů se na klinickém obrazu podílejí oba faktory ve vzájemné kombinaci.“ (Kalvach a kol., 2004, s. 783)

Na první pohled si můžeme všimnout zapadlých očí u starších osob. Zapadlost je způsobena ztrátou orbitálního tuku. (Kalvach, 2004)

Stuart, Hamilton (1999) se zmiňuje o závažné změně ve vnímání barev a to, že starší lidé vidí v nažloutlých odstínech, což je způsobeno žloutnutím čoček vlivem stárnutí. Barvy jako žlutou, červenou a oranžovou rozpoznávají dobře, ale činí jim potíže při rozpoznání barvy jako je zelená, modrá a fialová.

Poruchy zraku činí starým lidem potíže při sebeobsluze a tím i zvyšují závislost na jejich okolí. Můžeme si všimnout, že se u seniorů vyskytuje i zhoršená adaptace na nové prostředí. Seniori se pohybují nejistě a neobratně, což jistě působí neblaze i na jejich psychiku. Myslíme si, že je vhodné zbytečně nezasahovat do jejich prostorového uspořádání věcí a nábytku, a tím tak předcházet situacím, které by mohly způsobit zbytečný stres ze špatné orientace.

V následujících dvou podkapitolách si povíme něco o glaukomu a kataraktě. Zmiňujeme se o těchto onemocněních proto, že výskyt katarakty u šedesátipětileté populace je 40% a u devadesátiletých je to až 90%. Operace katarakty je nejčastější prováděnou operací v populaci nad 65 let věku. Riziko výskytu glaukomu se zvyšuje s přibývajícím věkem jedince. (Kalvach a kol., 2004)

Podle gerontologů je stárnutí provázeno výskytem onemocnění oka, a to zejména glaukomem, senilní makulární degenerací sítnice a kataraktou. Onemocnění se může objevit již po 50. roce života a k rapidnímu vzestupu dochází po 70. roce života. Katarakta patří k přirozenému procesu stárnutí a tomuto onemocnění nelze předejít. Glaukom postihuje 60 milionů lidí na světě a stal se nejčastější příčinou slepoty u seniorů. Lékaři apelují na občany, aby po 40. roce života pravidelně navštěvovali svého očního lékaře. V následujícím textu se budeme podrobněji zabývat glaukomem a kataraktou, protože výskyt obou onemocnění je v seniorském věku velmi rozšířen. (<http://www.i-bryle.cz/index.php?adr=5&docid=66>, 10.3.2012)

2.8 Glaukom

Při glaukomu, zeleném zákalu, dochází ke zvyšování tlaku uvnitř oka. Tento tlak způsobuje poškození nervových vláken zrakového nervu. Glaukom se tedy projevuje vysokým nitroočním tlakem, exkavací zrakového nervu (vyhloubením ve středu výstupu zrakového nervu z oka), změnou v zorném poli a poklesem zrakové ostrosti. (Hycl, Trybučková, 2008)

„Glaukomy dělíme podle stavu komorového úhlu a podle toho, zda se jedná o primární chorobu či o výsledek jiného chorobného procesu.“ (Hycl, Valešová, 2003, s. 78)

Primární glaukom s otevřeným úhlem (prostý glaukom, POAG) tvoří 70% všech glaukomů a postihuje 2% populace nad 40 let věku. Je zajímavé, že u černochů se vyskytuje čtyřikrát častěji. Nitrooční tlak se pomalu zvyšuje bez bolesti očí a červeného oka. Záchyt bývá obvykle náhodný, a to při předpisu brýlí. Nástup změn zorného pole trvá léta až desetiletí. Neléčený glaukom může vést k těžkému zrakovému poškození zraku až ke slepotě. Léčba probíhá pomocí farmakologie nebo operace, při které je snížen nitrooční tlak obvykle pod 16 torrů.

Do **sekundárních glaukomů s otevřeným úhlem** řadíme pigmentový glaukom (hromadící pigment zabraňuje odtoku komorové tekutiny), pseudoexfoliační glaukom (v úhlu se hromadí bělavý fibrilární materiál), steroidní glaukom (vzniká po celkové i lokální aplikaci steroidů)

a fakoanafylaktický glaukom (označujeme vzestup nitroočního tlaku vlivem zánětlivé reakce na čočkové hmoty). Sekundární glaukom vždy provází nebo následuje jiné oční onemocnění.

Primární glaukom s uzavřeným úhlem PACG vzniká u menších očí s užším komorovým úhlem. Vlivem mydriázy, atropinu, pobytu ve tmě nebo psychickými vlivy dochází k pupilárnímu bloku a ten vede k uzavěru úhlu. Tento uzavěr způsobí vzestup nitroočního tlaku. Můžeme se setkat i s tzv. glaukomovým záchvatem. Záchvat se projevuje krutou bolestí hlavy a okolí oka. Může se objevovat nevolnost a zvracení. Vidění je mlhavé. Nitrooční tlak je 40 i více torrů. Oko je při pohmatu tvrdé jako kámen. Ošetření je urgentní a to v podání Glycerinu, Manitolu, Diluranu nebo chirurgickou iridotomií – vytvoření otvoru v duhovce.

Sekundární glaukom s uzavřeným úhlem vzniká u aniridie, dislokaci čočky, cirkulárních srůstech zornice, u nitroočních tumorů a u chorob doprovázených neovaskularizací. Radíme sem i maligní glaukom, který vzniká po nitroočních operacích.

Můžeme se setkat i s dětským glaukomem. V dětském oku vzniká tlak zvětšováním průměru bulbu a rohovky. (Hycl, Valešová, 2003)

Při vyšetření glaukomu se měří nitrooční tlak pomocí aplanačního tonometru. Výsledná hodnota se udává v torrech, např. AT = 17. Nitrooční tlak u zdravé populace je 16 torrů.

Léčba probíhá pomocí farmakoterapie, laserové trabekuloplastiky nebo filtrační chirurgie. (Hycl, Trybučková, 2008)

Pacovský (1981) uvádí, že většinou nitrooční tlak stoupá spolu s věkem. Toto stoupá se výrazněji objevuje u žen než u mužů. Glaukom je geneticky podmíněn.

2.9 Katarakta

Katarakta neboli šedý zákal představuje zkalení čočky. Pro šedý zákal je typický progredující pokles zrakové ostrosti. Není zde přítomna bolest a zčervenání oka. Pokročilá katarakta je viditelná i pouhým okem. Většina seniorů starších 70 let má šedým zákalem zasaženo alespoň jedno oko. Pro lepší představu, téměř každý druhý až třetí člověk podstoupí v průběhu života operaci katarakty. Senilní kataraktou se označuje šedý zákal, který se objevuje po 50. roce života. (Hycl, Trybučková, 2008)

Pacovský (1981) upozorňuje, že katarakta se vyskytuje čtyřikrát až šestkrát častěji u diabetiků a dokonce u nekontrolovatelných diabetiků má katarakta rychlejší průběh. V čočce diabetiků se ukládá glukóza, fruktóza a sorbitol. Katarakta je geneticky podmíněna.

Léčba se řeší pouze chirurgicky za pomoci fakoemulzifikaci. Při chirurgickém zákroku se implantuje nitrooční čočka. Operaci katarakty podstupuje ročně v průměru 0,5 % populace. (Kalvach a kol, 2004)

V praxi se můžeme setkat i s vrozenou kataraktou, jak uvádí Hycl, Trybučková (2008) a ty označujeme jako katarakty přítomné v době narození. Příčinou může být zevní vliv v průběhu těhotenství na matku, např. ozáření, terapie kortikosteroidy nebo sulfonamidy, předčasný porod, kožní choroby atd. Je důležité znát i infantilní kataraktu, která se může vyvinout v průběhu prvního roku života.

2.10 Desatero komunikace s osobami se zrakovým postižením

1. S nevidomým jednáme přirozeně. Občas se nesprávně domníváme, že nevidomí vidí jen tmu, že mají od narození vyvinutý zvláštní smysl pro vnímání překážek a jsou obdarováni výborným sluchem i hmatem.
2. Osoba přicházející do kontaktu s nevidomým zdraví první, např. „Dobrý den, pane Polášek, jsem paní Zajíčková“. Nevidomý musí vědět, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je správné upozornit nevidomého, že dotyčná osoba opouští místnost. Dveře do místnosti by měly být zcela otevřené nebo zavřené.
3. Podaná ruka na pozdrav nahrazuje nevidomé osobě oční kontakt. Podání ruky nevidomému oznámíme a to tak, že řekneme například: „Podávám Vám ruku, pane Polášek.“ Při rozhovoru udržujeme oční kontakt, neodvracíme tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
4. Při vyšetření je vždy potřeba nevidomým pacientům vysvětlit, co se bude dít. Např. „teď to bude pálit, teď to bude tlačit, teď to píchne“, tyto informace jsou nezbytné.
5. Velkou chybou je nevidomé podceňovat. Jedinec, který chodí s bílou holí a nosí černé brýle, nemusí být zcela nevidomý, ale jen slabozraký.
6. Nevidomému nemanipulujeme s jeho předměty bez jeho vědomí.
7. Během komunikace se nemusíme vyhýbat slovům jako – vidíš, koukni se, prohlédni si. Nevidomí tyto výrazy používají k vyjádření způsobu vnímání – cítit, hmatat, dotýkat se.
8. Vždy jednáme s nevidomým a ne s jeho průvodcem. Průvodce nevidomého pouze doprovází. Takže věty typu: „Pane, co si chce pán koupit?“ jsou nesprávné.

9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup i do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa nemlaskáme, nehvízdáme, nehladíme ho, nekrmíme ho a nemluvíme bez vědomí majitele.
10. Při schůzkách s nevidomým dodržujeme předem smluvený čas, abychom předešli jeho nervozitě v neznámém prostředí. (Kalvach a kol, 2008)

Ve třetí kapitole se povíme něco o problematice stárnutí obyvatelstva, představíme si zákon o sociálních službách a organizace pro osoby se zrakovým postižením.

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY ZAMĚŘENÉ NA SENIORA

Třetí kapitola nás provede problematikou demografie. Dále nám představí zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, seznámí nás se standardy kvality sociálních služeb a také s hlavními organizacemi, které pomáhají osobám se zrakovým postižením. Organizace pro osoby nevidomé a slabozraké zmiňujeme z důvodu, že neléčený šedý zákal, katarakta, u seniorů může vést k vážným poruchám zraku.

3.1 Pohled na dnešní situaci

„Obdobie stredoveku bolo poznačené snahami o vytvorenie rozličných elixírov – o elixíru mladosti cez tajuplné omladzovacie prostriedky, čiernu mágiu až po astrologii. V tomoto čase bola veľmi vysoká novorodenecká a dojčenská úmrtnosť, navyše epidémie moru a cholery spolu so zlými životnými podmienkami zapríčinili, že priemerná dĺžka ľudského života nedosahovala ani 20 rokov.“ (Poledníková, 2006, s. 19)

Když si přečteme předchozí text, tak se nám to zdá až neuvěřitelné. S nadsázkou lze říci, že elixír mládí byl nalezen v medicíně a v novém životním stylu. Tento neuvěřitelný pokrok sebou přinesl i několik sociálních problémů 20. století. Hlavním problémem je zde proces demografického stárnutí (demografie – vědní obor zkoumající reprodukci lidských populací). Jde o to, že se postupně mění věková struktura obyvatelstva. To znamená zvýšení podílu osob starších 60 let a snižující se podíl osob mladších 15 let. Závěr je takový, že starší věkové skupiny rostou početně rychleji než populace jako celek.

(Hůle, 2004-2009, [online])

Ve všech členských zemích Evropské unie se v průměru dožívají ženy vyššího věku než muži. Rozdíl za celou EU činí 6 let. Průměrný věk dožití u žen je 81,2 let a u mužů 75,1 let. (Fiftyfifty, 2005-2012, [online])

S přibývajícím počtem postproduktivní populace se zvyšuje potřeba i význam domovů pro seniory. Kapacita i nabízené služby se musí neustále zdokonalovat a přizpůsobovat dané poptávce a potřebám jejich obyvatelům. Mám zkušenost se seniorkou, která čekala na „lůžko“ do Domova pro seniory U Kašny v Kroměříži celé čtyři roky. Myslím si, že je velkou chybou, podávat žádost do domova pro seniory až ve chvíli, kdy se člověk již nedokáže sám o sebe postarat. Navíc spoustu seniorů se nechce smířit s faktem, že jejich síly již nestačí k tomu, aby se

sami o sebe postarali. Pro seniora je nejvíce stresující jeho přechod z přirozeného do neznámého prostředí.

V dnešní uspěchané době se vlivem rychlého způsobu života mění již zažitá morální povinnost člověka. Odedávna tomu bylo tak, že se starším lidem prokazovala úcta k jejich stáří a moudrosti. Nyní se však postoje mladých lidí k povinnostem vůči starším změnily. Působením dravějšího životního stylu, šance pracovního uplatnění a zabezpečení vlastní rodiny posunulo význam seniorů pro mladou generaci na vedlejší kolej. Lidé si přestávají vážit stáří a je jim takřkajíc víceméně na obtíž. (Jarošová, 2006)

Občas se setkáváme s křivdou ze strany seniora vůči dětem, že se syn nebo dcera o něj nepostarají v jeho domácím prostředí, i když jim věnovali tolik času v dětství. Starší generace se musí smířit se skutečností, že žijeme v hektické době a v silách zaměstnaných dětí není zajistit péči v plném rozsahu o starého člověka.

3.2 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb. vznikl, aby chránil práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování. Tímto oslabením se myslí například věk, zdravotní postižení, nedostatečně podmětne sociální prostředí, krizové životní situace a další příčiny. Zákon vymezuje práva a povinnosti jednotlivců a na druhé straně i práva a povinnosti obcí, krajů, státu a v neposlední řadě také poskytovatelům sociálních služeb. Vytváří tedy právní rámec pro vztahy mezi lidmi a institucemi v případě, kdy je nezbytné zabezpečit podporu a pomoc jedincům, kteří se dostanou do nepříznivé životní situace. Zákon upravuje i podmínky pro výkon sociální práce ve všech systémech, kde sociální pracovníci působí. Celý zákon je postaven na obecném principu solidarity ve společnosti. Zákon garantuje, že poskytnutá pomoc a podpora, lidem v nepříznivé životní situaci, musí zachovávat jejich lidskou důstojnost, musí vycházet z individuálních potřeb jedince a současně na něj působit tak, aby byla posilována jeho schopnost se začlenit do sociálního prostředí. (MPSV, [online])

Poskytování pomoci a podpory lidem v nepříznivé životní situaci probíhá prostřednictvím sociálních služeb. Dnešní sociální služby zahrnují:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách)

Sociální poradenství je obsaženo v § 37 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zahrnuje dva typy poradenství:

Základní sociální poradenství – poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace a každý poskytovatel sociálních služeb je vždy povinen tuto činnost zajistit.

Odborné sociální poradenství – je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v poradnách, součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek a zahrnuje také sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

Služby sociální péče § 38 pomáhají osobám v zajištění jejich fyzické a psychické soběstačnosti. Cílem je umožnit jim v nejvyšší míře se zapojit do běžného života společnosti. V případě, že to jejich stav vylučuje, tak služby sociální péče musí zajistit těmto lidem důstojné prostředí a zacházení.

Služby sociální prevence pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy krizovou sociální situací, jejich životní návyky a způsob života vede ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem je napomáhat jedincům k překonání jejich nepříznivé životní situaci a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. (SAGIT, 1996 - 2012, [online])

Služby jsou poskytovány jako pobytové, ambulantní nebo terénní.

„Před více než třiceti lety prohlásil prezident Spojených států John F. Kennedy, že měřítkem společnosti je úroveň její péče o nejslabší občany. Toto krédo přimělo mnoho západních společností ke zkoumání vlastních postojů, zákonů a zvyků při práci zabezpečující lepší život osob s postižením. Dodržování lidských práv je pro seberealizaci a osobní blaho postižených a starých občanů nezbytné. Slova prezidenta Kennedyho naznačují, že takovou inkluzi zvyšujeme humanitu naší společnosti.“ (Mühlpachr, 2004, s. 108)

Senioři, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, tak tito senioři i jejich rodina mohou využívat nabídek sociálních služeb:

- Osobní asistence – jedná se o terénní službu poskytovanou bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí jedinců. Mezi její základní činnosti patří: pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Maximální úhrada za poskytnutí služby je 100 Kč za hodinu.
- Pečovatelská služba – je buď terénní, nebo ambulantní. Poskytuje tyto základní činnosti: pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- Odlehčovací služby – mohou být terénní, ambulantní nebo pobytové. Nabízí pomoc a podporu v přirozeném sociálním prostředí a cílem služby je umožnit pečující osobě potřebný odpočinek. Nabízí pomoc a podporu při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.
- Centra denních služeb – poskytují ambulantní služby. Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- Denní stacionáře – nabízejí ambulantní služby. A mezi základní činnosti patří pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

- Týdenní stacionáře – poskytují pobytové služby. Do základních činností řadíme poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- Domovy se zvláštním režimem – jedná se o pobytové služby. Služby jsou určeny pro osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Režim v těchto domovech je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Do základních činností řadíme poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- Domovy pro seniory – dle § 49 poskytují pobytovou službu osobám ve vysokém věku, které mají sníženou soběstačnost a potřebují pomoc jiné fyzické osoby.

„Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- *poskytnutí ubytování,*
- *poskytnutí stravy,*
- *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *sociálně terapeutické činnosti,*
- *aktivizační činnosti,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“*
(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Smyslem každého domova pro seniory by mělo být vytvoření takových podmínek, jež vedou k plnohodnotnému a důstojnému životu seniora, který tuto konkrétní službu potřebuje. Měl by uspokojit základní potřeby seniora, tak i naplňovat sociální a psychické požadavky.

„Je tedy na místě, že lidé, ať už v jakémkoli věku, kteří z nějakého důvodu ztratili soběstačnost, odcházejí žít do domovů pro seniory či podobných zařízení. Tam by měli najít nový a bezpečný domov, kde budou moci spokojeně žít. Nový domov by měl poskytovat nejen důstojné bydlení a nutnou zdravotní péči, ale také moderní prevenci patologického chování, a to jak

fyzického, tak duševního. Měl by poskytovat radost a motivaci k životu, kterému by vracel smysl a hodnotu. Měl by pomáhat lidem žít, bavit se, mít se na co a z čeho těšit. Měl by napomáhat vyplňovat dlouhé dny, které tráví senioři v mnoha zařízeních nehybně, beze slova, s vyhaslýma očima, odevzdání svému osudu. Čekají jen na jídlo a na léky. Pozornosti se dostává jejich nemocím, avšak ne jim. Nežijí, ale vegetují.“ (Rheinwaldová, 1999, s. 10)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách obsahuje § 66 sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Tyto služby jsou realizovány ambulantně nebo terénně osobám v důchodovém věku, osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

Zprostředkovává tyto základní činnosti:

- zprostředkovává kontakt se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

„Tento nový model bude určovat i nový obsah péče. K novému myšlení a postoji musí být ovšem lidé školeni a vycvičeni. Vedle tradičních zaměstnanců, ředitelů, vrchních sester a ošetřovatelek má být v každém zařízení terapeuticko – rekreační pracovníce, či speciální pedagogové a další školení pracovníci, kteří se starají o zábavně – terapeutický program vycházející z potřeb obyvatel.“ (Rheinwaldová, 1999, s. 11)

Při koncipování zdravotně sociální péče o seniory je zapotřebí akceptovat velkou heterogenitu této populace. Z tohoto důvodu je nezbytný individualizovaný přístup k potřebám starých lidí. Institucionální a neinstitucionální formy péče o seniora měly vycházet z modifikace následujících principů, které byly deklarovány na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří už v roce 1982:

- Demedicinalizace – akcent na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na autonomii;
- Deinstitutionalizace – priorita ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, prioritní rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti;
- Desektorizace - akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče;
- Deprofesionalizace – podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví. (Jarošová, 2006)

3.3 Standardy kvality sociálních služeb

„Standardy kvality sociálních služeb, které zpracovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, jsou souborem měřitelných kritérií, která definují úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti procedurální, personální a provozní. Popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou přínosem nejen pro poskytovatele, ale hlavně a především pro uživatele služeb.“
(Občanská poradna Plzeň, 2009-2011, [online])

Tyto standardy byly zavedeny s nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dodržování standardů kvality sociální péče je dle § 88 povinností poskytovatelů sociálních služeb. Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba, porovnávají efektivitu jednotlivých druhů služeb a jsou měřítkem pro hodnocení kvality jednotlivých sociálních služeb.

Standardů kvality sociálních služeb je dohromady 15 a dělí se na 3 části:

- **Procedurální:** tyto standardy stanovují, jak má poskytování služby vypadat, v čem je třeba si dát pozor a jak službu individuálně přizpůsobit. Zahrnují následujících 8 standardů.
 1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb.
 2. Ochrana práv osob.
 3. Jednání se zájemcem o sociální službu.
 4. Smlouva o poskytování sociální služby.
 5. Individuální plánování průběhu sociální služby.
 6. Dokumentace o poskytování sociální služby.
 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby.
 8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje.
- **Personální:** zaměřují se na personální zajištění služeb a zahrnují 9. a 10. standard.
 9. Personální a organizační zajištění sociální služby.
 10. profesní rozvoj zaměstnanců.
- **Provozní:** definují podmínky pro poskytování sociálních služeb a obsahují posledních 5 standardů.
 11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby.
 12. Informovanost o poskytované sociální službě.
 13. Prostředí a podmínky.
 14. Nouzové a havarijní situace.

15. Zvyšování kvality sociální služby.

(MPSV, 2008, [online])

Na dodržování standardů kvality sociálních služeb dohlíží inspekce sociálních služeb. Tato inspekce pravidelně ověřuje a hodnotí postupy i metody při poskytování sociálních služeb.

3.4 Tyflocentra

Tyflocentra jsou místa, kde se scházejí lidé nevidomí a slabozrací. Jaká je jejich historie? Před rokem 1989 vznikaly tzv. Tyflokabinety, které byly součástí Svazu invalidů. Tyflokabinety byly první pracoviště předvádějící kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením u nás. V roce 1989 vznikla Česká unie nevidomých a slabozrakých v ČR (1989-1996), první nezávislé občanské sdružení tohoto typu. Česká unie nevidomých a slabozrakých stojí za zrodem profesionálních služeb pro lidi se zrakovým postižením a v roce 1991 zakládá Tyfloservis. Tyfloservis bylo první odborné středisko poskytující odbornou péči a poradenství. Navíc nabízelo i terénní pomoc při zácviu s kompenzačními pomůckami denní potřeby občanům osleplým v průběhu jejich života. Tyfloservis byl součástí Sjedené organizace nevidomých a slabozrakých. V roce 2000 se tyfloservis stal samostatnou celostátně působící organizací se sídlem v Praze, nabízející ve všech krajích terénní sociální rehabilitaci osleplým lidem ve věku nad 15 let a svou pomoc i podporu realizuje především v domácím prostředí svých klientů. Dále se rozhodlo o vzniku nových typů organizací pro poskytování služeb nevidomým osobám, které by působily samostatně v jednotlivých krajích. Tyto organizace se nazývají TyfloCentrum. Pro lepší odlišení názvu je ke každému TyfloCentru přiložen název krajského města, např. TyfloCentrum Olomouc, TyfloCentrum Brno atd. TyfloCentra jsou samostatné společnosti a nemají žádné společné vedení.

Nabízené služby:

- vyhledává a kontaktuje těžce zrakově postižené občany,
- zprostředkovává základní poradenství o možnostech kompenzace handicapu zrakového postižení a o poskytovatelích služeb osobám se zrakovým postižením,
- sociálně právní a pracovně právní poradenství,
- rozvoj dovedností v programech základní rehabilitace,
- asistenční služby,
- pomoc při odstraňování architektonických bariér,

- podpora a organizace volnočasových aktivit pro občany se zrakovým postižením. (Tyflocentrum, 2002-2011, [online])

3.5 SONS

SONS – Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky je občanské sdružení, které má celostátní působnost. SONS vzniklo dne 16. 6. 1996 a to sloučením občanských sdružení České unie nevidomých a slabozrakých a Společnosti nevidomých a slabozrakých v ČR.

Cílem této organizace je sdružovat, hájit zájmy a poskytovat služby směřující k integraci občanů s nevidomostí a s těžkým zrakovým postižením.

Motto: Nejsme organizace, která za nevidomé rozhoduje a jedná, jsme nevidomí občané, kteří rozhodují a jednají sami za sebe.

Zásady našeho počínání jsou: svépomoc, partnerství, solidarita, úcta k lidské důstojnosti, svobodná volba, zdravý rozum.



Základní činnost:

- poskytování informací a rad o možnostech kompenzace handicapu zrakového postižení,
- základní poradenství, sociálně právní a pracovně právní poradenství,
- technické poradenství při výběru pomůcek a nácviku odsluhy takových zařízení,
- aktivní vyhledávání a kontaktování lidí s těžkým zrakovým postižením,
- zácvik s kompenzačními pomůckami,
- rozvoj a docvičování získaných dovedností v programech základní rehabilitace, např. práce v domácnosti, čtení atd.,
- odstraňování bariér (architektonických i informačních),
- pomoc a podpora při hledání zaměstnání,

- výcvik vodících psů,
- vydávání časopisů v braillově písmu, zvukové podobě, zvětšeném černotisku a digitálním textu,
- provoz digitální knihovny na internetu,
- poskytnutí služby osobní asistence (průvodcovská a předčitatelská služba),
- socioterapeutická činnost,
- provoz klubů pro osoby se zrakovým postižením,
- ověřování nových forem pomoci osobám s těžkým zrakovým postižením,
- informovanost o problematice zrakového postižení. (SONS, 2002-2012, [online])

Čtvrtá kapitola nás seznámí s aktivizačními činnostmi a terapiemi u osob seniorského věku a s možnými přístupy k této věkové skupině.

4 AKTIVIZACE PRO SENIORY

V poslední kapitole vás provedeme aktivizačními činnostmi pro seniory. Uvedeme vysvětlení pojmu aktivizace a zaměříme se na motivaci u seniorů. Následně se seznámíme s pokyny a pravidly aktivizace u seniora s demencí. Dále si uvedeme činnosti a terapie, které lze využít pro přípravu aktivizačního programu.

4.1 Aktivizace ve stáří

Müller (2006) pojímá aktivitu u seniorů jako nejdůležitější nástroj k naplnění jejich kvality života. K větší spokojenosti přispívá i prožitek z dobře vykonané práce a z aktivně stráveného času. Aktivizace přispívá k udržení tělesné i psychické výkonnosti, k posílení paměti, myšlení, tvořivosti a v neposlední řadě i seniorovo zapojení se do společnosti.

Kategorie aktivizačních programů pro seniory dle Rheinwaldové (1999):

- rukodělné práce, tvořivé činnosti,
- společenské programy, diskuse, hry, hudba, tanec,
- cvičení, sporty, sportovní hry,
- činnosti venku v přírodě,
- vzdělávací činnosti.

Vytváření programů aktivit musí být pestrý a udržovat i maximálně stimulovat fyzické, mentální, společenské a emoční schopnosti seniorů. Činnosti vytváříme podle jejich individuálních schopností a potřeb. Je užitečné vyhradit konkrétní dny v týdnu určitým činnostem. Staří lidé mají rádi rutinu a zvyknou si účastnit se. Tato rutina však nesmí sklouznout k nudnosti. Každá aktivita by měla být pravidelně hodnocena, jestli je stále pro jednotlivce vhodná. Programy se snažíme neustále obměňovat a vymýšlíme nové činnosti a nápady, aby plnili očekávání seniorů. (Rheinwaldová, 1999)

Myslíme si, že aktivizace pozitivně nutí jedince, aby se zajímal o své okolí a nezaměřoval se jen na svou osobu. Aktivizace realizovaná v institucích je hnacím motorem pro udržování a vytváření sociálních kontaktů mezi seniory.

4.2 Motivace seniorů

Personál pracující se starými lidmi neustále bojuje s otázkou, jak správně motivovat seniora k činnosti. Prostřednictvím aktivit si člověk může zpříjemnit život, uspokojit své potřeby a má prostor pro vytvoření něčeho, co ho přesahuje. (Kalvach a kol., 2004)

„Aktivity pro seniory žijící trvale v institucích by měly co nejvíce připomínat aktivity každodenního života staršího člověka v domácím prostředí. Jejich zodpovědné a cílené programování by měl provádět kvalifikovaný pracovník, ergoterapeut se zaměřením především na ergoterapii kondiční či rekreační, speciální či sociální pedagog jako sociální animátor, koordinátor aktivit, programový manažer.“ (Kalvach a kol., 2004, s. 439)

Při hledání správné aktivity pro seniora dbáme na to, aby jej naplňovala radostí a smyslem, rozvíjela příjemné prožitky a přirozeným způsobem vzbuzovala potřebu aktivity.

Motivaci k aktivitě podporujeme dle Kalvacha a kol. (2004):

- důrazem na praktickou každodennost,
- smysluplností,
- dobrovolností,
- příjemností,
- sociální přiměřeností,
- úspěšností,
- pomocí.

Často se setkáváme s nezájmem seniorů a s malou účastí na aktivizačních programech. Starší lidé se bojí nových věcí. Obávají se, že budou zesměšněni anebo, že nebudou něčemu rozumět. Je velmi důležité seniorům poskytnout informace o jednotlivých aktivitách (např. co se bude dělat, kde se sejdeme, zdali se bude stát, sedět nebo chodit atd.). Jistě je dobré zmínit i to, co senioři danou činností získají. Mohou získat nové poznatky, zkušenosti, rozptýlí se, protáhnou se anebo se seznámí s novými lidmi. Je důležité říci na začátku, že si mohou kdykoliv sednou, jestli se bude pracovat ve stoje, nebo mohou odejít, pokud se budou cítit unaveně. Senioři musí mít hlavně pocit, že se dané činnosti účastní dobrovolně a měli by se cítit bezpečně. (Rheinwaldová, 1999)

4.3 Aktivizace a demence

„Výraz demence označuje celkový úpadek psychických funkcí způsobený atrofií centrálního nervového systému (CNS).“ (Stuart, Hamilton, 1999, s. 177)

Demence se projevuje poruchou funkce paměti, intelektu, učení, myšlení, orientace, pozornosti, chápání, počítání, řeči a úsudku. Setkáváme se i s halucinacemi, bludy a výraznými změnami nálad i emocí. Jedinec obvykle ztrácí kontrolu nad svými emocemi a sociálním chováním. Demence způsobuje snížení schopností v denních aktivitách, jako je mytí, oblékání, příprava jídla, osobní hygiena, vyměšování a toaleta. (MKN, 2006)

Buijsen (2005) uvádí ve své knize pokyny, jak nejlépe pracovat a vtáhnout lidi s demencí do programu činností.

Pokyny pro práci s jedinci s demencí:

- posilujte jeho paměť (např. napsáním seznamu jeho denních úkolů),
- přizpůsobte se jeho rytmu (klient s demencí je mnohem pomalejší a to i jeho myšlení),
- berte vážně jeho fantazie a úzkosti (snažte se jeho představy odehnat a klienta uklidnit),
- neučte ho novým věcem (schopnost pamatovat si rychle mizí),
- vyhýbejte se konfrontaci (poukazování jeho chyb vede k vyvolání hněvu a nevoli),
- řád, pravidelnost a odpočinek (zaveďte denní rutinu a zbytečně neměňte jeho okolí),
- nežádejte příliš mnoho ani příliš málo (klient potřebuje cítit svou schopnost),
- jednejme s ním jako s dospělým (např. nemluvme o něm s někým v jeho přítomnosti),
- nezapomínejme na humor (humor uvolňuje napětí a brzdí agresivitu),
- neberme si emoční výbuchy osobně (nemusí být míněny na nás),
- pamatujte, že stále je možné radovat se (i klienta s demencí můžeme činit šťastným).

Pravidla pro správnou aktivizaci:

- činnost by měla být vždy naplánovaná na takovou dobu, kdy nemocný člověk bude mít nejvíce energie a bude přístupný ke spolupráci,
- jedinec by se měl zaměřit hlavně na ty úkony, které ještě dokáže provádět a neměl by být nucen do činností, které již nezvládne, činnost sama je důležitější než její výsledek,
- snažme se v prostředí, ve kterém pracujeme o snížení hluku a rozptýlení,
- vybírejme činnosti, které klient rád prováděl v minulosti,
- rozdělte úkoly do jednoduchých kroků,
- udržujte pozornost u činností, při kterých se používají ostré předměty,

- při návštěvách veřejných míst dbejte na to, aby tam bylo méně lidí a informujte personál o povaze nemoci klienta,
- vyhýbejte se činnostem, jež vyžadují rozhodování klienta, mohou mu způsobit stres. (Buijssen, 2005)

Nejčastější formou demence je Alzheimerova nemoc, pojmenovaná po německém neurologovi Aloisu Alzheimerovi, který ji poprvé popsal v roce 1906. Ze všech lidí, kteří trpí demencí, má asi 55% Alzheimerovu nemoc v čisté formě. Dále je asi 15 % vaskulární demence, která má různé formy, z nichž nejznámější je multiinfarktová demence. Častá kombinace je Alzheimerova nemoc + vaskulární demence. Zbývající formy demencí jsou Parkinsonova, Pickova, Bingswangerova, Lewy Lodyho a Huntingtonova. Je zajímavostí, že v dnešní době i nemoc AIDS může způsobovat demenci. (Buijssen, 2006)

4.4 Společenské programy

Dalšími aktivitami, při kterých se může senior zapojit do společenského života, jsou setkání seniorů při kulturních akcích. Do kulturních akcí řadíme návštěvy divadel, kin, knihoven, koncertů, výstav a zajímavé besedy v centrech pro seniory. Během společenských programů se starý člověk dostane do kolektivu a stává se součástí společenského dění. Senioři si tak mohou rozšiřovat své vědomosti a diskutovat o literárních a divadelních dílech. Staří lidé s těmito zájmy se často sami zapojují do různých kulturních činností, jako hlavní aktéři. Například hudba a zpěv je jednou z nejoblíbenějších činností, která podněcuje radost a energii. Právě skupiny seniorů rády zpívají, hrají na hudební nástroje a zapojují se i do tanečních programů. (Walsh, 2005)

4.5 Vědomostní a paměťový trénink

Cílem tréninku je zlepšit paměť a činnost mozku. Trénování paměti je efektivní nástroj proti stárnutí, ale také cesta ke zvýšení sebevědomí a dobrého pocitu ze sebe sama. Aktivním cvičením paměti předchází staří lidé chorobám jako je demence. (Houser, 2002)

S přibývajícím věkem dochází k poklesu výkonnosti mozkové činnosti. Duševní svěžest si senior může zajistit učením se novým věcem, informovaní se o politickém dění, trénováním své paměti formou různých her (např. pexeso, karetní hry, šachy, scrabble aj.), četbou odborné literatury, luštěním křížovek a kvízů, nebo učením se na PC. Trénink paměti je jedna

z nejdůležitějších složek, na kterou by se měl jedinec zaměřit. Demence nenarušuje jen paměťovou stránku, ale ubírá i na slovní zásobě. Je důležité, aby pečovatel, který pečuje o nemocného jedince, s ním každý den pravidelně procvičoval paměť a vyjadřování. K tomuto účelu aktivit jsou vhodné hry se slovy. (Walsh, 2005)

4.6 Ergoterapie

„Ergoterapie pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činností zapojí, a to navzdory jejich postižení nebo poruše. Tyto činnosti by měly být pro ně smysluplné nebo by jejich provádění měli považovat za důležité.“ (Krivošíková, 2011, s. 13)

Slovo ergoterapie vzniklo složením řeckých slov ergon – práce a therapia – léčení, terapie. Původní název zněl pracovní terapie. Ergoterapie zahrnuje všechny činnosti, zaplňující čas a prostor jedince a tyto činnosti mu dávají smysl. (Krivošíková, 2011)

Ergoterapeutovou úlohou je pomoci klientovi překonat obtíže při provádění obvyklých denních činností. Snaží se nacházet a později využívat klientův potenciál, aby klient mohl vykonávat činnosti, které jsou potřebné pro naplnění sociálních rolí a zapojení do plnohodnotného života. Ergoterapeut musí brát vždy ohled na individuální potřeby a životní styl klienta. (College of Occupational Therapists, 2006 in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Ergoterapie se specializuje na vykonávání činností, které daná osoba považuje za užitečné a smysluplné. Činnost je zde považována za cíl i za prostředek terapie. Celá filozofie ergoterapie je založena na přístupu zaměřeného na klienta a v léčbě vychází ze sociálních rolí konkrétní osoby. Zajímá se o prostředí, ve kterém osoba žije, pracuje a provádí činnosti. V neposlední řadě i o vzájemnou interakci mezi jedincem a prostředím. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Myslíme si, že ergoterapií předcházíme sociální exkluzi. Klientovi pomocí ergoterapie zvyšujeme jeho sebevědomí a pocity užitečnosti. Další pozitivum vidíme i v tom, že se klient sám aktivně zapojuje a tím předcházíme pasivnímu využívání sociálních služeb.

4.7 Výtvarné práce

Umění by mělo být smysluplnou činností, přinášet zábavu a radost z tvorby. Nezapomínejme, že konkrétní úkol je až na druhém místě. Důležitá je živá komunikace mezi lidmi ve skupině, kterou daný úkol vyvolá. Interakce při výtvarné tvorbě zvyšuje sebehodnocení

a sebedůvěru. Vytvoří-li jedinec něco, co je v očích ostatních hodnoceno jako hezké, tak je na sebe sám hrdý a cítí se užitečně. Není na škodu se nad danými uměleckými výtvary rozhovořit, co dané artefakty vypovídají o svých tvůrcích. Pro samého jedince může taková debata znamenat důležitou zpětnou vazbu. Do výtvarných činností jedince nikdy nenutíme a dbáme na to, abychom lidi nepodceňovali. (Walsh, 2005)

4.8 Terapie u seniorů

„Stáří není překážkou pro skupinovou práci, lidé i ve starším věku bývají i nadále přístupní stimulaci, a možnosti efektivní skupinové práce tedy nebývají nějak významně omezeny“ (Walsh, 2005, s. 34)

V terapii se používá odborné a cílené jednání člověka s člověkem, které směřuje k odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin. Terapie vede k pozitivní změně u jedince, zejména v prožívání, chování i fyzickém výkonu. Terapeutické přístupy aplikují terapeuti, jež prošli patřičným vzdělávacím výcvikem a mají osobnostní předpoklady k výkonu jednotlivých terapií. (Müller, 2006)

Müller (2006) uvádí, že pro realizaci terapie platí vždy, že:

- probíhá v určitém institucionálním prostředí,
- má časovou strukturu,
- odpovídá orientaci terapeuta,
- závisí na věku, příčinách potíží a symptomech klienta,
- cíleny bývají léčivě, preventivně nebo rehabilitačně,
- mají organizační formu (např. individuální, skupinová, komunitní atd.).

„Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“ (Valenta, 2007, s. 23)

Dramaterapie využívá hlavně skupinové dynamiky a zaměřuje se na překonávání i doléčování konkrétních potíží u jedince.

Teatroterapie dosahuje terapeutického cíle prostřednictvím přípravy a veřejné realizace divadelního vystoupení. Vzniká specifická divadelní společnost, která umožní jedinci skrze přípravu a realizaci divadelního tvaru získání pocitu úspěchu, seberealizaci a snížení jeho společenské izolace. (Müller, 2006)

Arteterapie využívá výtvarné umění za účelem osobního vyjádření a komunikace klienta. Nejde zde o estetické produkty, ale o terapeutický výsledek. Je mylné se domnívat, že arteterapie je určena jen pro výtvarně nadané jedince. Cílem arteterapie je v klientovi probudit tvořivost, spontaneitu, motivaci, sebehodnocení, experimentování, fantazii a vyjádření jeho emocí.

Arteterapii dělíme do tří základních skupin:

- volná zájmová (zaměřuje se na vylepšení motorické funkce a je prostředkem k aktivizaci),
- volná interpretující (tvorba je použita k diagnostice, terapeut do činností nezasahuje, pouze její průběh sleduje),
- vedená interpretace (zde se střídá volná tvorba klienta s vedením terapeuta, ten do činnosti zasahuje). (Liebmann, 2005)

„Arteterapiu so seniormi rozpracovala Langartenová. U tejto populácie je arteterapia aplikovaná pri cvičení krátkodobej pamäte, pre posilnenie vlastnej hodnoty, jako pomocka rehabilitácie jemnej motoriky. Vhodná je najmä keramická hlina. Arteterapia pomáha seniorom v prispôbovaní novej životnej situácii, poklesu fyzických síl, strate zdravia, špecifikám dŕchodkového veku a s ním spojeným zmenám v sociálnej a ekonomickej oblasti. Hlavné stratégie arteterapie so seniormi sú v práci s klientom v jeho momentálnom aktuálnom probléme, práca technikami a médiami, ktoré zodpovedajú veku klientov. Hlavným cieľom je posilnenie zmyslupre dôstojnosť. Arte terapia so seniormi sa snaží aktivizovať zostatky ich vitality, flexibility, stimulovať ich kreativitu.“ (Šicková In Muller, 2005, s. 71)

Taneční terapie vznikla v USA jako terapie zaměřená na tělo a na využití pohybu k dosažení emoční i fyzické integraci jedince. Pomocí taneční terapie se dají odhalit zablokované zóny jedince a to tak, že se během pohybu posuzují pohyby, postoje a dynamika těla. Terapie jedinci přináší radost z funkční činnosti a obnovu pozitivního přijetí. (Dosedlová in Muller, 2005)

Cannisterapie vznikla složením slova z latiny canis – pes a terapie – léčba. Jedná se o techniku z forem zooterapie. Zooterapie využívá zvířata k terapeutickému kontaktu s člověkem. Prostřednictvím této alternativní terapie dochází u klienta k celkovému rozvoji, aktivizaci

a stimulaci, a to prostřednictvím psa. Pes vzbuzuje u člověka motivaci a tlumí negativistické projevy. Jde tedy o terapii využívající pozitivního vlivu psa na zdraví člověka. Canisterapeutický pes musí projít výcvikem a mít pro tuto činnost určité vlastnosti. Obvykle se setkáváme s plemenem retrievů a to zejména s fenami, jež jsou mateřštější. (Vrbová in Muller, 2005)

„Muzikoterapie je kvalifikované a odborné využití hudby a hudebních elementů akreditovaným muzikoterapeutem tak, aby se podpořilo, zachovalo a obnovilo mentální, fyzické, emocionální a spirituální zdraví. Hudba má neverbální, kreativní, strukturální a spirituální kvality. Ty se využívají v terapeutickém vztahu, aby se podpořil kontakt, interakce, sebevědomí, učení, sebevyjádření, exprese, komunikace a osobnostní vývoj.“ (CAMT, 2001 in Zeleiová, 2007, s. 29)
Kantor in Müller (2005) rozděluje muzikoterapii podle zapojení klienta do terapeutické činnosti na:

- aktivní (klient se sám zapojuje do terapie zpěvem, hrou na tělo i na hudební nástroj nebo vytváří písně a kompozice hudby),
- perceptivní (pozornost je zaměřena na poslech hudby, zvuků, šumů nebo ticha).

Poetoterapie je systematické terapeutické působení na psychicky, tělesně a sociálně narušené jedince prostřednictvím poezie. Klade důraz na působení zvukomalby, rýmu a rytmu na osobnost člověka.

Biblioterapie je druh psychoterapie, při které se využívá čtení prózy. Slovo a přidružené složky jazyka složí k navození pocitu klidu, uvolnění, ale i pocitu energie, koncentrace i sebevědomí u jedince.

Biblioterapii i poetoterapii rozdělujeme na aktivní a pasivní. Při aktivní terapii se sám jedinec aktivně zúčastňuje tvorby literárních děl a při pasivní terapii klient pasivně přijímá podměty za účelem vnitřního navození emočních stavů a prožívání. Obě terapie patří do relaxačních a imaginativních technik. Mohou se uskutečňovat jak individuálně, tak skupinově. (Svoboda in Muller, 2005)

4.9 Reminiscence

„Pojem reminiscence (z lat. reminiscere – vzpomenout si, rozpomenout se, obnovit v paměti) je používán jako synonymum českého výrazu vzpomínka či vzpomínání.“ Janečková, Vacková, 2010, s 21)

Woods in Janečková, Vacková (2010) definuje reminiscenci jako hlasité nebo tiché, skryté, vnitřní vybavování událostí ze života člověka, jenž se může uskutečňovat buď o samotě nebo s jinou osobou či skupinou lidí.

„Reminiscenční terapie je speciální metoda práce se seniory, která je založená na uznání důležitosti vzpomínání. Byla rozvinuta ve Velké Británii a zahrnuje široké spektrum interaktivních, kreativních (tvořivých) a výrazových aktivit, jejichž základem je zájem o minulé životní zkušenosti seniorů, kteří se jí účastní.“ (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 9)

Janečková, Vacková (2010) ve své knize označují reminiscenční terapii jako rozhovor terapeuta se starším člověkem nebo se skupinou seniorů o jeho vzpomínkách, dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech v dosavadním životem. Jedná se o psychoterapeutický vztah mezi psychoterapeutem a klientem. Během terapie lze využít staré fotografie, staré předměty, nástroje používané v domácnosti, pracovní nářadí, módní doplňky, filmy, lidová hudba apod.

Vzpomínky starých lidí mohou být užitečné při řešení jejich nynějších problémů, pomáhají i sociálnímu rozvoji, komunikaci a sebeuvědomění. Při terapii se vytváří vazba mezi starým člověkem a terapeutem, která posiluje důvěru nutnou k dalším aktivitám. Vzpomínky seniorů z nedávné doby jsou mnohem přístupnější než vzpomínky na včerejší návštěvu příbuzných. Skupinová reminiscence posiluje komunikaci, interakci a pocity společného sdílení ve skupině. (Valenta, 2007)

Špatenková, Bolomská (2011) hovoří o vzpomínání jako o prostředku k dosažení integrity osobnosti a získání pocitu celistvosti. Znak dosažení tohoto stavu je smíření se se vším, co bylo. Toho lze dosáhnout prostřednictvím vzpomínání. Vzpomínání může dále plnit funkci:

- zdůraznění pozitivních stránek seniora a zachování jeho sebepojetí,
- zvýšení pocitu vlastní hodnoty,
- udržení pocitu osobní identity,
- změna negativního image a narušení stereotypů a stárí,
- získání stimulující a příjemné zkušenosti,
- dosažení integrity v pojetí vlastního života,
- nabytí nesmrtelnosti. (Špatenková, Bolomská, 2011)

V reminiscenci rozlišujeme narativní přístup, reflektující přístup, expresivní přístup, informační přístup (bibliografie).

Narativní přístup (z lat. narro – vyprávět, líčit, vykládat) pracuje s vyprávěnými vzpomínkami. Hlavním cílem tohoto přístupu je vyplnění volného času seniorů, sociální začlenění, nastolení psychické pohody a poskytnutí prostoru pro sebevyjádření. Jedinec vyjadřuje volně a spontánně své vzpomínky. Reminiscence probíhá buď ve dvojici, ve skupině nebo jde o tiché individuální vzpomínání (autobiografie). Většinou jde o vyprávění příběhů ze života v uvolněné atmosféře a v bezpečném prostředí. Důraz je kladen na to, aby se senioři uvolnili, byli spolu a společně se i zasmáli. Hlavním rysem narativního přístupu je absence hodnocení.

Reflektující přístup je charakterizující životní rekapitulací seniora. U jedince probíhá proces celkového hodnocení obrazu jeho života. Rozhovor probíhá tváří v tvář mezi terapeutem a jedincem nebo malou skupinou. U seniora probíhá reflexe jeho života a to i se všemi konflikty a traumaty. Cílem reflektujícího přístupu je hledání smyslu života a jeho přijetí takového, jaký byl. Během terapie se objevují momenty úsměvné i tragické. Rozhovor často vede jedince k odpuštění a usmíření mezi přáteli a členy rodiny.

Expresivní přístup vytváří prostor pro vyjádření emocí, otevření minulosti a pro práci s těžkými vzpomínkami. Cílem přístupu je odkrytí a odhalení složitých témat, traumat, která jedinec nosí v sobě. Odkrytí expresivním mluvením přináší úlevu i zlepšení zdravotního stavu seniora.

Informační přístup (biografie) umožňuje seniorovi předat poznatky, zkušenosti, postoje a poučení mladší generaci. Lidé vyprávějí svůj životní příběh v kontextu historické události a podávají svoji vlastní interpretaci dobových událostí. Senioři během terapie získávají příležitost nabýt společenskou pozici a společenské uplatnění s možností ovlivňovat postoje a hodnoty sdílené ve společnosti. Reminiscenční program může obsahovat i přednášky pamětníků, setkání generací, retrospektivní výstavy, debatní kroužky, vzdělávací pořady atd. (Janečková, Vacková, 2010)

V následující části diplomové práce pomocí kvantitativního výzkumu zjistíme, jak senioři žijící v Domově pro seniory U Kašny v Kroměříži využívají nabídku aktivizačních činností.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

V praktické části se seznámíme s cíly a výzkumnými otázkami, u kterých budu prověřovat jejich pravdivost či nikoli. Představím vám výzkumný vzorec seniorů, který prošel mým výzkumným šetřením. Popíši vám metodologii výzkumu a také Domov pro seniory U Kašny v Kroměříži. Svou praktickou část jsem se snažila i z části obohatit o kratší rozhovor s vedoucí zařízení, paní Alenou Gazdovou. Na následujících stranách najdete rozbor otázek z interview, které mi posloužili k objasnění výzkumných otázek. V úvodu chci poděkovat pracovníkovi v sociálních službách, paní Ivaně Apolenářové, která mi poskytla přehledy programů pro uživatele Domova pro seniory U kašny v Kroměříži za rok 2011 a přehled pravidelných programů připravovaných pro klienty Domova pro seniory U Kašny v Kroměříži.

5.1 Cíle šetření

Cílem mé praktické části je zjistit, kolik seniorů v Domově pro seniory U Kašny v Kroměříži se pravidelně účastní společných aktivit. Dále mě zajímá, jaké společné aktivity se senioři zúčastňují nejraději a hlavně, jakou aktivitu postrádají. Do praktické části chci zahrnout i názory a postoje seniorů na společné aktivity. Myslím si, že je dobré znát, jak senioři tráví svůj volný čas, zdali jej prožívají aktivně či nikoli. Do praktické části chci zařadit i frekvenci návštěv seniorů ze strany rodiny a také, kdo rozhodoval o příchodu do zařízení. Stáří sebou přináší i zřaková omezení, proto mě zajímá jeho výskyt u seniorů a následné omezení seniora při aktivitách.

5.2 Výzkumné otázky

1. Myslím si, že většina dotazovaných seniorů žijících v Domově pro seniory U Kašny v Kroměříži má zájem o společné aktivity.
2. Předpokládám, že většina dotazovaných seniorů v tomto zařízení budou spokojeni s nabídkou společných aktivit.

3. Myslím si, že u většiny dotazovaných osob se bude vyskytovat zrakové postižení, zejména katarakta, šedý zákal, a toto zrakové postižení bude respondenty omezovat ve výběru aktivit.

5.3 Výzkumný vzorec

Výzkumným vzorcem méj diplomové práce je 51 respondentů žijících v zařízení - Domov pro seniory U Kašny v městě Kroměříži, kde jsem absolvovala praxe v rámci studia a následný sběr dat na diplomovou práci. Věková kategorie respondentů je od 63 do 94 let. Z celkového počtu 51 (100%) respondentů se ve výzkumném vzorci nachází 46 žen (90%) a 5 (10%) mužů.

5.4 Charakteristika metody výzkumu

K výzkumu jsem se rozhodla použít kvantitativní výzkum a data pro výzkumné šetření jsem sbírala pomocí metody strukturovaného interview. Zajímalo mě, jak se uživatelé sociálních služeb staví k nabízeným společným aktivitám v Domově pro seniory U Kašny v Kroměříži.

Kvantitativní přístup vychází z pozitivizmu. Tento filozofický směr, zakladatel A. Comte, vychází pouze z ověřitelných faktů a z empirického zkoumání. (Chrásková, 2007)

Pro své respondenty jsem měla připraveny dotazníky, ale musím však ze zkušenosti zmínit, že senioři se k vyplňování dotazníků staví spíše negativisticky. Jednak kvůli svému zdravotnímu stavu. Ten jim často činí potíže s jeho vyplněním, s písemným projevem. A vychází zde napovrch i jejich obava z nesprávného pochopení položek, otázek. Všichni moji respondenti přistoupili na zodpovězení dotazníku, ale s podmínkou, že budu zapisovat jejich odpovědi sama. Tak jsem se dostala k metodě strukturovaného interview. Navíc, když jsem sbírala data k výzkumnému šetření, tak v zařízení se také pracovalo se dvěma dotazníky, a to na cíle uživatelů služeb a na spokojenost s kvalitou poskytovaných služeb. Senioři byli zcela zahlceni náročností dotazníků pro účely zařízení, a proto si myslím, že jejich obavy z dalšího zodpovězení dotazníku byla zcela na místě.

Během zpracovávání dat jsem použila ruční třídění, které se používá cca do 100 respondentů. Jak jsem již zmínila v textu, postupovala jsem dle strukturovaného interview. To znamená, že já, jako tazatel, jsem měla přesně připravený text, ve kterém jsem měla přesně formulované otázky i jejich pořadí. K daným otázkám jsem nepřidávala komentář, ale otázky jsem pouze četla

a zaznamenávala odpovědi respondentů. Tato metoda se přibližuje k dotazníku, ale liší se tím, že odpovědi zaznamenává sám tazatel. (Chrásková, 2007)

Rozhovor (interview) se používá ke zjištění faktů, pocitů, názorů, postojů a hodnot respondenta. Rozhovory můžeme dělit podle cíle, které má daný rozhovor zjistit a to na: výzkumné, diagnostické, anamnestické, terapeutické, poradenské a výběrové. V mém případě se jedná o rozhovor výzkumný. Rozhovor s respondenty, seniory, má za cíl zjistit reakce, které jsou potřebné pro daný cíl výzkumu. (Plevová, 2004)

Respondentům bylo kladeno celkem 14 otázek a navíc 4 otázky ke zjištění demografických údajů, věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a jejich původní profese. Můžeme tedy hovořit, že senioři celkem zodpověděli 18 otázek. Chci upozornit na možnou nepřesnost termínu používaného v daných položkách a to, že nepoužívám termín aktivizační činnosti, ale termín společné aktivity. Senioři dobře nerozuměli termínu aktivizační činnosti, tak proto tato změna v terminologii. Po této změně terminologie byla seniorům položka jasně srozumitelná. Dále chci zmínit, že typ dané položky je vždy popsán pod jednotlivou položkou v průběhu textu.

5.5 Domov pro seniory U Kašny,

Riegrovo náměstí 159, Kroměříž 767 01

„Nikdo není zbytečný na světě, kdo ulehčuje břemeno někomu jinému.“

Posláním domova pro seniory je poskytovat celoroční pobyt, stravování a zdravotní, obslužnou, ošetrovatelskou i sociální péči. Dále jsou nabízeny i aktivity pro volný čas seniorů. Cílem je udržení kvality života klientů a vytvoření domácího prostředí. Hlavním principem poskytování sociálních služeb je dodržování a respektování práv klientů na základě Listiny základních práv a svobod. Důležité je respektování osobnosti jedince a zachování individuálního přístupu k jednotlivému klientovi. Domovy pro seniory poskytují sociální služby seniorům ve starobním i invalidním důchodu, kteří již nejsou schopni si životní potřeby zajistit sami. Sociální služby jsou poskytovány na základě dohody s klienty.

Zdroj: Rozhovor s vedoucí zařízení, informace z informačního letáku Sociálních služeb města Kroměříže

Bydlení

Zařízení Domova pro seniory U Kašny tvoří komplex čtyř budov. Kapacita zařízení je pro 80 klientů. Soběstační klienti bydlí v jednolůžkových pokojích a imobilní ve dvoulůžkových pokojích. Součástí všech pokojů je předsíň a sociální zařízení se sprchovým koutem. V pokojích je navíc i kuchyňská linka a převážná část pokojů dvoulůžkových má i svůj balkon. Navíc signalizační zařízení na pokoji lze po zakoupení kreditu využít jako telefonní linku. Uživatel služeb si může svůj pokoj vybavit drobnými bytovými doplňky a elektrickými spotřebiči. Klientům jsou k dispozici společné jídelny, společenské místnosti, společné koupelny s vanou, terasy a dvorní trakt s letním posezením.

Zdroj: Rozhovor s vedoucí zařízení, informace z informačního letáku Sociálních služeb města Kroměříže

Úhrady za bydlení

Měsíční úhrady za pobyt jsou závislé na velikosti pokoje, jeho příslušenství a typu odebrané stravy. Jestliže má klient přiznaný příspěvek na péči, tak je tato částka součástí úhrady za pobyt. Po úhradě za ubytování a stravu musí uživateli služeb zůstat 15% z jeho příjmu.

Zdroj: Rozhovor s vedoucí zařízení, informace z informačního letáku Sociálních služeb města Kroměříže

Ostatní informace pro uživatele služeb

Návštěvy jsou zde neomezeny. I sám klient může kdykoliv odejít z domova ven, např. na procházku do města, do supermarketu, anebo jen do restauračního zařízení. Uživatel má právo svůj pobyt v domově kdykoliv ukončit. Klienti se mohou registrovat u praktického lékaře, který pravidelně dochází do zařízení, ale je zde možnost zanechat si svého ošetřujícího lékaře z dřívější doby. Obslužnou péči provádí pracovníci v sociálních službách denně, 24 hodin. Obslužná péče zahrnuje péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování

kontaktu se společenským prostředím a sociálně terapeutickou činností. Klient může i využít služby kadeřnické, pedikérské a duchovní.

Zdroj: Rozhovor s vedoucí zařízení, informace z informačního letáku Sociálních služeb města Kroměříže

Domov pro seniory U Kašny v Kroměříži je domovem pro 80 seniorů. Z tohoto celku se zde nachází 51 klientů, kterým jejich zdravotní stav dovolí, aby se účastnili společných aktivit nebo si zvolili své aktivity mimo program zařízení. Tito senioři se podrobili mému šetření pro praktickou část mé diplomové práce. U ostatních 29 seniorů je jejich zdravotní stránka natolik nepříznivá, že se se seniory pracuje individuálně. Interview s těmito klienty by bylo nemožné. Jak jsem již zmínila, tak se s těmito klienty pracuje individuálně, a to:

- masáže akupresurními pomůckami,
- procvičování jemné motoriky,
- ergo stolek,
- provlékání provázků do dřeva,
- nacvičování podpisu,
- poznávání geometrických tvarů,
- práce s manipulační deskou,
- poznávání na hmatové desce,
- poznávání přírodních materiálů,
- stříhání a trhání textilních materiálů,
- kroužek ručních prací,
- procvičování chůze,
- trénink paměti (dokončování jednoduchých přísloví, vyjmenování barev, vaření – co se přidává do receptů, asociace ke slovům atd.)

5.6 Přehledy programů pro uživatele Domova pro seniory U Kašny v Kroměříži

Tabulka č. 1 – Přehled programů pro uživatele Domova pro seniory U Kašny v Kroměříži za rok 2011

Leden	Kavárnička pro dříve narozené
--------------	-------------------------------

	Odpoledne s tajenkou
	Divadelní představení pohádky Mrazík
	Zimní šipkařská liga
Únor	TV studio Mozaika
	Zimní šipkařská liga
Březen	Vystoupení kouzelníka Katonase
	Vystoupení pana učitele Plachého
	Beseda o Nepálu – Mgr. Pilát
	Zimní šipkařská liga
	Odpoledne s tajenkou
	Velikonoční mše svatá
Duben	Festival sociálních služeb Skládanka ve Zlíně
	Sportovní hry v DpS Vážany
	Hašlerovy písničky – vystoupení pana Šedivého
	Návštěva klientů DpS U Moravy a Vážan – pohádka Mrazík
	Návštěva klientů DOZP Barborka, DZR Strom života – pohádka Mrazík
	Návštěva klientů DpS Luhačovice a Burešov ze Zlína – pohádka Mrazík
Květen	Vystoupení kroužku Rozmarýnek
	Dopoledne plné her – deskové hry
	Vystoupení dětí z MŠ Postoupky
	Vystoupení dětí z MŠ Kolárova
	Turnaj v ruských kuželkách – v DpS U Moravy
	Přehlídka zájmové činnosti klientů Soc. služeb – Velké náměstí
Červen	Kavárnička pro dříve narozené
	Prázdninová kuželkářská liga
Červenec	Prázdninová kuželkářská liga
	Odpoledne s tajenkou
	TV studio Mozaika
	Písničky naší babičky – hudební program agentury Viola Olomouc
Srpen	Vystoupení dechové hudby ze SVC Šipka Kroměříž
	Prázdninová kuželkářská liga
	Klání o krále Vodní říše
	Výlet do Luhačovic

	Účast na dožínkovém jarmarku
Září	Sportovní hry seniorů v DpS U Kašny
	Zářijová kuželkářská liga
	Klání o krále Vodní říše
	Hry bez hranic – Lutopecny
	Muzikoterapie aneb léčba hudbou – divadlo Slunečnice Brno
Říjen	Turnaj o zlatou kouli v ruských kuželnkách
	Vystoupení skupiny Návraty z Tlumačova
Listopad	Výstava fotografií a výrobků v Knihovně Kroměřížska
	Luštíme soutěžní křížovku firmy Maretti Ostrava
	AG čte a zpívá Erbena – program Arcibiskupského gymnázia
Prosinec	Kavárnička pro dříve narozené
	Vánoční posezení seniorů v hospůdce Na Hradě v Dolních zahradách
	Hudební vystoupení agentury Viola Olomouc
	Mikulášská besídka – divadelní představení Princezna Lada
	Vystoupení kroužku Rozmarýnek
	Vánoční posezení u sester řádu sv. Kříže na Koperníkově ulici
	Vystoupení dětí MŠ Zacha v Kroměříži
	Návštěva živého Betlému na Velkém náměstí
	Vánoční mše svatá

Zdroj: Plán společných aktivit od Ivany Apolenářové – pracovník v sociálních službách

Tabulka č. 2 – Přehled pravidelných programů připravovaných pro klienty Domova pro seniory v Kroměříži

Masáže akupresurními pomůckami
Cvičení nejen pro zdraví
Tanečky pro seniory
Cyklistická vyjížďka – cvičení na šlapadle
Procvičování jemné motoriky (ergo stolek, provlékačky)
Cvičení s činkami
Kroužek ručních prací

Společenské hry
Čtení na pokračování
Trénink paměti
Muzikoterapie
Půjčování knih

Zdroj: Plán společných aktivit od Ivany Apolenářové – pracovník v sociálních službách

5.7 Úsek rozhovoru s vedoucí Domova pro seniory U Kašny v Kroměříži

Praktickou část své diplomové práce jsem obohatila i o výsek krátkého rozhovoru s vedoucí zařízení, paní Alenou Gazdovou. Cílem tohoto rozhovoru bylo zjistit názor vedoucí zařízení, co přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a hlavně mě zajímalo, jak by zhodnotila z praxe změnu v přístupu k seniorům, jako k uživatelům služeb. Interview obsahuje celkem 4 položky otevřeného typu.

1. Myslíte si, že se situace zlepšila po vydání zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách?

„10 až 12 let jsme čekali. A jistě něco přinesl, ale dokonalý úplně není. Dal pravidla, kdo má být zaměstnaný, přinesl spoustu věcí, o které se můžeme opřít. Je to náš zákon, ale mohlo by se na něm víc pracovat.“

2. Jak hodnotíte postoj personálu k uživateli služeb před a po vydání zákona?

„Já sama jsem zdravotní sestra a ze zkušenosti, z dvacetileté praxe vím, jak se dřív bral klient. Dříve v domovech pracovaly jen zdravotní sestry. A ty vidí jen odborně. A zajímá je hlavně puls a převazy. Nebyly v tom terapie a aktivizace. Jen péče o lidi, zdraví, jídlo a hygiena. Bylo to období tlaků, pulsů a léků. Začali jsme cítit potřebu tzv. společnic, které se budou věnovat určité aktivizaci s klienty, povídat si s nimi, rozvíjet je, vytvářet jim prostor pro přemýšlení a nějak je aktivně zabavit, a tak vznikl název společnosti. Tady u nás v Kroměříži.“

3. Do jakého roku datujete odchod zdravotních sester do ústraní?

„Odbourávání sester začalo v roce 2003 až 2004. Začal existovat pracovník v obslužné péči a odborná vychovatelka. Dnes zaměstnáváme 34 pracovníků, z toho je jich 5 zdravotních sester a 29 pracovníků sociální péče.“

4. Jak se změnilo samostatné rozhodování uživatele služeb?

„Dříve byl velký vliv zdravotní péče. Dřív klient více musel a rozhodoval za něj personál. Například musel dodržovat dietu a dnes si o ní rozhodne sám, jestli ji bude nebo nebude dodržovat. Je tady doma a doma by ji taky někdy nedodržoval.“

Jak lze vycítit z rozhovoru, tak přístup i péče k seniorům postoupili více dopředu a to správným směrem.

5.8 Rozbor položek z dotazníku

V následující podkapitole vás chci seznámit s jednotlivými položkami z interview a s výsledky výzkumného šetření.

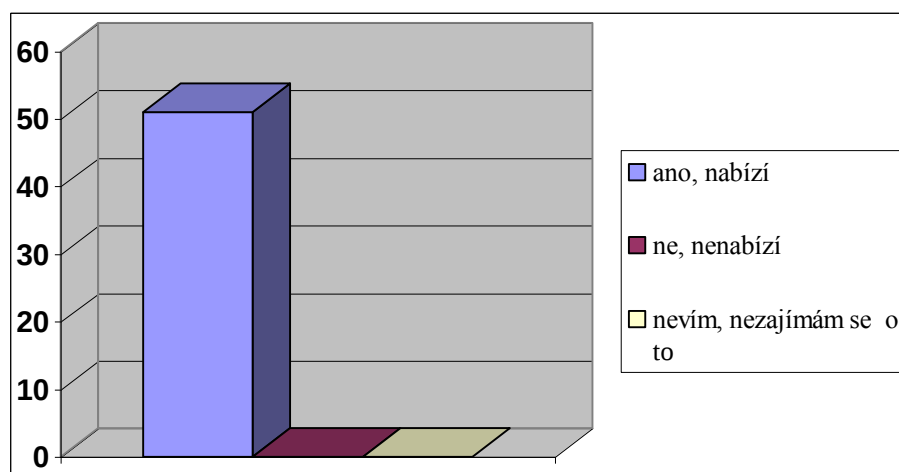
1. Nabízí Vám zařízení program společných aktivit?

- a) Ano, nabízí
- b) Ne nenabízí
- c) Nevím, nezajímám se o to

Tabulka č. 3 – informovanost o nabídce společných aktivit

ano, nabízí	51
ne, nenabízí	0
nevím, nezajímám se o to	0

Graf č. 1 – informovanost o nabídce společných aktivit



Otázka č. 1 je uzavřená, strukturovaná, položka nabízející respondentovi předem připravené odpovědi. Respondent měl na výběr ze tří odpovědí, a to za a) ano, nabízí, b) ne, nenabízí, c) nevím, nezajímám se o to. Z celkového počtu 51 (100%) respondentů souhlasilo s odpovědí a) ano, nabízí 51 (100%) dotazovaných seniorů. Odpověď b) ne, nenabízí a c) nezajímám se o to - nezvolil žádný (0%) z 51 seniorů. I ti, kteří se nezúčastňují společných aktivit, tak jsou o této nabídce informováni. Myslím si, že tento výsledek svědčí o komunikaci a informovanosti mezi uživatelem a poskytovatelem služby.

2. Zúčastňujete se společných aktivit v zařízení?

a) Ano, zúčastňuji se

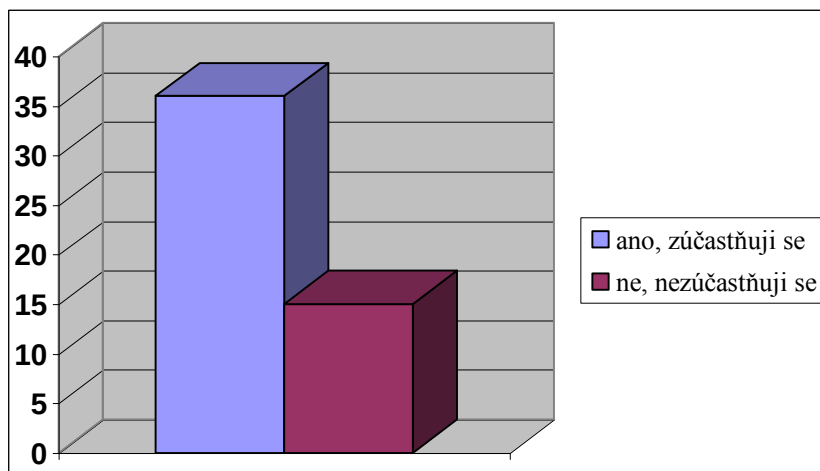
b) Ne, nezúčastňuji se, protože.....

(pokračujte otázkou č. 7)

Tabulka č. 4 – účast na společných aktivitách

ano, zúčastňuji se	36
ne, nezúčastňuji se	15

Graf č. 2 – účast na společných aktivitách



Položka č. 2 je polouzavřenou a filtrační otázkou, která rozdělí seniory na dvě podskupiny, a to na zúčastňující se a nezúčastňující se seniory. Senioři, kteří se neúčastní společných aktivit, budou pokračovat otázkou č. 7. Respondentovi je dána možnost k vyjádření svého názoru, který je v této situaci podstatný. Tato otázka měla zjistit, kolik respondentů se zúčastňuje společných aktivit v Domově pro seniory U Kašny v Kroměříži. Z celkového počtu 51 (100%) seniorů zvolilo odpověď a) ano, zúčastňuji se 36 (71%) osob a odpověď b) ne, nezúčastňuji se 15 (29%) osob. Považuji za důležité zmínit odpovědi, proč se někteří senioři vůbec neúčastní společných aktivit. Z 15 (100%) respondentů nezúčastňujících se společných aktivit odpovědělo na otázku b) ne, nezúčastňuji se, protože 12 (80%) seniorů a 3 (20%) seniorů se odmítli vyjádřit.

R1: „Chci mít klid. Ženský tam štěbetají a pomlouvají a je z toho akorát peklo a na to nejsem zvědavá. Nebaví mě to tu, ale nevím kam jít. Nic už nechci dělat, ať mi dají pokoj.“

R2: „Nebaví mě to. Jsou to zábavy pro starý lidi a já se necítím ještě jako starý.“

R3: „Mám strach, že by se mi zdravotně přitížilo. Chci být v posteli.“

R4: „Jsem ráda, že jsem ráda. Všechno mě bolí. Mám umělé kyčle a nemůžu dlouho sedět. Za války jsem byla nasazena na výrobu cihel ve Vítkovicích pro Hitlera. Zažila jsem válku a nemám si s ostatními ženskýma, co říct. Ony pořád mluví jen o penězích a roznáší klepy.“

R5: „Velký problém je sluch. Myslí mi to na tolik, že můžu ještě rozvíjet otázky, ale když neslyším, tak je to největší potíž, ten sluch.“

R6: „To přinese jen pletky a klepy a nechci tam zbytečně utrácet čas. Společné akce jsem neměla nikdy ráda a nejsou to moje koníčky.“

R7: „Nemá to smysl, rozhodně. Konstatuji i za těch pár měsíců, že to nemá smysl. Účastníci mají zdravotní potíže, je to nesmysl.“

R8: „Špatně slyším.“

R9: „Nechce se mi.“

R10: „Dříve ano, ale teď se mi už nechce.“

R11: „Jsem nemocná, ale když jsem byla zdravá, tak ano.“

R12: „Ne, mám svoje zájmy.“

3. Zakroužkujte, jakých společných aktivit se zúčastňujete nejraději a nejčastěji. Můžete zakroužkovat více možností.

- a) Sportovní hry (šipkařská liga, turnaj v ruských kuželkách, jízda na šlapadle)
- b) Tanečky pro seniory
- c) Muzikoterapie (Hašlerovy písničky, Tibetské mísy, Odpoledne s písničkou)
- d) Deskové hry
- e) Výlety, rekreace, návštěvy jiných domovů
- f) Společenské programy (divadelní představení, vystoupení dětí a žáků z MŠ, ZŠ i AG KM, vzdělávací přednášky, vystoupení kouzelníka, veřejné výstavy)
- g) Čtení na pokračování
- h) Mše svatá
- i) Kroužek ručních prací
- j) Kavárnička pro dříve narozené
- k) Výběr a půjčování knih
- l) Trénink paměti
- m) Luštění tajenek, křížovek a kvízů

Tabulka č. 5 – seřazení společných aktivit dle oblíbenosti

společenské programy	33
muzikoterapie	26

Sportovní hry	22
čtení na pokračování	19
trénink paměti	16
deskové hry	16
tanečky pro seniory	14
ruční práce	13
kavárnička pro dříve narozené	13
luštění tajenek, křížovek a kvízů	13
mše svatá	10
výlety, rekreace, návštěvy jiných domovů	8
půjčování knih	8

Otázka č. 6, výčtová položka, ve které respondent může volit více odpovědí a jeho výběr je zde neomezen, měla zjistit okruhy společných aktivit, kterých se respondenti nejraději a nejčastěji účastní. Tyto okruhy jsem sestavila z přehledu pravidelných programů pro klienty a z ročního přehledu programu pro klienty Domova pro seniory U Kašny v Kroměříži. Vycházíme z 36 (100%) respondentů. Většina seniorů (92%) zařadila mezi nejraději navštěvované společné aktivity okruh s názvem Společenské programy. Společenské programy zprostředkovávají seniorům kontakt se společenským prostředím. Z nabídky společenských programů vítězí vystupování dětí z MŠ. Druhá v pořadí je muzikoterapie (72%). Myslím si, že muzikoterapie získala na oblíbenosti díky vystoupením pana Šedivého, který zpívá Hašlerovy písničky, které senioři rádi poslouchají i zpívají. Na třetím místě v oblíbenosti se umístily Sportovní hry (61%). Ze zkušenosti vím, že hraní šipek je mezi seniory opravdu velký fenomén. Lze podotknout, že i ve stáří si člověk rád zasoutěží s ostatními a z výhry má upřímnou radost. Čtení na pokračování (53%) hodnotím jako velmi přínosnou věc, ale musí se dobře využít. Senior se stává pouhým posluchačem, ale ne však pasivním účastníkem. Po přečtení textu vždy následovala rekapitulace a možnost pro vyjádření svého názoru na dané postavy a jejich činy. Následující úvod hodiny začínal rozpomínáním se na minulý úsek z knihy. Tato metoda vedla seniory ke společné komunikaci, konverzaci, k možnosti se sám vyjádřit, přemýšlet a verbálně vyjádřit své úvahy k ději a hlavně k posilování paměti. Trénink paměti (44%) je zajímavý tím, že tyto hodiny jsou vedeny jednou klientkou, která dříve působila v pedagogicko psychologické poradně. Já osobně hodnotím její aktivitu velmi pozitivně, protože je ostatním klientům bližší a lépe si dokáže

uvědomit možnosti ve stáří. Na druhou stranu jsem se setkala i s negativními názory ze strany samotných seniorů. Někteří senioři sdílí názor ten, že se nad nimi chce jen povyšovat, protože má vysokoškolské vzdělání. Deskové hry (44%) považují za výbornou aktivitu pro seniory, kteří jsou pohybově omezeni. Hry stimulují seniorovu soutěživost, pravidla hry podněcují jeho paměť a hra sama o sobě se stává prostředkem ke společnému kontaktu. Do popředí se dostávají i společenské hry, jako je Český film, Svět, Evropa nebo Česko. Konkrétně tyto hry nehraje každý jednotlivec sám za sebe, ale hrajeme jako jeden společný tým. Otázky jsou v těchto společenských hrách poněkud těžší, tak se snažíme vyvarovat okamžikům, když někdo nemá dané znalosti. Každý má možnost říci svůj typ na správnou odpověď. Ruční práce (39%) jsou mezi seniorkami oblíbené. Při výrobě jde na starší generaci vidět jejich radost z tvorby a z následného prodeje výrobků v místním obchůdku. Když vidí, že jejich snaha a práce je užitečná, tak jsou nadšení. Tanečky pro seniory (39%) jsou využitelné na procvičení motoriky, ale současně i na trénink paměti. Senior si musí zapamatovat cviky, které po sobě následují. Kavárničku pro dříve narozené (36%) hodnotím jako příjemnou sešlost u kávy. S nadsázkou bych tuto společnou aktivitu popsala jako reminiscenci. Senioři vzpomínají na své životy a povídají si o svých životních osudech. Luštění tajenek, křížovek a kvízů (36%) se zúčastňují senioři, kteří luštění tajenek řadí i do svých zálib. Mši svatou (28%) většina jedinců volí spíše v kostele, nežli v zařízení. Je nutno říci, že mše jsou pořádány pro seniory s vážnějšími zdravotními problémy. Okruh výlety, rekreace a návštěvy jiných domovů (22%) shledávám jako aktivitu určenou jen několika málo seniorům, kteří jsou v dobrém zdravotním stavu. Půjčování knih (22%) je aktivita, při které si senioři dávají mezi sebou typy na knihy, které je zaujaly. Opět zde výborně funguje komunikace a rozpomínání se na děj knihy, kterou již někdy četli.

4. Z jakého důvodu se zúčastňujete společných aktivit v zařízení?

- a) Baví mě to**
- b) Chci trávit svůj čas s ostatními**
- c) Ze zvědavosti**
- d) Chci poznávat nové věci**
- e) Z pocitů nudy**
- f) Kvůli personálu**
- g) Z jiného důvodu.....**

Tabulka č. 6 – důvody účasti na společných aktivitách

baví mě to	16
chci trávit svůj čas s ostatními	7
chci poznávat nové věci	5
z pocitů nudy	3
ze zvědavosti	2
z jiného důvodu	2
kvůli personálu	1

Položka č. 4 je polouzavřenou otázkou, seniorovi jsou nabídnuty možnosti odpovědi a navíc zde může vyjádřit i svůj konkrétní důvod, pokud není s nabídkou odpovědi spokojen. Vycházíme z 36 (100%) respondentů, jež se zúčastňují společných aktivit. Nejvíce zúčastňujících se respondentů na společenských aktivitách zvolila nabídku odpovědi a) baví mě to 16 (44%) seniorů, možnost b) chci trávit svůj čas s ostatními 7 (19%) seniorů, variantu c) ze zvědavosti 2 (6%) seniori, d) chci poznávat nové věci 5 (14%) seniorů, e) z pocitů nudy 3 (8%) seniori, f) kvůli personálu 1 (3%) senior a g) z jiného důvodu 2 (6%) seniori. Odpovědi k variantě g) jsou poznamenány v textu.

R1: „Rozptýlí mě to. Není to aspoň, tak jednotvárné.“

R2: „Cítím, že mi to posiluje psychiku.“

5. Jaké je Vaše očekávání od společných aktivit v zařízení?

.....
.....

Položka č. 5 je otevřenou otázkou, respondent není omezen ve své výpovědi a v názoru na společné aktivity v rámci zařízení. Z 36 (100%) respondentů k této otázce řekl své očekávání 24 (67%) seniorů a 12 (33%) seniorů se nevyjádřilo.

R1: „Dobrá, těším se na to.“

- R2:** „Že budou pokračovat.“
- R3:** „Abych byla trošku vzdělanější. Dřív jsem znala jen domácnost, kačeny, slepice a práci.“
- R4:** „Když tam přijdu, abych věděla, oč se jedná.“
- R5:** „Čekám, že se to zlepší, že bude více možností.“
- R6:** „Aby mě to uklidnilo.“
- R7:** „Čekám, jestli mi to něco dá, přinese. Jsem samotář, tak je to pro mě nové. Jsem omezen, že jsem hluché.“
- R8:** „Aspoň si uklidním nervy.“
- R9:** „Lidé by si měli toho všimat. Ti ostatní nemají zájem o kulturu a sestry se o to taky nezajímají. Nabízí tu všední věci, o které není zájem.“
- R10:** „Mám z toho radost, když se nám to daří, a když jdou výrobky na trh.“
- R11:** „Že žiju, že existuju.“
- R12:** „Dobré.“
- R13:** „Aby člověkoví ušel čas. Je tu dlouhá chvíle. Když je člověk ode dne ke dnu, co máte dělat? Sem tam máte návštěvu a jinak co?“
- R14:** „Pobavení a poznání nových věcí.“
- R15:** „Udělat dětem radost, že jim zatleskáme za to, že to tak pěkně nacvičily.“
- R16:** „Že mě to pobaví a poznám nové věci.“
- R17:** „Mám radost, když vyhraju. Baví mě to.“
- R18:** „Ráda se na to těším.“
- R19:** „Co bych měla očekávat, když jezdí na rotopedu. Vím, co můžu a nemůžu.“
- R20:** „Účast.“
- R21:** „Leccos se dovím, něco mi poví.“
- R22:** „Nic to nepřináší.“
- R23:** „Rozhýbu se a ubyde mi hlavně čas, lepší to uběhne.“
- R24:** „Moje už žádný.“

6. Jak jste spokojen(a) se společnými aktivitami v zařízení? Zakroužkujte na stupnici 1-5.

jsem spokojen(á) 1 2 3 4 5 nejsem spokojen(á)

Tabulka č. 7 – spokojenost se společnými aktivitami

1	19
2	11
3	4
4	0
5	0

Položka č. 6 zaznamenává na škále Likertova typu stupeň hodnocení společných aktivit. Z celkového počtu 36 respondentů zúčastňujících se společných aktivit se 2 respondenti odmítli vyjádřit z důvodu, že nechtějí mít problémy s vedením. Ani po vysvětlení, že interview je určen pro školní práci a ne pro účely zařízení, se nerozhodli jinak. Proto v této položce pracujeme se 34 (100%) respondenty. Variantu a) 1 (největší spokojenost) zvolilo celkem 19 (56%) seniorů, variantu b) 2 11 (32%) seniorů, variantu c) 3 4 (12%) senioři. Jak zřetelně vidíme v tabulce, tak poslední varianty d) 4 a e) 5 (nejmenší spokojenost) nikdo ze seniorů nezvolil.

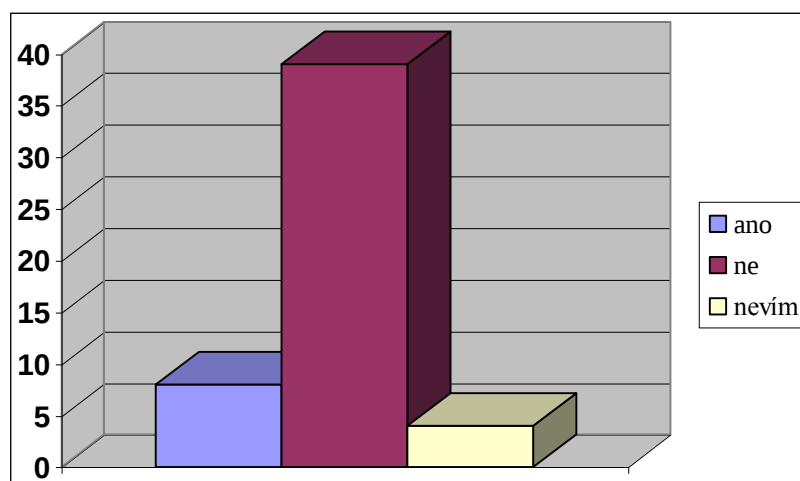
7. Chybí Vám zde v domově nějaká společná aktivita, o kterou máte zájem?

- a) Ano – jaká?.....
- b) Ne
- c) Nevím

Tabulka č. 8 – počet chybějících společných aktivit

ano	8
ne	39
nevím	4

Graf č. 3 – chybějící společná aktivita



Položka č. 7 je polouzavřenou otázkou, která má za úkol zjistit, zdali v zařízení senioři postrádají nějakou společnou aktivitu. Odpověď a) ano – jakou zvolilo 8 (16%) seniorů a senioři i jasně vyjádřili, o jakou chybějící aktivitu se jedná. Jejich výpovědi jsou uvedeny v textu. Odpověď b) ne zvolilo 39 (76%) respondentů a variantu c) nevím 4 (8%) respondenti.

R1: „Promítání filmů. Ale, aby chodili lidi. To je tu velký problém. Oni o takové věci nemají zájem.“

R2: „Návštěva muzea. O kulturu tu není zájem.“

R3: „Jezdit na kole po venku.“

R4: „Více chození po venku a do společnosti lidí.“

R5: „Koncerty a divadelní představení.“

R6: „Politická sezení s ostatními, ale máme problém, že se neslyšíme.“

R7: „Chci zpívat a pořádat koncerty pro ostatní.“

R8: „Hra na klavír.“

8. Co si myslíte o společných aktivitách v zařízení?

.....

.....

Cílem otevřené položky č. 8, co si myslíte o společných aktivitách, je zjistit názory a postoje respondentů ke společné aktivizaci. Je ovšem škoda, že se k této otevřené otázce z celkového počtu 51 (100%) respondentů vyjádřilo jen 28 (55%) seniorů. Zbývající respondenti se buď k otázce vůbec nevyjádřili, nebo odpověděli, že neví. Postoje jsou vesměs kladného charakteru.

R1: „Rozptyluje nás to. Jsme rádi, že za námi přijdou děti.“

R2: „Jsou dobré. Baví mě to. Člověk není aspoň o samotě.“

R3: „Je to pro člověka dobrý a nový. Člověk se trochu zdokonalí.“

R4: „Abychom byli spolu a společně něco tvořili.“

R5: „Že se snaží.“

R6: „Že jsou důležité, aby lidem nebylo smutno.“

R7: „Věřím, že někomu to vyhovuje, ale pro někoho je to naivní.“

R8: „Má to význam.“

R9: „Baví mě to a je to užitečné pro prokrvení mozku.“

R10: „Ať si mezi sebou dělají, co chtějí. Mě to nezajímá.“

R11: „Je to užitečné pro lidi, ale oni o to nemají zájem. Jim to nikdo nenabízí, co by chtěli dělat. Větší zájem o kulturu byl v Holešově. Tady nevyužívají té kultury.“

R12: „Líbí se mi to.“

R13: „Navzájem se poznáváme s ostatními, to je dobře.“

R14: „Že je to dobré.“

R15: „Posilují mě duševně.“

R16: „Těší nás to.“

R17: „Je to dobré.“

R18: „Jsou převážně dobré.“

R19: „Je to pěkné, ale mělo by být toho více. Je toho málo. Účastní se jen ti, co můžou, a společenská místnost nemá kapacitu pro nás vozíčkáře.“

R20: „Člověk se musí sám ocenit. Sebekritika, co můžu a co nemůžu. Stáří přináší neduhy a mění se mi i psychika.“

R21: „Že mě zabaví.“

R22: „Dobře to pro nás dělají.“

R23: „Sluchové možnosti jsou velkou zábranou.“

R24: „Každý má jiný zájem. Já o to zájem nemám, protože mi to dělalo zle.“

R25: „Je jich dost, ale malá návštěvnost.“

R26: „Jsou nepřiměřené věku anebo prostě ti lidé na to nemají.“

R27: „Když jsou dobré, tak je to fajn.“

R28: „Je to dobrý.“

K otevřeným (nestrukturovaným) položkám č. 8 a 5 se senioři vyjadřovali obtížněji v porovnání s ostatními položkami nabízející odpovědi. Respondentům dělalo potíže se správně vyjádřit a zformulovat svůj postoj do vět. V mnoha případech zvolili lehčí variantu odpovědi, nevím.

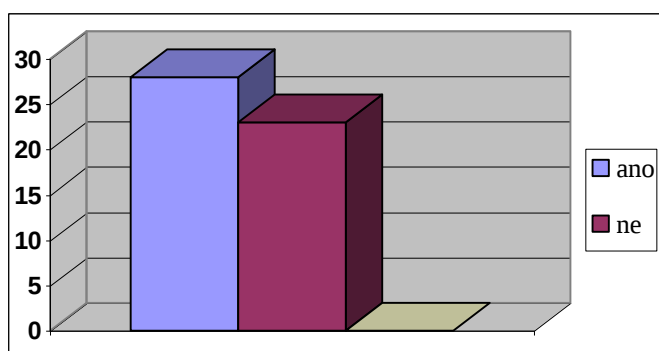
9. Máte diagnostikovanou nějakou zrakovou vadu?

- a) Ano – jakou?.....
- b) Ne (pokračujte otázkou č. 11)
- c) Nevím

Tabulka č. 9 – počet diagnostikovaných zrakových vad

ano	28
ne	23
nevím	0

Graf č. 4 – diagnostikované zrakové vady



Položka č. 9 je polouzavřenou, filtrační položkou, která dělí respondenty na dvě skupiny a táže se respondenta na výskyt zrakové vady. Z 51 (100%) respondentů zvolilo odpověď a) ano – jakou 28 (55%) seniorů, b) ne 23 (45%) respondentů, c) nevím 0 (0%) respondentů. Původně tato položka zněla: Máte diagnostikované nějaké zrakové postižení? Senioři na výraz postižení

reagovali negativně, tak jsem pro komunikaci bez obtíží zvolila spojení zrakové vady. Zde jsem nevypisovala všechny odpovědi respondentů, kteří zvolili odpověď a) ano – jakou, jelikož z celku 28 (100%) respondentů udalo 26 (93%) seniorů, že je u nich diagnostikována nebo již úspěšně operován šedý zákal a 2 (7%) senioři jsou zasaženi zeleným zákalem, který nelze operovat, ale pouze ho pozastavit v jeho nynější fázi.

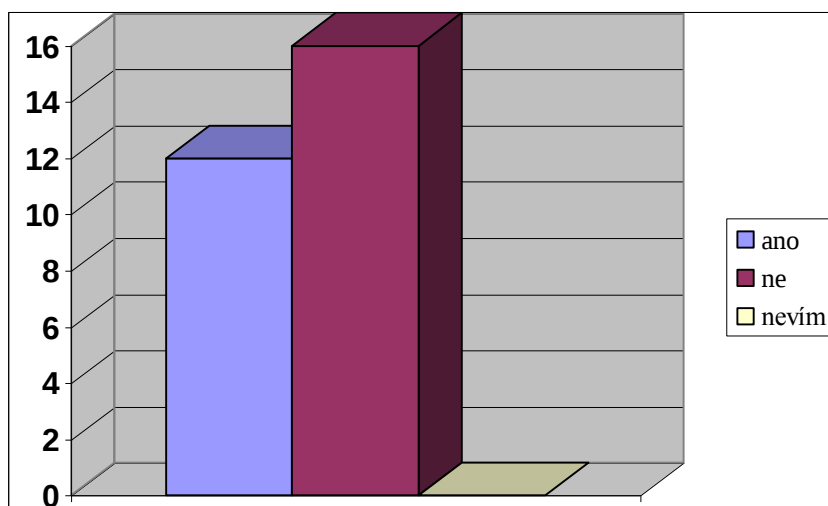
10. Ovlivňuje nebo omezuje Vás Vaše zraková vada ve výběru aktivit?

- a) Ano – při jaké aktivitě?.....
- b) Ne
- c) Nevím

Tabulka č. 10 – vliv zrakového postižení ve výběru aktivit

ano	12
ne	16
nevím	0

Graf č. 5 – vliv zrakové vady na výběr aktivit



Položka č. 10, polouzavřená otázka, měla za úkol zjistit, zdali seniora ovlivňuje jeho zraková vada ve výběru aktivit. Pracovala jsem s celkovým počtem 28 (100%) respondentů, kteří mají

nebo jsou po operaci zrakové vady, zejména katarakty, šedého zákalu. Odpověď a) ano – při jaké aktivitě zvolilo 12 (43%) respondentů, b) ne 16 (57%) respondentů, c) nevím 0 (0%) respondentů. Výpovědi R1-R12 jsou respondenti, kterým zrakové postižení činí problémy. Záznam výpovědí R13-R23 jsou respondenti, kterým zrakové postižení již nečiní problémy. Jak se můžeme dočíst z výpovědí R13-R23, tak velký vliv na zlepšení zrakového postižení měla operace šedého zákalu. Lze říci, že po úspěšně vykonaném chirurgickém zákroku, v našem případě odstranění šedého zákalu, nečiní seniorům jejich zrakové postižení větší potíže při výběru aktivit.

R1: „Ovlivňuje mě při háčkování, čtení a při luštění křížovek.“

R2: „Nemohu hrát šipky a chci.“

R3: „Ano, omezuje mě v drobných činnostech a při čtení.“

R4: „Jistěže mě to omezuje, vždyť vidím zamlženě.“

R5: „Omezuje mě ten šedý zákal při čtení a psaní.“

R6: „Ano omezuje a hlavně při drobné činnosti a nemohu kvůli tomu už háčkovat.“

R7: „Vidím jen 30 cm na blízko a do dálky vidím v mlze. Ano omezuje mě ve čtení a ve vyšívání.“

R8: „Nemůžu číst, dělají mi problémy malá písmena.“

R9: „Nevidím pořádně na televizi a na čtení.“

R10: „Jistě. Při hraní šipek mě to hrozně zkresluje.“

R11: „Jo, jen, když jdu na procházku, tak nevidím jasně do dálky.“

R12: „Ano omezovalo a po té hrozné operaci je to ještě horší.“

R13: „Po operaci už ne, ale před operací jsem viděla clonu, jako dvě fólie.“

R14: „Ne, ale nemůžu se dívat dlouho na televizi.“

R15: „Před operací jsem měla vše zamlžené, ale teď vidím normálně.“

R16: „Ani o to nevím, byl jsem na výborné operaci ve Zlíně.“

R17: „Ve všem mě to omezovalo, ale po operaci bylo vše v pořádku.“

R18: „Moc mě to omezovalo. Viděla jsem rozmazaně a přibližovala se mi nejasnost, ale po operaci se to zlepšilo.“

R19: „Ano omezovalo mě to, ale ta operace měla velký vliv, cítila jsem se lépe.“

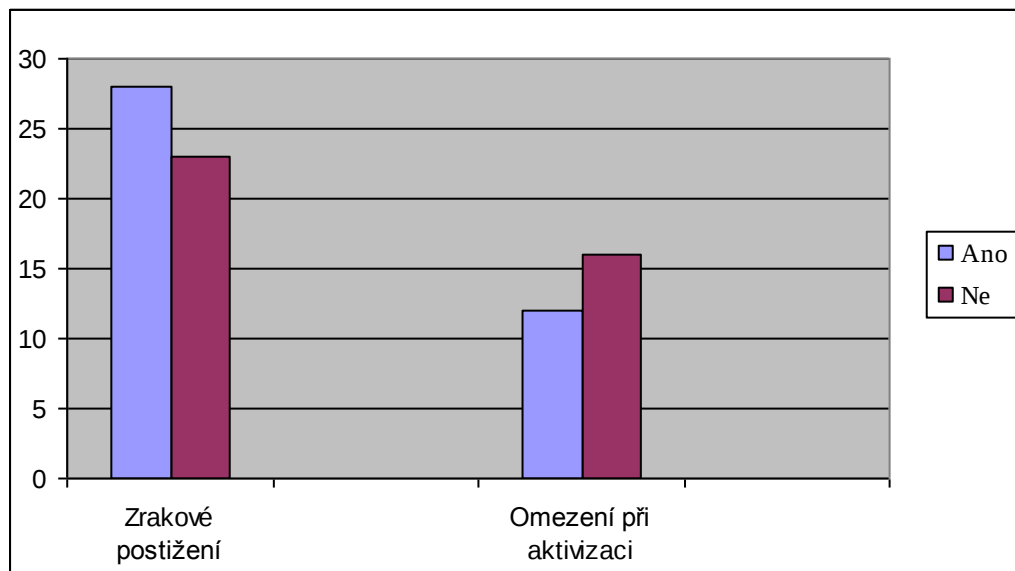
R20: „Ano omezovalo. Po operaci, ale žádné omezení. Jen mě stále bolela hlava.“

R21: „Omezuje mě to ve výběru drobnějších prací, ale při větších věcech nemám problémy.“

R22: „Ano omezovalo mě to při četbě, ale po operaci jsem spokojena. Zase čtu.“

R23: „Ne, jen jsem to měla všechno zamlžené, ale po operaci už vidím.“

Graf č. 6 - výskyt zrakového postižení a omezení při aktivizaci



11. Jaké jsou Vaše koníčky a záliby zde v domově?

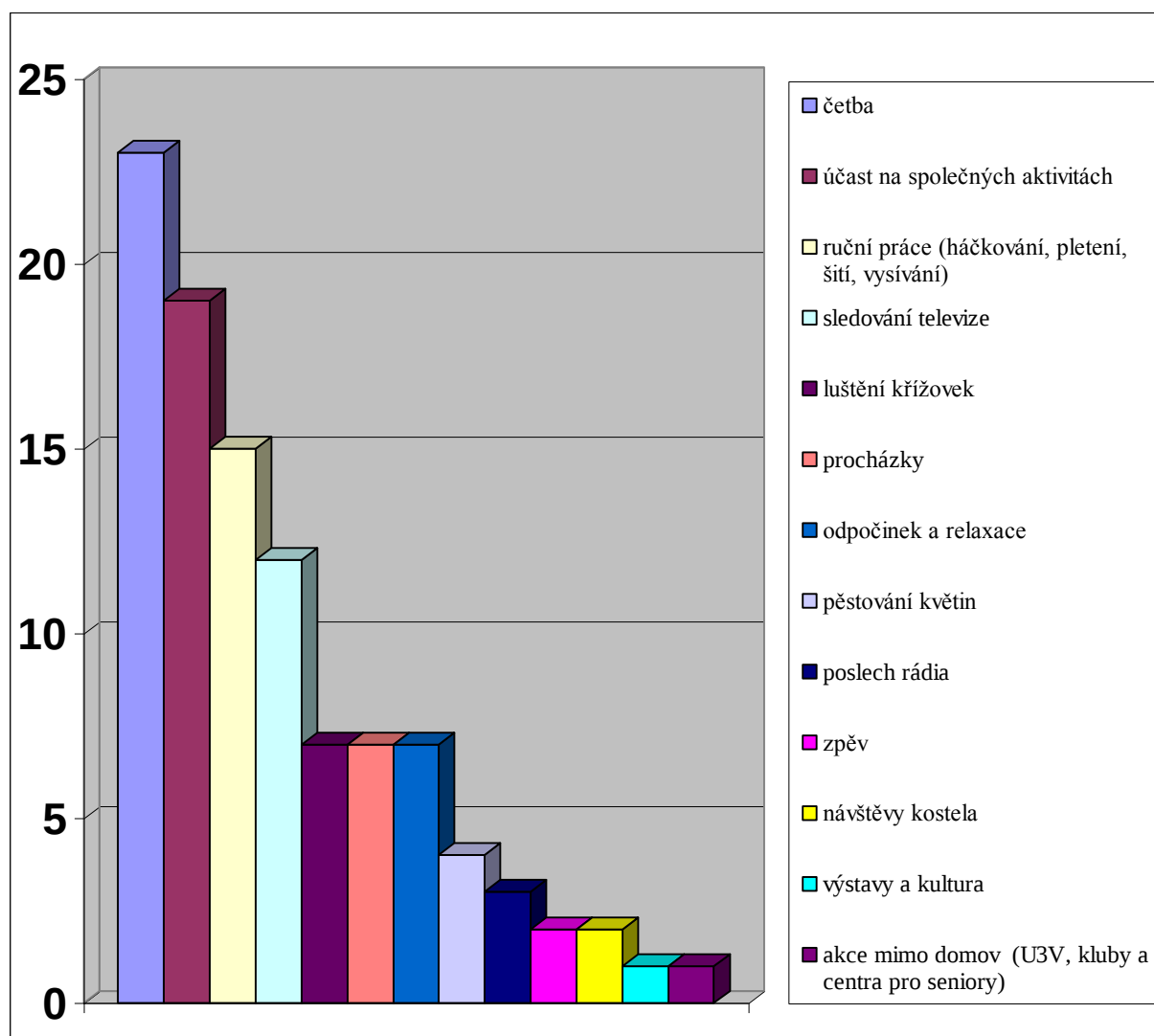
.....

Tabulka č. 11 – koníčky a zájmy respondentů

četba	23
účast na společných aktivitách	19
ruční práce (háčkování, pletení, šití, vysívání)	15
sledování televize	12
luštění křížovek	7
procházky	7
odpočinek a relaxace	7
pěstování květin	4
poslech rádia	3

zpěv	2
návštěvy kostela	2
výstavy a kultura	1
akce mimo domov (U3V, kluby a centra pro seniory)	1

Graf č. 7 - nejčastější koníčky a zájmy respondentů



Otázka č. 11 je otevřenou, nestrukturovanou, položkou. To znamená, že respondenti nenabízí žádnou odpověď. Je u nich určen jen předmět, ke kterému se má respondent vyjádřit. Jak lze

vyčíst z tabulky a následného grafu, tak je mezi seniory na prvním místě četba (45%), na druhém místě účast na společných aktivitách (37%), na třetím místě ruční práce (29%), za ním následuje sledování TV (20%), luštění křížovek (14%), procházky (14%), odpočinek a relaxace (14%), pěstování květin (8%), poslech rádia (6%), zpěv (4%), návštěvy kostela (4%), výstavy a kultura (2%) a akce mimo domov (2%). Výsledek této položky mě opravdu překvapil v tom, že sami senioři řadí účast na společných aktivitách mezi své záliby a koníčky, což považuji za velký pokrok.

12. Jak trávíte svůj volný čas v zařízení, když jste na pokoji a máte čas jen pro sebe?

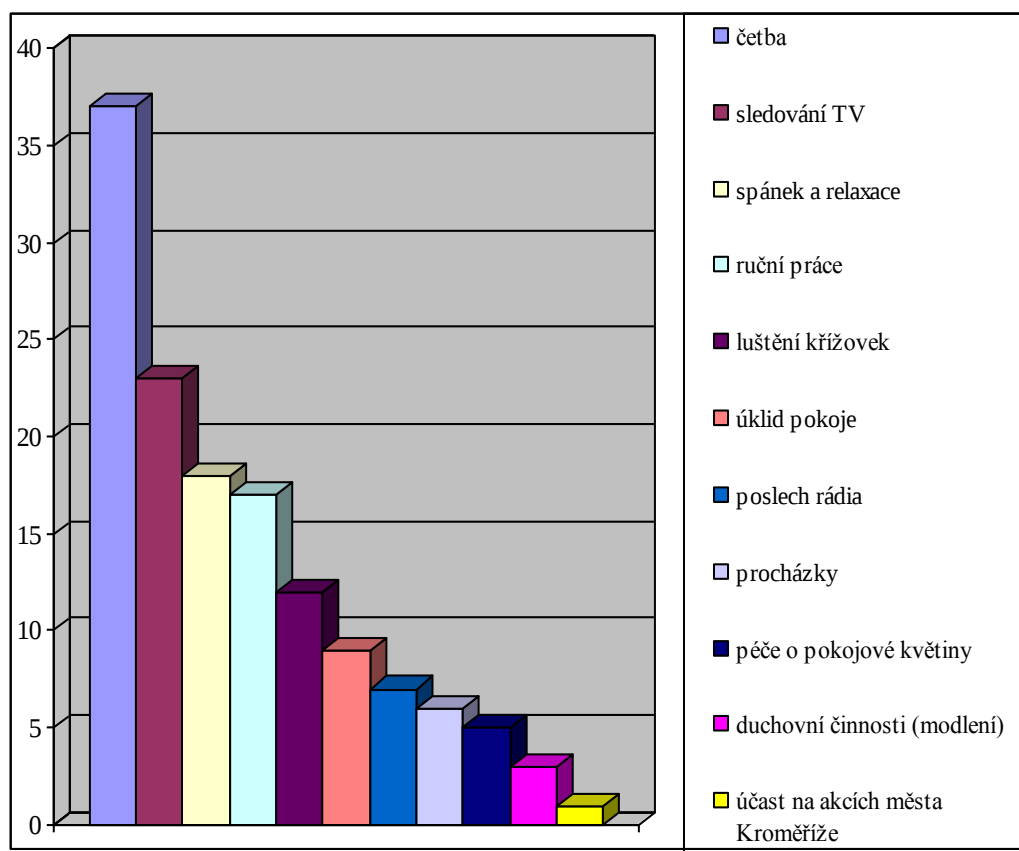
.....

Položka č. 12 je otevřenou otázkou a má za úkol zjistit, jakou činností se senioři nejčastěji baví, když jsou na pokoji a mají čas jen pro sebe. Může se zdát, že tyto otázky jsou téměř stejné, ale seniorům se na tuto otázku v porovnání s otázkou č. 11 odpovídalo mnohem jednodušeji. Myslím si, že pro některé bylo více jednodušší vzpomenout si na svou činnost, když je na pokoji, než přemýšlet o svých zálibách a koníčcích.

Tabulka č. 12 – seřazení nejčastějších činností seniorů v jejich volném čase na pokoji

četba	37
sledování TV	23
spánek a relaxace	18
ruční práce	17
luštění křížovek	12
úklid pokoje	9
poslech rádia	7
procházky	6
péče o pokojové květiny	5
duchovní činnosti (modlení)	3
účast na akcích města Kroměříže	1

Graf č. 8 - výskyt nejčastějších činností seniora v jeho volném čase na pokoji



Jak lze vyčíst z tabulky i z grafu, tak senioři nejčastěji tráví svůj volný čas četbou (73%), sledováním TV (45%), spánkem a relaxací (35%), ruční prací (33%), luštěním křížovek (24%), úklidem pokoje (18%), poslechem rádia (14%), procházkami (12%), péčí o pokojové květiny (10%), duchovní činností (modlení) (6%) a účastí na akcích města Kroměříže (2%). Myslím si, že četba zvítězila proto, že je nejvíce dostupná a pro starého člověka fyzicky nenáročná.

R1: „Nijak. Dívám se na zed'. Nic mě už nebaví. Jsem taky otrávená. Nikdo za mnou stejně nechodí.“

13. Kdo rozhodl o mém příchodu do Domova pro seniory?

- a) Bylo to mé vlastní rozhodnutí
- b) Bylo to rozhodnutí mé rodiny
- c) Bylo to na doporučení lékaře

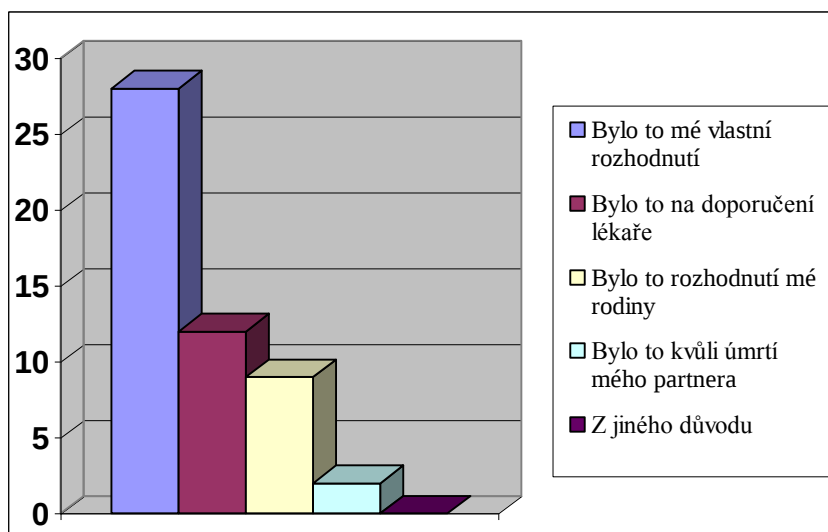
d) Bylo to kvůli úmrtí mého partnera

e) Z jiného důvodu:

Tabulka č. 13 – rozhodnutí o příchodu do domova pro seniory

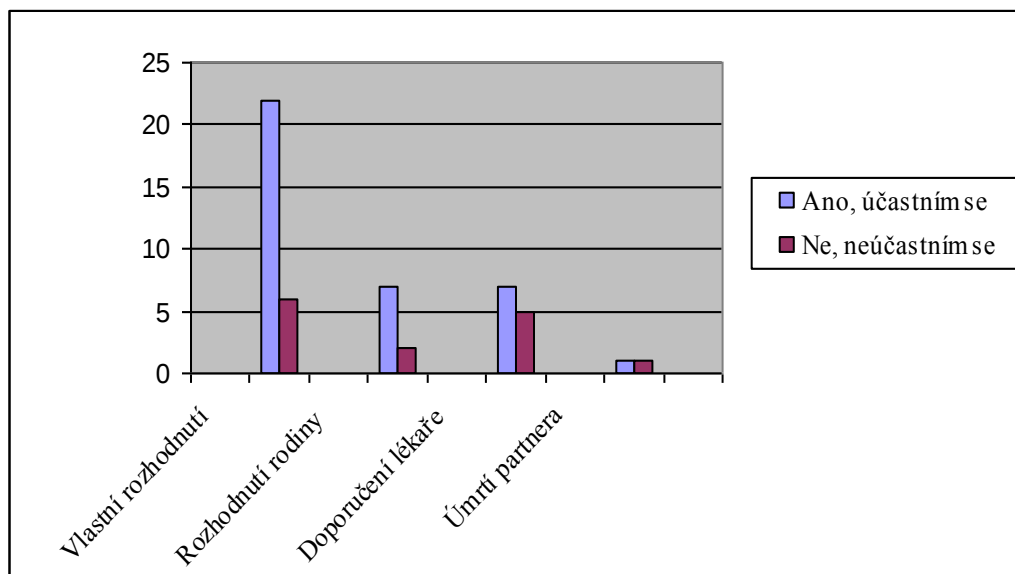
Bylo to mé vlastní rozhodnutí	28
Bylo to na doporučení lékaře	12
Bylo to rozhodnutí mé rodiny	9
Bylo to kvůli úmrtí mého partnera	2
Z jiného důvodu	0

Graf č. 9 – rozhodnutí o příchodu do domova pro seniory



Položka č. 12 je polouzavřenou otázkou zjišťující rozhodnutí o příchodu do domova pro seniory. Zde se nabízí porovnání vlivu daného rozhodnutí na účasti na společných aktivitách. Odpověď a) bylo to mé vlastní rozhodnutí zvolilo 28 (55%) seniorů, b) bylo to rozhodnutí mé rodiny - zvolilo 9 (18%) seniorů, c) bylo to na doporučení lékaře 12 (23%) seniorů, d) bylo to kvůli úmrtí mého partnera 2 (4%) seniorů, e) z jiného důvodu 0 (0%) seniorů. Tuto položku jsem volila proto, že mě tato věc samou velmi zajímala, kdo nejčastěji stojí za rozhodnutím o příchodu do domova pro seniory. Upřímně chci říci, že jsem spokojena s výsledkem této položky.

Graf č. 10 – vliv rozhodnutí na účasti na společných aktivitách



Senioři, kteří se rozhodli sami za sebe se z celkového počtu 28 (100%) seniorů účastní aktivit 22 (79%) seniorů a neúčastní 6 (21%) seniorů. Senioři, za které rozhodla jejich rodina, celkem je to 9 (100%) seniorů se účastní 7 (78%) seniorů, neúčastní 2 (22%) senioři. Senioři, kteří žijí v zařízení na doporučení lékaře je 12 (100%) seniorů a účastní se 7 (58%) seniorů, neúčastní se 5 (42%) seniorů. Senioři, kteří šli do domova pro seniory po úmrtí svého partnera, jsou 2 (100%), účastní se 1 (50%) senior a neúčastní se také 1 (50%) senior.

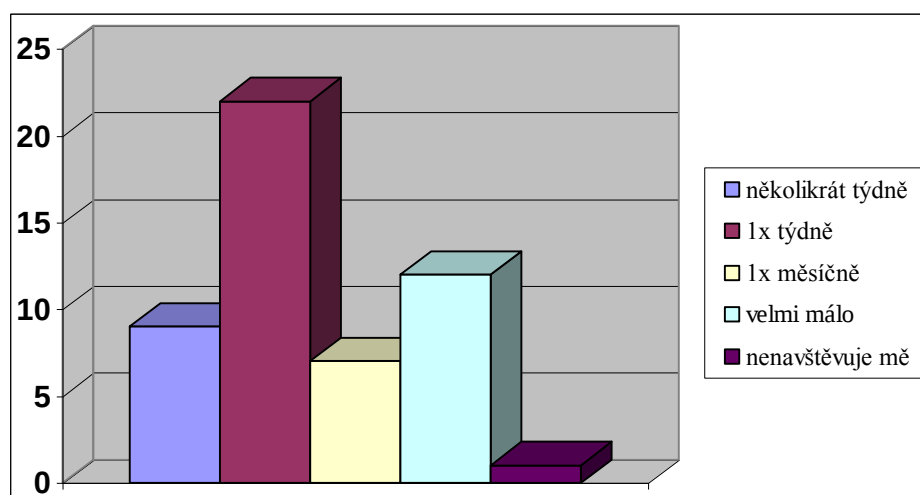
14. Jak často Vás navštěvuje Vaše rodina?

- a) Několikrát týdně
- b) 1x týdně
- c) 1x měsíčně
- d) Velmi málo
- e) Nenevštěvuje mě

Tabulka č. 14 – frekvence návštěv

několikrát týdně	9
1x týdně	22
1x měsíčně	7
velmi málo	12
nenavštěvuje mě	1

Graf č. 11 – frekvence návštěv



Položka č. 14 je strukturovanou otázkou, nabízí respondentovy odpovědi. Variantu a) několikrát týdně zvolilo 9 (18%) seniorů, b) 1x týdně 22 (43%) seniorů, c) 1x měsíčně 7 (13%), d) velmi málo 12 (24%), e) nenavštěvuje mě 1 (2%). Tato položka mě zajímala z důvodu, jak často je senior ve styku se svojí rodinou.

Poslední čtyři položky v dotazníku řadíme mezi demografické položky. Tyto položky zjišťují fakta o respondentech. Chráska (2007) doporučuje z psychologického hlediska umísťovat položky zjišťující demografické údaje až na konci dotazníku.

Pohlaví: Muž – žena

Tabulka č. 15 – pohlaví respondentů

ženy	46
muži	5

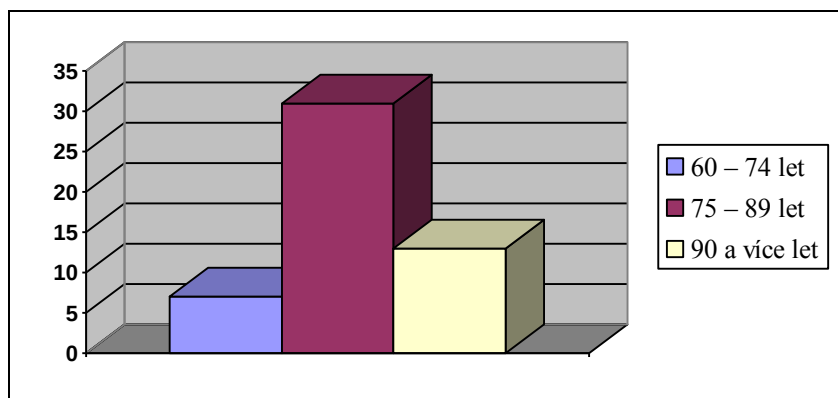
Z tabulky lze vyčíst, že odpovídajícími respondenty byly ve většině ženy (90%) a mužů (10%).

Kolik je Vám let?.....

Tabulka č. 16 – věk

60 – 74 let	7
75 – 89 let	31
90 a více let	13

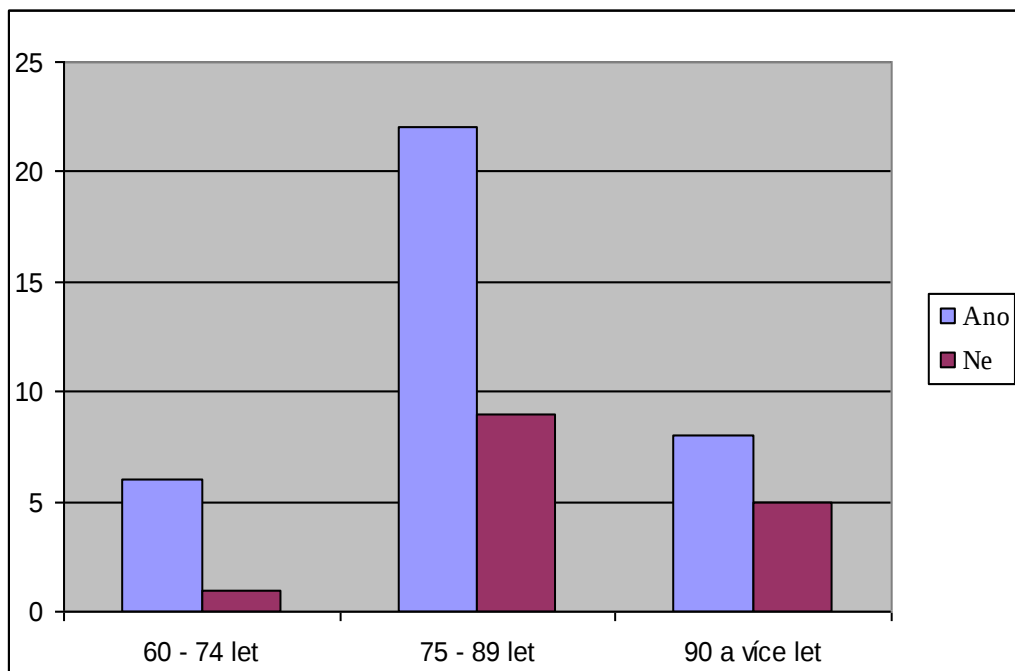
Graf č. 12 – porovnání zastoupení respondentů ve věkových kategoriích



Respondenty jsem rozdělila podle věku do tří věkových kategorií dle Petřková, Čornaničová (2004, s. 27) z hlediska gerontagogiky, a to na 60-74 let - mladý senior, 75-89 let - starý senior, 90 a více let - velmi starý senior. Věkové rozhraní respondentů bylo od 63 do 94 let. Jak vidíme z tabulky a později i z grafu, tak největší zastoupení respondentů se nachází ve věkové kategorii

od 75 do 89 let (61%), druhá početná kategorie je od 90 a více let (25%) a v kategorii 60 – 74 let se nachází nejméně respondentů (14%).

Graf č. 13 – věkové kategorie a jejich účast na společných aktivitách



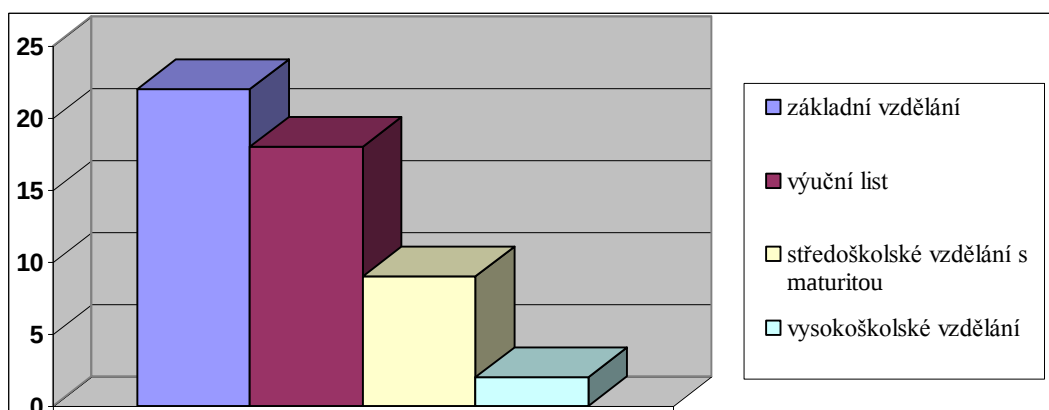
Graf č. 13 porovnává míru účasti na společných aktivitách jednotlivých věkových kategorií. U všech věkových kategorií účast na společných aktivitách je značně vysoká.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 17 - nejvyšší dosažené vzdělání u dotazovaných seniorů

základní vzdělání	22
výuční list	18
středoškolské vzdělání s maturitou	9
vysokoškolské vzdělání	2

Graf č. 14 - znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

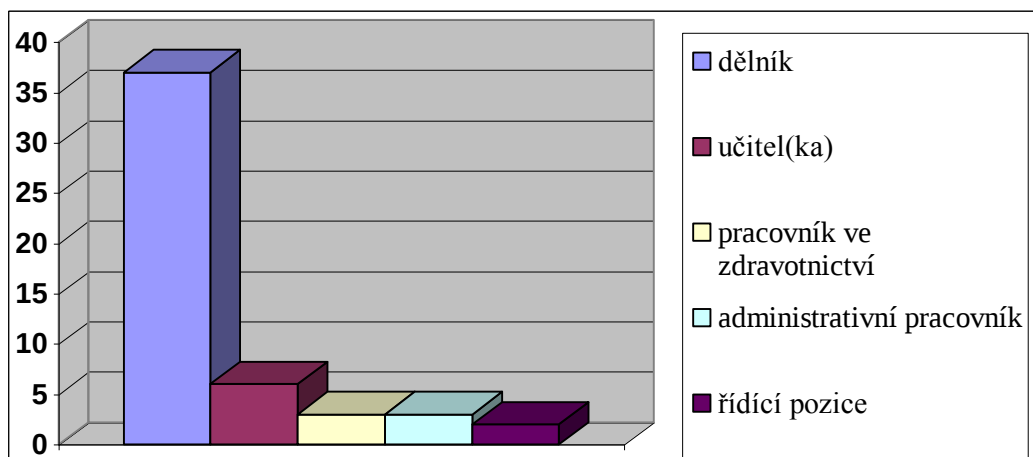


Jaká byla Vaše profese, zaměstnání?

Tabulka č. 18 - bývalá profese respondentů

dělník	37
učitel(ka)	6
pracovník ve zdravotnictví	3
administrativní pracovník	3
řídící pozice	2

Graf č. 15 - bývalé profese respondentů



Když se zaměříme na poslední dva grafy (č. 14 a č. 15) ukazující nejvyšší dosažené vzdělání a bývalou profesi respondentů, tak se mi nabízí otázka, zdali je možné, že vysoká míra spokojenosti se společnými aktivitami je způsobena poměrně velkým zastoupením lidí, kteří mají spíše nižší vzdělání, a proto mohou mít i nižší nároky na nabídku společných aktivit.

5.9 Závěr mého průzkumu v Domově pro seniory U Kašny v Kroměříži

V závěru chci shrnout výsledky šetření z dat, které se uskutečnily pomocí metody kvantitativního výzkumu, interview se seniory, a upřesnila tak výsledky mého výzkumu.

Výzkumná otázka č. 1: Myslím si, že většina, více než polovina, dotazovaných seniorů žijících v Domově pro seniory U Kašny v Kroměříži má zájem o společné aktivity.

Otázky a výsledky interview k vyvrácení či potvrzení výzkumných otázek:

1. Nabízí Vám zařízení program společných aktivit?

51 (100%) respondentů zvolilo odpověď, že jsou informováni o nabídce programů aktivit pro uživatele Domova pro seniory U Kašny v Kroměříži.

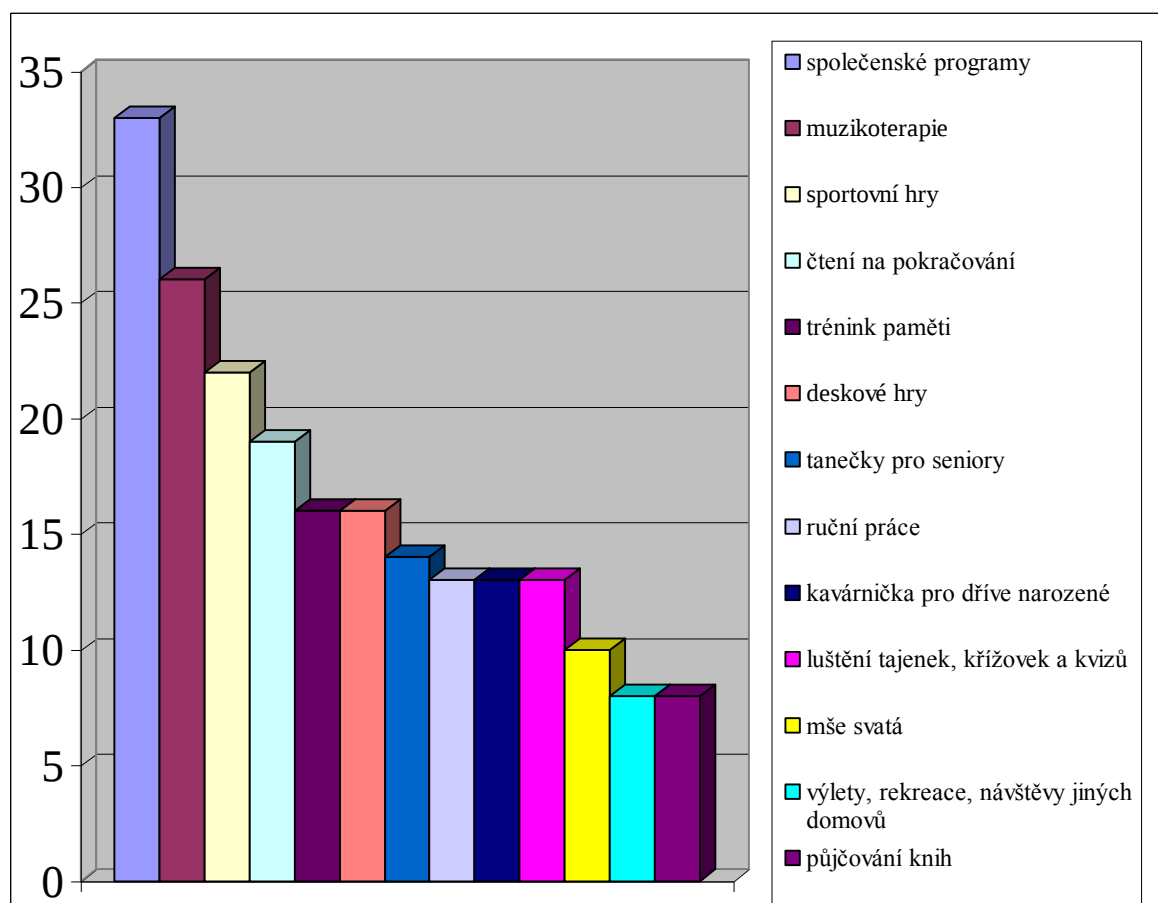
2. Zúčastňujete se společných aktivit v zařízení?

Z 51 (100%) respondentů se společných aktivit zúčastňuje 36 (71%) seniorů, což je většina, více než polovina, dotazovaných seniorů.

3. Zakroužkujte, jakých společných aktivit se zúčastňujete nejraději a nejčastěji. Můžete zakroužkovat více možností.

Z 36 (100%) respondentů zúčastňujících se společných aktivit lze posoudit z grafu č. 16, že společné aktivity jsou mezi seniory opravdu oblíbené a účast na nich je poměrně vysoká.

Graf č. 16 – nejraději a nejčastěji navštěvované okruhy společných aktivit v zařízení



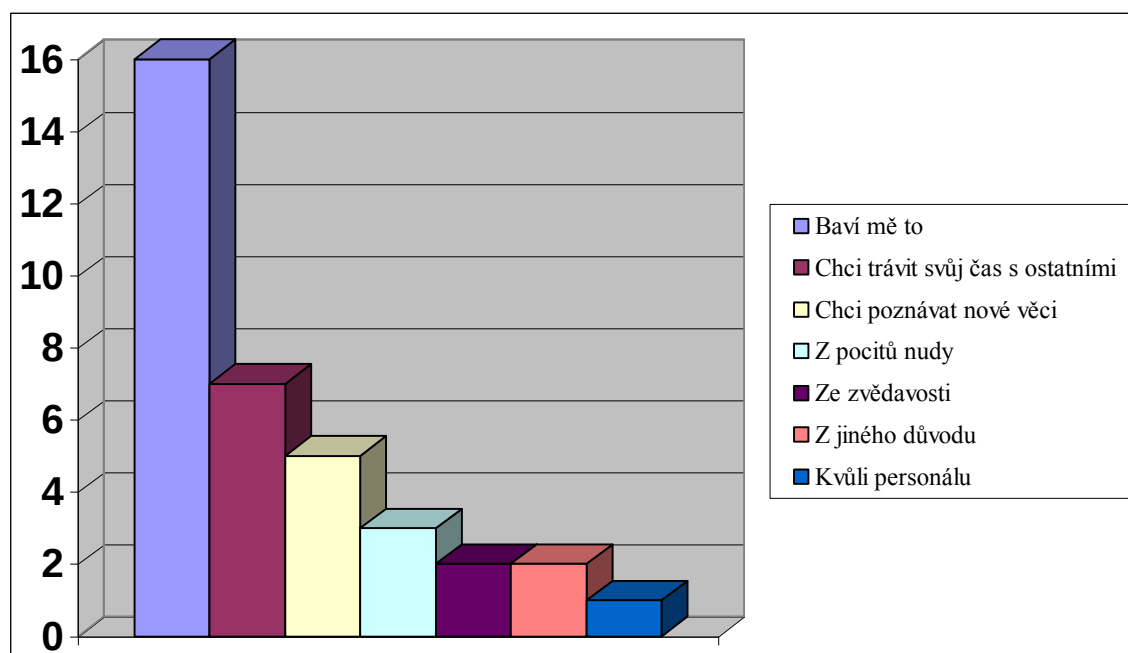
Vzhledem k tomu, že z celkového počtu 51 (100%) dotazovaných respondentů je informována o nabídce programů celá většina (100%) seniorů a z tohoto celku se 36 (71%) seniorů, více než polovina, účastní společných aktivit a dle grafu č. 16 lze usoudit, že je o společné aktivity zájem, tak se výzkumná otázka č. 1 potvrdila.

Výzkumná otázka č. 2: Předpokládám, že většina dotazovaných seniorů v tomto zařízení budou spokojeni s nabídkou společných aktivit.

Otázky a výsledky interview k vyvrácení či potvrzení výzkumných otázek:

4. Z jakého důvodu se zúčastňujete společenských aktivit v zařízení?

Graf č. 17 – nejčastější důvody respondentů na účasti na společných aktivitách



Z 36 (100%) respondentů zúčastňujících se společných aktivit lze posoudit z grafu č. 17, že senioři se nejčastěji účastní společných aktivit z důvodu, že je to samotné baví.

5. Jaké je Vaše očekávání od společných aktivit v zařízení?

Senioři nejčastěji očekávají od společných aktivit, že je pobaví, rozšíří jejich znalosti novými věcmi, zkrátí jim volný čas a také, že bude více možností a větší účast.

6. Jak jste spokojen(a) se společnými aktivitami v zařízení? Zakroužkujte na stupnici 1-5.

Z 34 (100%) respondentů uvedlo 19 (56%) seniorů na stupnici spokojenosti se společnými aktivitami nejvyšší spokojenost.

7. Chybí Vám zde v domově nějaká společná aktivita, o kterou máte zájem?

Z 51 (100%) respondentů uvedlo 39 (76%) seniorů, tedy více než polovina, že jim v zařízení nechybí žádná nová společná aktivita.

8. Co si myslíte o společných aktivitách v zařízení?

Senioři ve většině zastávají pozitivní názor na společné aktivity. Myslím si, že nejvíce zastávají názor ten, že společné aktivity jsou výborné na činnost jejich mozku.

Z položek 6 a 7 uvádějící výsledky v procentech, tak více než polovina tázaných respondentů je spokojena se společnými aktivitami a žádná nová společná aktivita jim nechybí. Avšak těm

seniorům, kterým nějaká společná aktivita chybí, tak jejich návrhy budou projednány s pracovníci sociálních služeb. Lze říci, že výzkumná otázka č. 2 se také potvrdila.

Výzkumná otázka č. 3: Myslím si, že u většiny dotazovaných osob se bude vyskytovat zrakové postižení, zejména katarakta, šedý zákal, a toto zrakové postižení bude respondenty omezovat ve výběru aktivit.

Otázky a výsledky interview k vyvrácení či potvrzení výzkumných otázek:

9. Máte diagnostikovanou nějakou zrakovou vadu?

Z 51 (100%) respondentů 28 (55%) seniorů uvedlo, že mají diagnostikovanou zrakovou vadu.

Z 28 (100%) seniorů je zasaženo 26 (93%) seniorů kataraktou, šedým zákalem a 2 (7%) seniori glaukomem, zeleným zákalem.

10. Ovlivňuje nebo omezuje Vás Vaše zraková vada ve výběru aktivit?

Z 28 (100%) respondentů u 12 (43%) seniorů se vyskytuje omezení v důsledku zrakového postižení a u 16 (57%) seniorů se omezení nevyskytuje.

Protože se u více než poloviny respondentů objevuje zrakové postižení, zejména katarakta, šedý zákal, tak se první část výzkumné otázky č. 3 také potvrdila, ale druhá část výzkumné otázky č. 3 se nepotvrdila, protože u více než polovina seniorů zasažených kataraktou, šedým zákalem, není omezena ve výběru aktivit.

ZÁVĚR

Jedním z cílů mé diplomové práce bylo poskytnout základní pohled do problematiky stáří a do omezení, které s sebou přináší. Dále upozornit na pozitivní vliv aktivizačních činností na seniora žijícího v domově pro seniory.

Chci zmínit, že jsem poznala paní, která se dostala do domova proto, že měla problémy s chůzí, tato paní je z vesnice a pracovala často jen na poli. Aktivizační činnosti si nemůže vynachválit. Aktivizační činnosti v zařízení ji vyplňují nejen její čas, ale podle jejích slov, jí dávají smysl v jejím životě v domově a také jí dodávají pocit těšení se na budoucnost. Myslím si, že tento postoj k aktivizačním činnostem nám dává podklad k tomu, že aktivizační činnosti jsou opravdu užitečné.

Je třeba informovat seniory, a tím změnit i jejich předsudky, že domovy pro seniory jsou spojeny jen se smrtí, nečinným ležením na postelích a se ztrátou soukromí. Je dobré si uvědomit, že domovy pro seniory již neplní jen funkci zdravotní, ubytovací, stravovací a hygienickou, ale do jejich cílů patří i seniorovo vyplnění volného času, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím i uplatňování seniorových práv.

Otázky v interview jsem zaměřila tak, abych zjistila, zdali jsou uživatelé služeb dostatečně informováni o nabídce aktivizačního programu a hlavně, zdali mají zájem o aktivizační činnosti v zařízení Domov pro seniory U Kašny v Kroměříži. První tři otázky v interview mají za úkol prozkoumat zájem obyvatel domova pro seniory o aktivizační činnosti. Zpracováním odpovědí z interview jsem potvrdila, že většina, více než polovina dotazovaných, seniorů má o aktivizační činnosti zájem. Otázkami č. 4 až 8 jsem zjišťovala spokojenost seniorů s nabídkou aktivizačních programů v zařízení. Myslím si, že senioři dostali velký prostor k vyjádření svého názoru. Druhá výzkumná otázka spokojenosti se opět potvrdila, více než polovina seniorů je s nabídkou aktivizačních činností spokojena, podle jejich slov jim nic nechybí. Otázky č. 9 a 10 mají najít odpověď na četnost výskytu šedého zákalu, katarakty, u seniorů a přítomnost následného omezení při aktivizaci seniora. Výzkumná otázka předpokládala, že se ve většině, více než v polovině, případu bude vyskytovat šedý zákal, katarakta. Toto tvrzení se potvrdilo, ale následné omezení při výběru aktivit v důsledku onemocnění šedým zákallem se nepotvrdilo. V interview se objevily i otázky, položky č. 11 až 14, které se netýkaly výzkumných otázek. Položky se zaměřovaly na volný čas seniorů, a jak si lze všimnout z tabulky č. 11 a následného grafu č. 7, tak senioři uvedli účast na aktivizačních činnostech mezi své záliby a v celkovém výpisu zálib skončily na druhém místě. Tento výsledek hodnotím jako velký přínos, jak pro personál zařízení, tak i k potvrzení smyslu realizace aktivizačních činností. Otázky č. 13 a 14 jsou určeny

pro přehled o rozhodnutí o příchodu a vztahu rodiny k seniorovi. Interview je zakončeno demografickými otázkami, které zjišťovaly pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a bývalou profesi. Z grafu č. 14 a 15 lze vidět poměrně velké zastoupení výskytu základního vzdělání a profese dělník, což nás může napadnout nová výzkumná otázka: Mohou mít tyto dva faktory vliv na vysokou spokojenost s aktivizačními činnostmi?

Doufám, že tato práce alespoň z malé části pomohla nahlédnout do problematiky života seniorů a představit význam aktivizačních činností.

POUŽITÁ LITERATURA:

BUIJSSEN, H. *Demence*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-081-X.

FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., RUŽIČKOVÁ, V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc : UP, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd., Praha : Fakulta humanitních studií UK, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HRÚZA, Z. *Věda o stárnutí*. Praha : Academia, 1966. ISBN 21-043-66.

HYCL, J., TRYBUČKOVÁ, L. *Atlas oftalmologie*. 2. vyd. Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-160-4.

HYCL, J., VALEŠOVÁ, L. *Atlas oftalmologie*. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-382-2.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha : Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KALVACH, Z a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KEBLOVÁ, A., LINDÁKOVÁ, L., NOVÁK, I. *Náprava poruch binokulárního vidění*. Praha : Septima, 2000. ISBN 80-7216-121-0.

KEBLOVÁ, A. *Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením*. Praha : Septima, 1998. ISBN 80-7216-051-6.

KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

- KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1986. ISBN 14-409-86.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.
- LUDÍKOVÁ, L., STOKLÁSKOVÁ, V. *Tyflopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc : UP, pedagogická fakulta, 2006. ISBN 80-244-1189-X.
- LUDÍKOVÁ, L. *Tyflopedie – Andragogika*. Olomouc : UP, Pedagogická fakulta, 2006. ISBN 80-244-1191-1.
- MÜLLER, O a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : UP, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- NOVOTNÁ, L., HŘÍCHOVÁ, M., MIŇHOVÁ, J. *Vývojová psychologie*. Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, 2004. ISBN 80-7043-281-0.
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, J. *Gerontologie*. Praha : Avicem, 1981. ISBN 08-044-81.
- PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0879-1.
- POLEDNÍKOVÁ, L. A KOL.: *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Vydavatelstvo : Osveta v Martine, 2006. ISBN: 80-8063-208-1.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, n. p., 1974. ISBN 14-429-74.
- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 200. ISBN 80-244-0629-2.
- ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. Praha : Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

- TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha : Portál, 2007. ISBN 80-7178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1819-4.
- WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha : Portál, s.r.o., 2005. ISBN 80-7178-970-4.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize*. 3. vyd., Praha : Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
- ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

Internetové zdroje:

- PEŠÁK, Alexandr. *Observatoř bezpečnosti silničního provozu*. [online]. 2007 [cit. 2011-11-15]. Mobilita. Dostupné z [www < http://www.czrso.cz/index.php?id=446>](http://www.czrso.cz/index.php?id=446)
- SONS. *Sociální reforma 2012*. [online]. 2002-2012. [cit. 2012-04-06]. Dostupné z [<http://www.sons.cz/>](http://www.sons.cz/)
- TYFLOCENTRUM. *Historie* [online]. 2002-2011. [cit. 2012-04-06]. Dostupné z [<http://www.tyflocentrum.cz/historie.php>](http://www.tyflocentrum.cz/historie.php)
- MPSV. *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách*. [online]. [cit. 2012-05-16]. Dostupné z [<http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf>](http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf)
- SAGIT. *Sbírka zákonů*. [online]. 1996-2012. [cit. 2012-05-07]. Dostupné z [<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r)
- MPSV. *Standardy kvality sociálních služeb: Příručka pro uživatele*. [online]. 2008. [cit. 2012-05-07]. Dostupné z [< http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf>](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf)
- OBČANSKÁ PORADNA PLZEŇ. *Standardy kvality v sociálních službách*. [online]. 2009-2011. [cit. 2012-05-07]. Dostupné z

<<http://www.opplzen.cz/download/Standardy%20kvality%20-%20bro%C5%BEura%20Fin%C3%A1ln%C3%AD%20podoba.pdf>>

HŮLE, D. *Demografie*. [online]. 2004-2009. [cit. 2012-06-01]. Dostupné z <http://www.demografie.info/?cz_demstarnutivvyvoj>

FIFTYFIFTY. *Ženy žijí déle*. [online]. 2005-2012. [cit. 2012-06-01]. Dostupné z <<http://www.fiftyfifty.cz/Zeny-ziji-dele-4274026.php>>

PŘÍLOHA:

Dotazník

Tento dotazník je anonymní. Jeho úkolem je zjistit vaši spokojenost a zájem o účast na společných aktivitách v zařízení.

Informace z dotazníku budou použity k výzkumu na diplomovou práci.

Prosím, vždy zakroužkujte jednu z hodících se odpovědí nebo vypište svou odpověď na tečkované místo. Děkuji za Váš čas a pravdivé vyplnění dotazníku.

1. Nabízí Vám zařízení program společných aktivit?

- d) Ano, nabízí**
- e) Ne nenabízí**
- f) Nevím, nezajímám se o to**

2. Zúčastňujete se společných aktivit v zařízení?

- c) Ano, zúčastňuji se**
- d) Ne, nezúčastňuji se, protože.....**

(pokračujte otázkou č. 7)

3. Zakroužkujte, jakých společných aktivit se zúčastňujete nejraději a nejčastěji. Můžete zakroužkovat více možností.

- n) Sportovní hry (šipkařská liga, turnaj v ruských kuželkách, jízda na šlapadle)**
- o) Tanečky pro seniory**
- p) Muzikoterapie (Hašlerovy písničky, Tibetské mísy, Odpoledne s písničkou)**
- q) Deskové hry**
- r) Výlety, rekreace, návštěvy jiných domovů**
- s) Společenské programy (divadelní představení, vystoupení dětí a žáků z MŠ, ZŠ i AG KM, vzdělávací přednášky, vystoupení kouzelníka, veřejné výstavy)**
- t) Čtení na pokračování**
- u) Mše svatá**
- v) Kroužek ručních prací**

- w) Kavárnička pro dříve narozené
- x) Výběr a půjčování knih
- y) Trénink paměti
- z) Luštění tajenek, křížovek a kvízů

4. Z jakého důvodu se zúčastňujete společných aktivit v zařízení?

- h) Baví mě to
- i) Chci trávit svůj čas s ostatními
- j) Ze zvědavosti
- k) Chci poznávat nové věci
- l) Z pocitů nudy
- m) Kvůli personálu
- n) Z jiného důvodu.....
-

5. Jaké je Vaše očekávání od společných aktivit v zařízení?

.....

.....

.....

.....

.....

6. Jak jste spokojen(a) se společnými aktivitami v zařízení? Zakroužkujte na stupnici 1-5.

jsem spokojen(á) 1 2 3 4 5 nejsem spokojen(á)

7. Chybí Vám zde v domově nějaká společná aktivita, o kterou máte zájem?

- d) Ano – jaká?.....
- e) Ne
- f) Nevím

8. Co si myslíte o společných aktivitách v zařízení?

.....

.....

.....

.....

9. Máte diagnostikovanou nějakou zrakovou vadu?

- d) Ano – jakou?.....
- e) Ne (pokračujte otázkou č. 11)
- f) Nevím

10. Ovlivňuje nebo omezuje Vás Vaše zraková vada ve výběru aktivit?

- d) Ano – při jaké aktivitě?.....
- e) Ne
- f) Nevím

11. Jaké jsou Vaše koníčky a záliby zde v domově?

.....

.....

.....

12. Jak trávíte svůj volný čas v zařízení, když jste na pokoji a máte čas jen pro sebe?

.....

.....

.....

13. Kdo rozhodl o mém příchodu do Domova pro seniory?

- f) Bylo to mé vlastní rozhodnutí
- g) Bylo to rozhodnutí mé rodiny
- h) Bylo to na doporučení lékaře
- i) Bylo to kvůli úmrtí mého partnera

j) Z jiného důvodu:

14. Jak často Vás navštěvuje Vaše rodina?

f) Několikrát týdně

g) 1x týdně

h) 1x měsíčně

i) Velmi málo

j) Nenevštěvuje mě

Pohlaví: Muž – žena

Kolik je Vám let?.....

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jaká byla Vaše profese, zaměstnání?.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Kateřina Chmelová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dita Finková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Aktivizační činnosti u osob seniorského věku se zaměřením na zrakově postižené
Název v angličtině:	Activation activities of pensioners focused on a visual impairment
Anotace práce:	Diplomová práce je tvořena z teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá osobou v seniorském věku, osobami se zrakovým postižením, sociálními službami a aktivizací pro seniory. Praktická část zahrnuje výzkum zaměřený na zájem o aktivizační činnosti v zařízení Domov pro seniory U Kašny v Kroměříži.
Klíčová slova:	Osoba v seniorském věku, osoby se zrakovým postižením, sociální služby, aktivizace pro seniory, výzkum.
Anotace v angličtině:	This theses is composed of theoreticla and practical part. The theoretical part is about a person at retirement age, people with visual impairments, social services and activation activities for senior citizens. The practical part includes research about interest in activation activities in the facility called Domov pro seniory U Kašny v Kroměříži.
Klíčová slova v angličtině:	Person at senior of age, people with visual impairment, activation and therapy, social services, activation activities for seniors, research.
Přílohy vázané v práci:	Dotazník
Rozsah práce:	98 stran
Jazyk práce:	Čeština