

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Aktivizační činnosti ve vztahu ke kvalitě
života osob se zrakovým postižením
v seniorském věku**

Disertační práce

Mgr. Lucie Flekačová

Doktorský studijní program: Speciální pedagogika

Školitel: doc. Mgr. Dita Finková, Ph.D.

Olomouc 2021

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně s použitím citovaných zdrojů uvedených v seznamu použité literatury.

V Olomouci

.....
Mgr. Lucie Flekačová

Poděkování

Na tomto místě bych v první řadě chtěla poděkovat doc. Mgr. Ditě Finkové, Ph.D. za její odborné vedení a podporu v průběhu studia. Děkuji za její čas, který mi věnovala v rámci konzultací vzhledem k výzkumným záměrům disertační práce. Také bych chtěla poděkovat paní prof. PaedDr. Libuši Ludíkové, CSc., která si na mne udělala čas a pomohla mi ujasnit si cíle výzkumného snažení. V neposlední řadě patří velký dík Mgr. Haně Karunové, Ph.D. za její ochotu a morální podporu. Děkuji rovněž dalším odborným pracovníkům Ústavu speciálněpedagogických studií, kteří mne podpořili v realizaci daného výzkumu.

Mé poděkování patří také jednotlivým účastníkům výzkumu a také ostatním pracovníkům Domova pro zrakově postižené – Palata a Centra sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením Brno-Chrlice. Bez těchto osob by k výzkumu nemohlo dojít. Děkuji všem účastníkům, že mi otevřeli pomyslné dveře a pustili mne do nich nahlédnout.

Děkuji také mé rodině a blízkým nejen za jejich podporu, ale také za nevyčerpatelnou trpělivost.

Obsah

Úvod	6
1 Seniorský věk a získané zrakové postižení	8
1.1 Obecná charakteristika stáří a stárnutí	8
1.2 Pravé stáří	11
1.3 Přejchod seniora z jeho domácího prostředí do prostředí instituce	16
1.3.1 Stáří jako fenomén	19
1.4 Senior se získaným zrakovým postižením	20
1.5 Pojem aktivita a jeho chápání vzhledem k seniorskému věku	22
1.5.1 Aktivní stáří v pobytových službách	24
1.5.2 Domov pro zrakově postižené Palata a jeho nabídka aktivit pro naši cílovou skupinu	26
1.5.3 Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením Brno-Chrlice	29
2 Kvalita života ve stáří	31
2.1 Krátký historický exkurz a pokus o vymezení	31
2.2 Kvalita života související se zdravím	32
2.3 Pohled na kvalitu života a seniora se zrakovým postižením ve výzkumných studiích	36
2.4 Popis postupu obsahové analýzy coby východiska předvýzkumu i samotného výzkumu disertační práce	42
3 Předvýzkum – vybrané aspekty	44
3.1 Shrnutí výsledků z předvýzkumu a určení směru v pokračujícím výzkumu	46
4 Kvalitativní výzkum – hlavní rámec	51
4.1 Interpretativní fenomenologická analýza	51
4.2 Formulace výzkumných cílů a otázek	52
4.3 Charakteristika výzkumného souboru	53

4.4	Popis výzkumné metody, organizace a časový harmonogram výzkumu	55
4.5	Etické aspekty a způsoby zajištění kvality	57
5	Zpracování dat a výsledky kvalitativní analýzy	60
5.1	Analýza a interpretace výsledků	60
5.2	Senioři se získaným zrakovým postižením.....	63
5.2.1	Mílada	66
5.2.2	Kristián	69
5.2.3	Anna.....	74
5.2.4	Marie.....	77
5.2.5	Alžběta.....	79
5.2.6	Zlata	82
5.3	Pracovníci aktivizačních činností	85
5.3.1	Účast na aktivizačních činnostech	88
5.3.2	Individualita jedince	94
5.3.3	Kyvadlo času	96
5.4	Diskuze	98
	Závěr	101
	Seznam použité literatury	102
	Seznam tabulek.....	112
	Seznam obrázků.....	113
	Seznam příloh	114

Úvod

Je všeobecně známo, že se lidská populace dožívá mnohem vyššího věku, než tomu bylo v dřívějších dobách. Otázkou mnoha lidí, ale i společnosti jako celku je, jak v období stáří dosahovat maximálně možné kvality života, aby tato jedinečná etapa života člověka byla pro každého jednotlivce co nejpříjemnějším procesem. S procesem stárnutí a kvalitou života jsou zmiňovány pojmy jako aktivizace, aktivizační činnost. Zejména vzhledem k seniorům žijícím v pobytových zařízeních, domovech pro seniory, pro které je udržování aktivní jak psychické, tak fyzické kondice stěžejní pro každodenní fungování. Tzv. multimorbidita, která se týká starší populace, je spojována se sníženou kvalitou života. Je třeba na tento fakt nezapomínat a soustředit se nejen na včasnou intervenci, ale také na prevenci vůči takovým vlivům, které kvalitu života seniorů mohou snižovat.

Téma disertační práce se dotýká nejen samotných seniorů se zrakovým postižením (dále seniorů), ale také lidí, kteří s nimi přicházejí do styku. V tomto případě se jedná zejména o pracovníky aktivizačních činností, kteří se podílejí na každodenních aktivitách v práci se seniory.

První kapitola seznamuje čtenáře s problematikou seniorského věku vzhledem k získanému zrakovému postižení. V první řadě je zde vymezena obecná charakteristika stáří a stárnutí. Dále je blíže charakterizováno tzv. pravé stáří jakožto věkové období primárního výzkumného souboru, a to seniorů se získaným zrakovým postižením. Toto období má svá specifika, kdy senioři již zpravidla dosáhli dané integrity. Tato etapa je charakteristická jak nárůstem změn v oblasti tělesné, tak mentální. Nelze opomenout vymezení adaptačního období seniora na změnu z domácího prostředí do prostředí jiného zařízení, např. domova pro zrakově postižené. Toto období je důležité vzhledem k dalšímu fungování seniora v daném zařízení a také celkově jeho přístupu a podílení se obecně na vykonávaných činnostech každodenního života. Rovněž jsme stručně vymežili aktivizační činnosti ve vybraných zařízeních.

Druhá kapitola se již dotýká kvality života seniorů, a to především s ohledem na zdraví. V tomto smyslu hovoříme o tzv. HRQoL, tedy kvalitě života související se zdravím. V rámci této kapitoly jsou vymezeny také výzkumné studie vztahující se k našim výzkumným záměrům, a to jak na výzkumném poli domácím i zahraničním.

Třetí kapitola připravuje čtenáře na hlavní rámec kvalitativního výzkumu v podobě závěrů proběhnutého předvýzkumu.

V rámci čtvrté kapitoly, a to již výše zmíněného kvalitativního výzkumu a jeho hlavního rámce, představujeme přístup interpretativní fenomenologické analýzy (dále IPA). IPA je kvalitativní přístup skrze nějž jsme přistupovali jak k získaným datům, ale celkově k podobě našich výzkumných záměrů. Hlavním cílem disertační práce je analyzovat žité zkušenosti osob seniorského věku se získaným zrakovým postižením, především ve vztahu k jejich účasti na aktivizačních činnostech.

Poslední, a to pátá kapitola představuje již prezentaci dosažených výsledků. Akcent je kladen také na samotný průběh zpracování, analýzy dat. V IPA se často samotná analýza s následnou interpretací prolínají.

Téma se dotýká mnoha odborníků nejen z oblasti speciálně-pedagogické, ale také z oblasti zdravotnictví, sféry sociální. Proces stárnutí je pro člověka jedinečným obdobím, avšak adaptace na tuto fázi života může být sama o sobě náročná nejen z fyziologického hlediska, ale také z psychologického, respektive bio-psycho-socio-spirituálního. O to více se taková situace dotýká člověka, který se na jednu stranu adaptuje na roli stárnoucího jedince v dané společnosti, a to se všemi specifiky, které tato role přináší. Na stranu druhou se osoba přizpůsobuje životu v pobytovém zařízení, navíc v pozici seniora se zrakovým postižením.

1 Seniorský věk a získané zrakové postižení

Kdy lze skutečně říci, že je člověk starý? Kde a jak k tomu dochází, že se jedinec může označit za starého? Stejně tak se nabízí otázka, kdy lidé začínají vnímat ostatní jako staré? Lze člověka takto jednoduše zařadit do kategorie starý? Tyto otázky a mnoho dalších si klademe v souvislosti se seniorským věkem. Níže se budeme v jednotlivých podkapitolách zabývat obecně pojmy jako jsou stáří, stárnutí. Dále si blíže vymezíme období tzv. pravého stáří, jež má své jedinečné znaky, vlastnosti. Toto období charakterizuje z teoretického hlediska cílovou skupinu seniorů, na kterou se zaměřujeme dále v rámci praktické části. V neposlední řadě si vymezíme pojmy spojené s aktivitou seniorů primárně v pobytových službách.

1.1 Obecná charakteristika stáří a stárnutí

Problematikou stáří a stárnutí se zabývá gerontologie jakožto integrovaný vědní obor. Název je odvozen z řeckého *gerón*, což znamená starý člověk a *logos*, tedy nauka. Dle Pacovského a Heřmanové (1981) má gerontologie 3 části. Jedná se o gerontologii teoretickou, která vymezuje teoretický základ pro praxi, vysvětluje a objasňuje jevy stárnutí, shrnuje a zobecňuje. Její důležitou součástí je gerontologie experimentální. Druhou částí je gerontologie klinická, která je zaměřena na choroby ve stáří, etiologii a patogenezi, přičemž zohledňuje bio-psycho-sociální nahlížení na starého člověka. Poslední, tedy třetí částí je gerontologie sociální, jež se zabývá vztahy mezi starým člověkem a společností, ve které žije. Není jednoduché jednoznačně definovat pojmy stáří, stárnutí, jelikož mají multidimenzionální charakter.

Mühlpachr (2008) označuje stáří jako pozdní fázi ontogeneze, kde se prolínají geneticky podmíněné procesy se změnami sociálního charakteru vzájemně odporujícími a doplňujícími. I z toho důvodu není jednoduché tento pojem vymezit. Kuric (1992) dodává, že o stáří lze hovořit tehdy, kdy si jedinec začíná uvědomovat úbytek svých fyzických i psychických sil, na základě čehož mu je znemožňováno v plné síle naplňovat svou duševní i tělesnou práci.

Vincent (2003) hovoří o stárnutí jako o organizaci času, o sledu fází. Jedná se o načasování a řazení v určitém procesu. Stárnutí dává člověku rytmus, spojuje trvání, načasování a sekvenci životních etap, avšak právě sociální řazení fází vytváří kategorii stáří a dává životnímu směru jeho smysl. Hovoříme-li pak o pojmu stárnutí, jedná se o celoživotní proces.

Mühlpachr (2008) ve shodě s dalšími autory (srov. Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016; Dvořáčková, 2012; Haškovcová, 2010; Kalvach, Mikeš, 2004; Pacovský, Heřmanová, 1981) rozlišuje stáří biologické, sociální a kalendářní (chronologické) povahy.

Biologické stáří je charakteristické mírou involučních změn a funkční zdatností člověka. Dle autora (Mühlpachr, 2008) nelze s přesností určit biologické stáří přesněji nežli stáří kalendářní. V rámci biologického stáří lze vymezit epidemiologický přístup, který chápe stárnutí a umírání jako nahodilé jevy o různé variabilitě, jež jsou podmíněny jak vnějšími, tak chorobnými vlivy. Naopak přístup gerontologický vnímá stárnutí či umírání jako proces vykazující určitou zákonitost.

Sociální stáří je ovlivněno sociálními změnami a určitými sociálními kritérii jako je např. odchod do důchodu. Je tedy „*dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění*“ (tamtéž, s. 19). Autor (tamtéž) hovoří o tzv. sociální periodizaci života člověka, která rozděluje život do několika období. První věk (předproduktivní) zahrnuje období dětství a mládí a je spojen s nabýváním vědomostí, znalostí, s růstem, vývojem, vzděláváním. Druhý věk (produktivní) spadá do období dospělosti s charakteristickým splněním rolí daného období, a to role rodinné, sociální i pracovní. Třetí věk (postproduktivní) je charakterizován poklesem zdatnosti a produktivity člověka. Ve čtvrtém věku vzniká již fáze závislosti starého člověka, nicméně je třeba podotknout, že stejně jako ve fázi předchozí je důležité zamyslet se a opatrně interpretovat takové charakteristiky. Například při nevhodné volbě slov mohou implikovat k podpoře obecného dojmu nesoběstačnosti seniorů, diskriminaci a odporovat tak konceptu úspěšného stárnutí.

Kalendářní stáří, chceme-li také stáří chronologické, má nejjednoznačnější vymezení onou kalendářní hranicí. Může však odporovat jak biologickému, tak sociálnímu pohledu na starého člověka a jeho individuálním charakteristikám. Za počátek stáří se považuje věk 65 let, avšak tato hranice se neustále posunuje, přičemž období vlastního stáří začíná od 75. roku života jedince (Kalvach, Mikeš, 2004). Kalendářní věk je dán datem narození, avšak jedná se, z pojetí biologického, o nespolehlivý údaj, jelikož každý člověk je individuum a i přesto, že dosáhl již určitého věku, nemusí danému věku, ať už fyzicky či psychicky odpovídat (Pacovský, Heřmanová, 1981).

Stárnutí a stáří se pojí s koncem přirozeného ontogenetického vývoje člověka. Jedná se o takový biologický proces se svými specifiky, který je z dlouhodobého hlediska nakódován, je to proces nevratný, neopakující se, různorodý a má trvalé následky. Tento proces je ovlivňován jednak časem, ale také vlivy prostředí (Pacovský, Heřmanová, 1981). Z vývojového hlediska lze proces stárnutí označit jako „*souhrn změn ve struktuře a funkcích*

organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202). Stárnutí tedy ovlivňuje zejména tělesnou schránku člověka, avšak nelze opomenout i změny psychické (Trpišovská, Vacínová, 2006).

Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) konstatují, že stáří lze pokládat za biologický jev i sociální konstrukt. Přičemž biologické pojetí stáří a samotného stárnutí je objektivně dané, univerzálně zákonitě podmíněné základními fázemi života člověka, které mají své charakteristické rysy. Sociální nahlížení na dané pojmy v sobě ukrývá jak pozitivní povahu, tedy např. uznání stařešinství, moudrost starších, přiznání životních zásluh. Na opačném pólu lze hovořit o diskriminační povaze daných pojmů ve smyslu např. poklesu životní úrovně, segregace, sociální exkluze. Autoři hovoří o biologizaci sociálního konstrukt stáří, kdy se sociální konstrukt stává daleko silnějším než konstrukt biologický. V rámci civilizačního vývoje sice dochází ke zlepšování zdravotního i funkčního stavu stárnoucí populace, ale paradoxně se snižuje pohled společnosti na tuto skupinu, pokles úcty k ní, pozitivní diskriminace.

Kdy tedy skutečně stáří začíná, kdy lze člověka označit jako starého? Jak jsme se dozvěděli z předchozího textu, odpověď na tyto otázky není jednoznačná. Jednak ze samotné multidimenzionality daných pojmů a také náhledů různých autorů. Vágnerová (2007) rozděluje stáří na 2 období. Prvním z nich je období raného stáří, které je ohraničeno věkem od 60 do 75 let. Druhé období autorka nazývá jako tzv. pravé stáří počínající 75. rokem života člověka. Trpišovská a Vacínová (2006) udávají počátek stáří ve věku 60–65 let. Říčan (2014) hovoří o tzv. „životní cestě po šedesátce“ a přidává dělení dle expertů Světové zdravotnické organizace (dále WHO), jež se zaměřili na rozdělení života člověka do období po 15 letech. Přičemž věk od 60–75 let označuje rané stáří, 75–90 let je chápán jako pokročilý věk a od 90 let a výše lze hovořit již o tzv. dlouhověkosti. Autoři se neshodují v přesném a jednoznačném rozdělení daného období, avšak shodují se v pojetí dané individuality každého jedince. Tedy rozdíly individuálního charakteru jsou významnější nežli rozdíly dané chronologickým věkem člověka a totéž platí i pro vývoj psychický.

V následující podkapitole se již zaměříme na bližší charakteristiku období tzv. pravého stáří. Charakteristika daného období je klíčová pro navazující praktickou část.

1.2 Pravé stáří

Jak již bylo zmíněno výše, Vágnerová (2007) hovoří o období člověka po 75. roce života jako o životní fázi tzv. pravého stáří. Rovněž Mühlpachr (2009) dodává, že za důležitý ontogenetický bod je vnímán věk kolem 75. roku života. Přičemž autor zmiňuje následující dělení stáří od 65–74 let na mladé seniory, od 75–84 let na staré seniory a od 85 let a více na velmi staré seniory.

Dovršením 80. roku života se senior dostává do tzv. čtvrtého věku, který je charakteristický např. tím, že zůstává naživu zhruba polovina jeho generace. Tato etapa života se vyznačuje jak nárůstem tělesných změn a problémů s tím spjatých, ale také změn např. úpadku v oblasti mentální. Jedinec se také ocitá v situaci, kdy dochází ke zvýšenému riziku různých zátěžových situací (Vágnerová, 2007). Mezi typické zátěžové situace řadí Vágnerová (2000) nemoc a úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu či ztrátu jistoty a vynucené změny životního stylu. V tomto směru lze zmínit např. umístění do institucionální péče, kde hraje důležitou roli schopnost adaptace seniora na nové životní podmínky. Každý jedinec takovou zátěž pochopitelně vnímá odlišně. Míra adaptace na různé životní podmínky je zcela individuální a odvíjí se od charakteristik osobnosti, zkušeností člověka, psychických a somatických kompetencí. Pro mnohé jedince je subjektivní vyrovnání se a adaptace na různé druhy zátěžových situací velmi náročná a kolikrát subjektivně nezvládnutelná. Mezi nejdůležitější úkoly pozdního stáří lze zařadit udržení si přijatelného životního stylu, který je provázen nezbytnou autonomií, soběstačností, vytvářením si sociálních kontaktů za účelem zabránění, předcházení sociální izolaci, pocitům samoty a také udržení si osobního významu a sebeúcty (Vágnerová, 2007).

V období sénia je typické dosažení tzv. stádia integrity, které popsal Freudův žák Erik Erikson. Erikson vymezuje v rámci teorie tzv. osm věků člověka stádia integrity skrze nalezení smyslu, řádu, moudrosti a smíření. Integrita neboli celistvost znamená pro starého člověka jednak ohlédnutí se za svým životem, co člověk prožil, dokázal a také pohled kupředu ve smyslu co bude, až tu člověk nebude. Tedy otázka života po smrti. Hlavním ohrožením dosažení stádia integrity je zoufalství, které se může projevit v hrozící bezmoci starého člověka, samotě, bolesti, otázce umírání, množství chyb, které člověk udělal (Řičan, 2010). Avšak Joan Eriksonová (2015), manželka Erika Eriksona, charakterizuje ještě tzv. deváté stádium. Autorka hovoří o tomto stádiu v souvislosti s časovým vymezením života člověka, a to do 9. a 10. dekády života. Období kolem 90 let života je velmi specifické, ať už z hlediska obracení pozornosti na předešlé zkušenosti jedince, čelení krizím daného období, ale také nárůstu nových požadavků, přehodnocování a vypořádávání se

s každodenními obtížemi. Proto autorka hovoří o novém tzv. devátém stádiu, které je podstatné pro pochopení tohoto období z pohledu nikoli počínajícího stáří, ale z pohledu již 80–90letého člověka. Přes veškerou snahu člověka udržet si své síly, zdraví, pečování o sebe, dochází k nevratným změnám. Síly začínají již viditelně ubývat, i když si to třeba doposud člověk nemusel stále připouštět. Zoufalství, které je popisováno v osmém stádiu, dělá člověku v jeho devátém stádiu stálého společníka. Člověk může být ohrožen v rámci své nezávislosti, sebeovládání, sebeúcty či důvěry.

Eriksonová (2015) popisuje v rámci devátého stádia nejprve prvky dystonní vůči prvkům syntonním (např. nedůvěru proti důvěře), jelikož stáří je v jejím pohledu takovou okolností, která posunuje do dominantní pozice právě tyto dystonní prvky na začátek. Autorka uvádí dystonní potenciály napříč všemi stádii osmi věků člověka a popisuje, jak se tyto dystonní prvky a syntonní položky jeví lidem spadajícím do devátého stadia:

- 1. Nedůvěra versus důvěra** – i přes schopnost lidí udržet si své stávající zdraví, pevné svaly, tělo člověka nevyhnutelně slábne a lidé jsou tak vystaveni nedůvěře ve své vlastní schopnosti. Naděje, která je pro období typická, se může snadno podvolit zoufalství, ať už z působení dlouhodobých vlivů, ztrát důstojnosti, obtížím při jednoduchých aktivitách běžného života. Avšak ne nadarmo se říká, že naděje umírá poslední, protože dokud je světlo, je i naděje.
- 2. Stud, pochyby versus autonomie** – jak uvádí autorka (tamtéž, s. 112) „*stud a pochyby vyzývají k ochraně autonomie*“. V tomto stádiu je zmiňována dětská svéhlavost, která s narůstající vůlí graduje. Tato svéhlavost má však svou mez, která když je překročena, věci již nelze ovládat běžným způsobem, vymykají se kontrole. Překročení či dosažení pomyslné meze může jedinci způsobit nejistotu, ztrátu sebedůvěry, stud a pochybnosti o nás samotných a našich schopnostech.
- 3. Vina versus iniciativa** – pocity viny mohou u člověka, který je např. na prahu 80. roku života, pramenit z přílišné soustředěnosti na projekt (činnost), který však připadá uspokojivý pouze dané osobě. Iniciativa je spojena s horlivostí, tvořivostí, hybností. Avšak dojde-li k selhání této iniciativy, dostávají se pocity viny ze selhání. To se může stát např. u lidí, kteří byli zvyklí na své vůdcovské schopnosti, které v pozdním věku ztrácí svou pravou podstatu a může se tak jednat spíše o horlivé nadšení než opravdovou iniciativu.
- 4. Méněcennost versus zručnost** – jak uvádí autorka, dnešní moderní společnost se nás snaží klasifikovat dle toho, jaké schopnosti, dovednosti máme, jak a čím můžeme do dané společnosti přispět. Pro to, abychom mohli fungovat, musíme být v jistém

slova smyslu schopní cokoli dělat, aby to bylo přijatelné a srozumitelné. Člověk v pozdním séniu již své schopnosti ztrácí nebo je minimálně nedokáže užívat a vykonávat je stejným způsobem, jako kdyby mu bylo 40 let, zkrátka mu ubývají síly. Jak dodává autorka (tamtéž, s. 113): „*Být neschopný kvůli stárnutí ponižuje.*“

5. **Zmatení identity versus identita** – naše identita nás odlišuje od ostatních lidí, každý člověk je jedinečný. Díky identitě víme, kdo jsme, kam patříme nebo chceme patřit, jaké role zaujímáme ve společnosti. Postupným stárnutím může člověk přecházet do nejistoty, kdo je, jakým člověkem se stává. Může se ptát, kam nyní patří? Jaká je jeho nynější role? Kdo je nyní ve srovnání s tím, kým byl, jaký život prožil? Jedinec může být zmatený z toho, jaké role nyní zastává, jaké postavení zaujímá.
6. **Izolace versus intimita** – starý člověk se potýká jak s novými neschopnostmi, tak závislostmi v jeho životě, díky nimž se mění i jeho vstupování do nových vztahů, interakcí. V životě stárnoucího jedince se mohou objevovat pocity izolace, deprese. Často tak bývá u jedinců, kteří neměli tak naplněný život láskou, intimitou, bohatými zkušenostmi a nemají tedy z čeho čerpat, na co vzpomínat. Rovněž společnost lidí, kterou je člověk obklopen, se s postupně přibývajícím věkem mění. Může se zmenšovat okruh přátel, rodiny nebo naopak zvětšovat. Podstatným faktorem je, že daný okruh se neustále proměňuje, což může vyvolávat pocit zmatení, potažmo izolace.
7. **Stagnace versus generativita (tvořivost)** – člověk je zapojen do různých činností ve svém životě. Značnou část svého života věnuje budování si své kariéry, rodiny, péče o blízké. Generativita je v tomto stádiu chápána jako „*hlavní životní naplnění aktivních jedinců*“ (tamtéž, s. 115). V tomto ohledu se již neočekává, že ve stáří musí člověk aktivně naplňovat prvek generativity. Na druhou stranu zde může dojít k tomu, že se starý člověk cítí nepotřebný a začíná stagnovat.
8. **Zoufalství versus integrita** – v rámci osmého stádia pomyslně vítězí distonní prvek a to zoufalství. Je na místě však zdůraznit, že zoufalství, které je popisováno v osmém stádiu nelze brát stejně, jak se odráží ve stádiu devátém. V osmém stádiu je odrážena zkušenost člověka na základě jeho retrospekce, co v životě dokázal, jak je s tím spokojen, jakým způsobem život prožil a poté se dostavuje zoufalství např. z promarněných šancí, příležitostí. Avšak 80–90letý člověk ono retrospektivní zoufalství kolikrát nemá možnost prožívat. V těchto letech jedinec může vynakládat veškeré své úsilí např. pouze do toho, aby prožil den bez úrazu. Dochází ke ztrátě schopností a následkem toho k dezorientaci. Tento vysoký věk je spojován také se

ztrátami nejen již zmiňovaných schopností, ale ztrátou lidí kolem sebe. Ať už se jedná o rodinné příslušníky, přátele. V této souvislosti je jedinec vystavován často vtíravým myšlenkám na konečnou fázi života, smrt. Nesmíme však zapomínat na důvěru, která člověka provází celým životem a s ní spojenou nadějí jakožto trvalou, doprovázející sílu. Život bez naděje je nemyslitelný. Ať už má člověk naději v cokoli, je naplněn silou bytí, vždy má důvod pro co žít.

Eriksonová (2015) popsala deváté stádium psychosociálního vývoje člověka z hlediska porovnání distonních prvků, které v tomto období člověka převažují nad prvky syntonními. Nelze však opomenout, že každý člověk je individuální jednotka. Každý si prošel jiným životním cyklem a musíme tak na jedince nahlížet i v rámci jeho sociálního kontextu.

Jak se shoduje většina autorů (srov. Vágnerová, 2000, 2007; Pacovský, Heřmanová, 1981; Langmeier, Krejčířová, 2006; Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016; Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda, 2014), ve stáří dochází jednak ke změnám fyziologickým, tělesným, proměnám psychických funkcí a změnám v oblasti sociální, v rámci socializace.

Charakteristickým projevem stáří je jeho zhoršující se stav, úbytek kompetencí. Objevuje se zde pojem tzv. polymorbydita, což znamená výskyt několika chorob současně, přičemž u lidí starších 85 let jsou chronickým onemocněním postiženi téměř všichni (srov. Vágnerová, 2007; Zavázalová a kol., 2001). Pro kvalitu života seniora je určující stupeň funkčního postižení, nikoli přítomnost nemoci jako takové, důraz je kladen na zachování soběstačnosti a udržení si životní pohody. Soběstačnost a životní pohoda jsou ovlivňovány různými faktory. Jedná se např. o chronická onemocnění oběhové soustavy, cévní mozkové příhody, demence, nemoci pohybového ústrojí, depresivní stavy. Především však závisí na typu a stupni závažnosti daného onemocnění (Vágnerová, 2001). Heřmanová (1981) dodává, že pojmy jako soběstačnost a s ní spojená závislost jsou relativní, mající různé stupně. Vždy je třeba nahlížet na funkční zdatnost daného člověka a také objektivizaci jeho potřeb. Podle Čeledové, Kalvacha a Čeledy (2016, s. 52) je soběstačnost „*schopnost zajišťovat samostatně v daném prostředí obvyklé potřeby, zvládat běžné aktivity denního života*“. Jak tvrdí Kalvach (2004), tělesné projevy stáří mají své obecné rysy se svou interindividuální variabilitou. Tělesné stárnutí u dlouhodobě novějších generací probíhá úspěšněji, respektive v lepší tělesné kondici, v porovnání s generacemi dlouhodobě staršími. Proto je také vyvíjen tlak na společnost při zajišťování sociálních služeb v dané populaci.

U psychických funkcí jsou zmiňovány především proměny kognitivních a emočních funkcí (srov. Vágnerová, 2007; Langmeier, Krejčířová, 2006; Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda, 2014). Pokračuje proces zpomalování při získávání, uchovávání a

užívání informací, zhoršují se zrakové i sluchové funkce, paměť (Vágnerová, 2007). Paměť se zhoršuje zejména při procesu nabývání nových událostí. Na druhou stranu, minulé zážitky pocházející např. z dětství jsou poměrně dobře uchovány a vybavovány (Langmeier, Krejčířová, 2006). Vágnerová (2007) dodává, že po 80 letech života se rozdílly intelektových schopností postupně stírají, třebaže do 80 let života člověka mohly být mezi jedinci silně diferencované. Také dochází k výraznému poklesu fluidní i krystalické inteligence. S postupně se zvyšujícím věkem rovněž klesá lidská tvořivost, přičemž nejvýkonnější z hlediska tvořivosti je člověk považován mezi 25. a 40. rokem. Zde je třeba dodat, že pro lidskou tvořivost nelze určit hranici, díky které lze konstatovat, že kreativita ze života člověka již vymizela. Hlavními faktory jsou motivace, vytrvalost a také entuziasmus každého jedince, díky nimž může lidská tvořivost setrvávat po celý život (Langmeier, Krejčířová, 2006). Pozdní stáří je dále charakteristické dalším úbytkem komplexního uvažování, zhoršením časového odhadu, kdy u starého člověka převažuje především stereotyp, a ne tolik nových zážitků, které může vidět např. u svých dětí. Významnou roli v životě seniora v pozdním stáří hraje úroveň jeho soběstačnosti a nezávislosti.

Emoční prožívání v pozdním stáří nemusí vykazovat výrazné nápadnosti. Udržování pocitů bezpečí, pohody a vyhýbání se negativním emocím je pro toto období typické. Senior se zaměřuje na takové přijatelné pocity, ke kterým dochází strategií zjednodušování a vyhýbání se negativního, toho, co by jej mohlo z emočního hlediska ohrozit. Jedná se o obrannou schopnost organismu. Dalším charakteristickým rysem je pokles intenzity a frekvence emočních prožitků (Vágnerová, 2007). Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) nabývá afektivní prožívání jiného charakteru, kdy se intenzita a samotné citové prožívání seniora zmenšuje, rovněž klesá tzv. neuroticismus. Člověk se v pozdním stáří zaměřuje zejména na sebe, své problémy a okolní události. Situace, které ho již tolik nezajímají jako např. na začátku stáří, kdy potřeba seberealizace a užitečnosti byla ještě stále velmi výrazná. Podle Vágnerové (2007) se také mění vztahy k ostatním lidem, kdy senioři kladou své potřeby na udržení si spolehlivých, pevných citových vazeb. Vzniká tak nárůst emočního významu vůči nejbližším lidem tzn. příbuzným a přátelům a vytěsňování ostatních vztahových vazeb vůči svému okolí. Dále díky proměnám centrální nervové soustavy (dále CNS), zejména regulačního centra, je těžké ovládat své emoce, reakce na odlišné podněty. Projevem pak může být úzkost, strach, neklid. Rovněž v rámci sebehodnocení mají staří lidé tendence zaměřovat se na negativní hodnocení své vlastní osoby, minimálně v porovnání s mladšími seniory. Daleko méně vyzdvihují své pozitivní vlastnosti, rysy.

K dalším výrazným změnám v životě starého člověka dochází v oblasti socializace. Postupně se zužuje prostor, území, ve kterém člověk žije, přičemž v pozdních fázích stáří tento prostor může být vymezen např. pouze domovem či institucí. Ve vysokém věku člověk zpravidla ztratil již velkou část přátel, rodinných příslušníků a je tak posilována jeho osamělost. V komunikaci dochází k problémům v oblasti porozumění nebo vyjádření, které mohou být zapříčiněné změnami kognitivních funkcí. Senioři mají rovněž tendence k nutkavému mluvení, zhoršují se jejich jazykové kompetence a často mají sklony ke komunikaci skrze jejich tělesné potíže. Pozdní stáří je také charakterizováno redukcí sociálních rolí, kdy staří lidé žijí již bez svého partnera, o kterého přišli, což je staví často do pozice osamělého, izolovaného člověka. Provází je také další přidružené nemoci, zdravotní postižení, které z nich činí nesoběstačné osoby. Mnoho seniorů tak musí radikálně změnit svůj způsob života a dožívají svůj život např. v ústavním zařízení (Vágnerová, 2007).

1.3 Přechod seniora z jeho domácího prostředí do prostředí instituce

Vágnerová (2000) v rámci změny životního stylu rozlišuje pomoc skrze pečovatelskou službu či umístěním do domova důchodců, eventuálně do jiné instituce. Mühlpachr (2008) naopak rozděluje péči o staré občany do 3 úrovní, a to 1. péče o starého občana v rodině, 2. sociální péče o starého občana v ambulantních podmínkách a 3. ústavní a poloústavní péče o starého člověka. Na základě charakteristik naší cílové skupiny, tedy seniorů se zrakovým postižením v prostředí domova pro osoby se zdravotním postižením, se blíže zaměříme na popis faktorů v procesu umístění do domova důchodců.

Domovy důchodců jsou považovány za plně ústavní zařízení řídicí se příslušným provozním řádem (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda, 2014). Jak tvrdí Vágnerová (2007), umístění do domova důchodců představuje zásadní změnu životního stylu, s čímž je spojena také horší a delší adaptace člověka na danou situaci. Autorka hovoří o několika problémech navazujících na tuto životní změnu. V první řadě se jedná o ztrátu osobního zázemí, dále o symbolické potvrzení ztráty autonomie a s tím spojené soběstačnosti. Přechod do ústavního zařízení je rovněž signálem blížícího se konce života. Jak potvrzuje skupina autorů (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda, 2014), jedná se o působení mnoha stresorů na starého člověka. Tato rizika jsou dána především již zmiňovanou změnou prostředí, a to ve smyslu jak neznalosti nových prostor, tak lidí v daném zařízení. Také porušením mezilidských vazeb a toho, jak se doposud člověk sebere realizoval, na jakých činnostech, událostech participoval. Dále je dle autorů ohrožena ztráta autonomie, soukromí, kontaktu s okolním a vnějším světem, úrovně vlastního sebehodnocení nebo životní

perspektivy. Rizika a zátěže se mohou rovněž projevovat v neadekvátním jednání personálu nebo spolubydlících.

Vágnerová (2007) v tomto smyslu dodává, že pro to, aby se senior dokázal přizpůsobit novému prostředí, musí být nejprve informován o všem, co se děje. Pobyt v ústavním zařízení představuje specifickou sociální izolaci, kdy je teritorium seniora vymezeno často jednou částí domova a on tak může ztrácet kontakt s okolním světem. Nicméně analogicky to může platit i v domácím prostředí, kdy je senior např. upoután na lůžko ve svém domě, bytě. Cizí, neznámé prostředí posiluje tak pocity úzkosti, pocity nejistoty. Potřeba bezpečí v pozdním stáří rezonuje na trochu jiné úrovni, než tomu bylo dříve. Emoční ladění seniora může vykazovat ambivalentní postoje, které souvisí zejména s jeho soběstačností, respektive jejím výrazným úbytkem. Senior tak v rámci ztráty soběstačnosti potřebuje pomoc od jiné osoby. Avšak senior může pociťovat vůči osobě, která mu pomáhá, jakousi nechuť právě z toho důvodu, že mu pomáhá, že takovou pomoc on sám potřebuje a již nemá stejnou moc sám nad sebou, jako tomu bylo dříve. Autorka rovněž zmiňuje vypěstování si zbytečné nesoběstačnosti seniora, který se začne spoléhat na starostlivý personál, který za něj vše udělá. Je tak omezena jak kontrola nad svým životem, tak možnost seniora samotného za sebe rozhodovat.

Kalvach (2008) v tomto smyslu zmiňuje tzv. kolektivizaci bez skutečného kolektivu, kdy se v ústavním prostředí utvářejí nahodilé kontakty vynucené společným sdíleným prostorem a chybí jim tak společná předchozí zkušenost, soužití.

Klíčovou roli při vstupu do ústavní péče hraje míra adaptace, respektive adaptační proces seniora na nově vzniklou životní situaci a změnu prostředí. Kalvach (2008) zmiňuje několik fází, které probíhají u tzv. osobitého člověka při přesunu z běžného domácího do ústavního prostředí:

1. **fáze seznamovací**, popř. konfrontační – záleží na okolnostech nástupu;
2. **fáze vnějšího přizpůsobení** – každá instituce má svůj řád, člověk přizpůsobuje své zvyky či chování danému řádu, přičemž zažívá pocity rezignace, lítosti, stresu;
3. **fáze vnitřního přizpůsobení** – tato fáze se projevuje v navazování nových vztahů, účastnění se na dění v daném zařízení, jedinec si vytváří své místo v hierarchii vztahů ve skupině;
4. **fáze slábnoucí vazby na dění mimo ústav** – může docházet k omezení, ochabnutí vztahů s rodinou, a to za předpokladu, že jsou takové vztahy s vnějším světem výrazně omezeny;
5. **ztotožnění s ústavním prostředím.**

Vágnerová (2000, 2007) nejprve rozděluje proces adaptace na změnu životního stylu z toho hlediska, zda tato volba byla nebo nebyla dobrovolná. U seniora, který byl nedobrovolně umístěn do dané instituce, probíhají tyto 3 fáze:

1. **fáze odporu** – projevuje se negativismem, agresivitou či hostilitou vůči svému okolí, tedy ostatním starým lidem či vůči personálu jakožto náhradním viníkům vzniklé situace. Objevují se pocity frustrace a další negativní emoce, člověk situaci považuje za nespravedlivou vůči jeho osobě a není v tento moment schopen přiměřenějšího jednání než skrze negativní reakce;
2. **fáze zoufalství a apatie** – nastává v momentu, kdy starému člověku tzv. dojdou síly a energie na jeho odpor. Jedná se o období útlumu, apatie, rezignace, ztráty zájmu o cokoli. Hegyi (2004) v tomto smyslu hovoří o tzv. geriatrickém maladaptčním syndromu projevujícím se adaptačním selháním typickým pro vyšší věk a vznikajícím na základě chronického stresu;
3. **fáze vytvoření nové pozitivní vazby** – jedná se o vytvoření pozitivního vztahu ať už s ostatními obyvateli daného zařízení nebo s osobou z personálu, popř. vytvoření si pozitivního vztahu ke zvířatům (např. rybičky, ptáci).

Naopak adaptace seniora na dobrovolný odchod do zařízení Vágnerová (2000, 2007) charakterizuje těmito 2 fázemi:

1. **fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu** – jedná se o fázi zorientování se, nabírání nových informací. Objevuje se přecitlivělost a bilancování mezi horším a lepším. Může rovněž dojít k dočasnému zhoršení existujících zdravotních potíží;
2. **fáze adaptace a přijetí nového životního stylu** – starý člověk si vytváří stereotyp a získává nové sociální kontakty, smiřuje se se ztrátou svého zázemí. Je spíše výjimečné, že bude starý člověk dané zařízení brát jako jeho skutečný domov.

Ať už se jedná o dobrovolný nebo nedobrovolný odchod do zařízení, nepochybně se jedná o zátěžovou situaci, se kterou se každý senior vyrovnává po svém a volí k tomu jiné adaptační strategie. Kok, Berden a Sadiraj (2015) ve svém výzkumu porovnávali dvě skupiny seniorů. Zaměřili se na seniory žijící v domácím prostředí a ty, jež pobývají v zařízeních ústavní péče. Autoři porovnávali tyto dvě skupiny primárně vzhledem k finančním nákladům na oba typy žití. Zabývali se však také tím, zda jsou či nejsou senioři v jednom nebo druhém zařízení šťastnější. Obecně se můžeme domnívat, že senioři preferují žít především ve svém domácím prostředí, a že senioři žijící v jiných zařízeních jsou nešťastnější, nespokojenější než ti, kteří žijí doma. Nicméně důkazů, které by nám prokázaly a odpověděly, že tomu tak opravdu je, není mnoho a jsou spíše vzácné. Například Chappell

et al. (2004) zjistili, že pocit spokojenosti seniorů v rezidenčním zařízení nebo vlastním domově je u obou skupin srovnatelný. Ho et al. (2003) podotýkají, že kvalita života seniorů žijících v zařízení je signifikantně vyšší než u seniorů žijících v domácím prostředí. Rovněž Rodriguez-Blazquez et al. (2012) se ve svém výzkumu zaměřili na identifikování rozdílů a také hlavních faktorů ovlivňujících zdraví a spokojenost u dvou skupin seniorů, kteří žijí doma či v zařízení. Tato skupina španělských autorů došla ke zjištění, že se mladší senioři cítí spokojenější ve svém domácím prostředí, avšak starší senioři nad 78 let se lépe cítí v ústavních zařízeních. Taková zjištění poukazují nepochybně jednak na jedinečnost každého člověka, ale také na odlišné charakteristiky různých věkových skupin seniorů a jejich individuální potřeby.

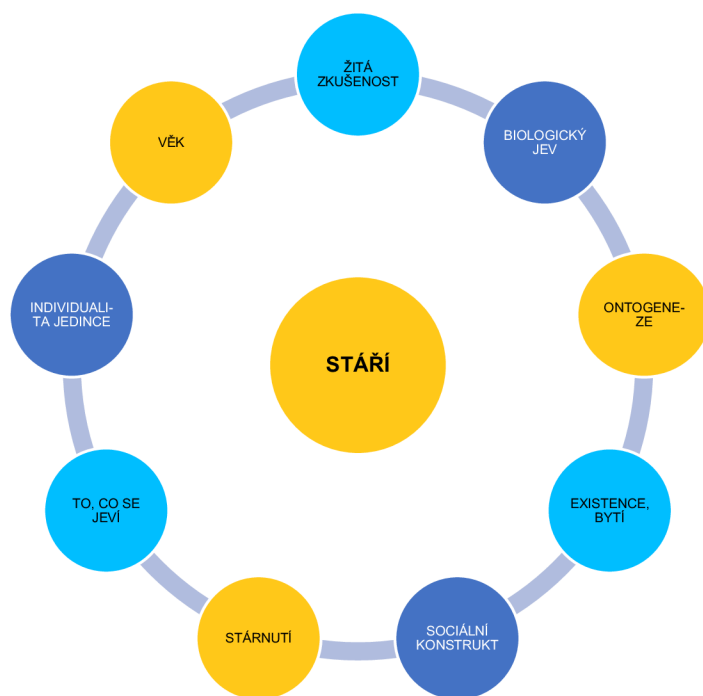
Dozvěděli jsme se, že stáří lze charakterizovat z ontologického hlediska, kdy každá etapa, potažmo jednotlivá období stáří, mají své charakteristiky, avšak je třeba poznamenat, že na stáří lze nahlížet také z pohledu fenomenologického.

1.3.1 Stáří jako fenomén

Stáří samo o sobě lze také chápat jako tzv. fenomén. Přičemž proces stárnutí má své postihnutečné jevy (Haškovcová, 2010; Pacovský, Heřmanová, 1981).

Fenomenologie, chápáno ve významu filozofickém, je z obecného hlediska učení o jevech. Poprvé termín fenomén použil J. H. Lambert v 18. století. V Lambertově pojetí je fenomén chápán jako jev tvořící základ empirického poznání (Čechák, Sobotka, Sus, 1984). Slovo fenomenologie je odvozeno z řeckého slovesa *fainesthai*, což znamená jevit se, ukazovat se, od toho odvozené slovo *fainomenon* (to, co se ukazuje, co se jeví) (Störig, 2007). Jak dodává Smith, Flowers a Larkin (2009), fenomenologie je chápána jako přístup, který se zabývá studiem dané zkušenosti. Představitelé fenomenologie zajímá to, jak lidé smýšlí o své vlastní existenci, o existenci bytí, a to s ohledem na všechny možné aspekty, na kterých nám lidem, existencím, záleží, a které utváří náš žitý svět. Haškovcová (2010) poznamenává, že pouze otevřením se této problematice, problematice stáří, pochopíme její podstatu.

Dále se stářím coby fenoménem a jeho charakteristikami v souvislosti s jedinečnou žitou zkušeností vybraných jedinců budeme podrobněji zabývat v kapitolách 4, 5, 6. K tomu nám poslouží interpretativní fenomenologická analýza (dále IPA) jakožto kvalitativní přístup k výzkumné části disertační práce. Obr. 1 nám názorně ukazuje vztah mezi stářím coby fenoménem a užitím fenomenologického přístupu.



Obr. 1: Stáří a jeho vztah k fenomenologii.
Zdroj: Autor.

V následující kapitole se zaměříme na zrakové postižení získané v kontextu seniorského věku. Nebudeme se dopodrobna zabírat základy tyflopédie (oftalmopedie), ale zaměříme se přímo na zrakové postižení získané, etiologii, specifika, stupně atp. Kontext seniorského věku a zrakového postižení staví základ pro námi vedený kvalitativní výzkum dále v textu.

1.4 Senior se získaným zrakovým postižením

Podle WHO (2021) má celosvětově nejméně 2,2 miliardy lidí poruchu vidění na blízko nebo na dálku. V polovině těchto případů by bylo možné zabránit poškození zraku. To, co je stěžejní pro naše téma je skutečnost, že celosvětově je většina lidí se zrakovým postižením a nevidomostí ve věku nad 50 let.

Pokud se budeme bavit o získaném zrakovém postižení v seniorském věku, pak samozřejmě může jít o různou etiologii vzniku, nejčastěji tedy orgánovou nebo funkční (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007). Kromě vzniku získaného zrakového postižení lze rovněž hovořit o různých klasifikačních systémech.

Způsobů, jakými bychom mohli klasifikovat zrakové postižení je celá řada. Obecně můžeme tvrdit, že také získané zrakové postižení lze dělit dle typu, což platí také pro osoby seniorského věku. Květoňová-Švecová (2000) v typologii zrakových vad uvádí:

1. poruchy zorného pole;

2. poruchy zrakové ostrosti;
3. převodní poruchy;
4. okulomotorické poruchy;
5. poruchy barvocitu.

Dále podle doby trvání může být získané zrakové postižení:

1. krátkodobé;
2. dlouhodobé;
3. opakující se (srov. Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007; Finková, Ludíková, Růžičková, 2007).

Pro náš speciálněpedagogický pohled bude důležité dělení dle stupně zrakového postižení. V tomto smyslu může být zrakové postižení získané v rovině:

1. slabozrakosti;
2. zbytků zraku;
3. nevidomosti;
4. poruch binokulárního vidění (upraveno dle Renotierová, Ludíková, a kol., 2006; Ludíková, Stoklasová, 2005).

Senior se získaným zrakovým postižením tak může nabývat individuálních hodnot zrakové ostrosti, omezení zorného pole, určitého stupně zrakového postižení atp. Pro bližší odborné informace odkazujeme na oftalmologickou odbornou literaturu, která se blíže zabývá jednotlivými očními chorobami a jejich souvislostmi ve vztahu k možné ztrátě zraku.

Na seniora se získaným zrakovým postižením se vztahují specifika, která jsme rozebrali podrobněji výše v předchozích podkapitolách a úvodu kapitoly 1. Stáří a stárnutí versus získané zrakové postižení nabývá podoby určité kvality, kterou se budeme zabývat právě v kvalitativní části disertační práce. Na tomto místě jen stručně poukážeme na vybrané aspekty získaného zrakového postižení jedince seniorského věku.

Osobnost během života podléhá formování. Mají na ni vliv různé faktory např. genetika, vzezření osoby, společnost, vlastní činnosti atp. Obvykle však nové rysy osobnosti nevznikají, ale může dojít k jejich změnám. V oblasti kognitivních procesů získaného zrakového postižení je nutný rozvoj jiných způsobů vnímání než zrakem. Mimo jiné s formováním osobnosti a změnami v rovině psychiky seniora, souvisí také otázka sebehodnocení starého člověka se získaným zrakovým postižením. Potíže může činit osobě sebehodnocení ve vztahu k vlastnímu zevnějšku – jedinec si stěžuje bez zraku např. představuje, jak je upraven, jak jej vnímá okolí. Měl by přehodnotit dosavadní vnímání sebe sama, přizpůsobit se získanému postižení. S tímto mnohdy souvisí reálnost/nereálnost plnění

cílů. Na jedné straně zde může být tendence k přehnané pasivitě a závislosti na druhých lidech, na druhé straně (u aktivních seniorů) přílišná aktivita a přecenění svých sil. V rámci životních rolí pak vyvstává nová role, kromě té seniorské, a to role osoby se zrakovým postižením (Vágnerová, 1999).

U seniora se získaným zrakovým postižením je třeba brát v úvahu kromě aspektů proměn osobnosti a sociální role seniora s postižením také aspekt pracovní náplně. Jesenský (2000) upozorňuje, že práce má svůj význam v osobní seberealizaci dotyčného. Beneš (2003) v tomto smyslu uvádí tzv. učení se ve stáří. Ačkoliv se v seniorském věku většinou neobjevuje mnoho nových koníčků, jedinec se může začít věnovat tomu, čemu se dříve nevěnoval. Staví se zde na minulé zkušenosti. Vzdělávání či aktivizace seniorů tak působí nejen preventivně, k udržení tělesné kondice a intelektuálních sil, ale může být pro člověka zálibou, náplní volného času.

K citovanému lze doplnit, že též u seniora se získaným zrakovým postižením můžeme navázat na předchozí zkušenost a aplikovat ono zmíněné učení se ve stáří. Ostatně učení se ve stáří i vzhledem k získanému zrakovému postižení je podstatné ke každodenním činnostem, schopnosti orientace a mobility jedince (pokud je schopen samostatného pohybu nebo s pomocí pomůcek), seberealizaci aj. V další podkapitole se budeme více zabírat aktivitou, jejím chápáním vzhledem k seniorskému věku a poté navážeme tematicky kvalitou života.

1.5 Pojem aktivita a jeho chápání vzhledem k seniorskému věku

Podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále MKF) (WHO, 2001, s. 134) lze aktivitu chápat jako „*provádění úkolu (úkomu) nebo činu člověkem*“. Synonymem pro slovo aktivita je také činnost či činnorodost (Lingea, 2021), tedy taková činnost, do které se člověk s nadšením, zapálením, snahou zapojuje. Také slovník cizích slov (Klimeš, 2010, s. 13) definuje aktivitu jako „*činnost, činnorodost, hnutí, snažení, seskupení směřující obvykle k obecnému prospěchu*“. Máček (2004) hovoří v souvislosti se stárnutím o důležitosti tzv. pohybových aktivit jakožto východiska udržení si vysoké kvality života postupně stárnoucí populace. Zachování si optimálních pohybových aktivit tak přispívá k dosažení maximální samostatnosti a svobodě pohybu. Jak dodávají Langmeier s Krejčířovou (2006), starý člověk sice je určitým způsobem připraven na konečnou fázi života završenou smrtí, avšak představa závislosti na druhých lidech je pro něj těžce uchopitelná. Sparling et al. (2015) podotýkají, že senioři se zdravotním postižením nemusí být schopni provádět aspoň minimální fyzickou aktivitu nebo se přiměřeně jakkoli

věnovat cvičení. Na druhou stranu by ani zdravotní postižení nemělo být důvodem neplnění dané aktivity. Autoři doporučují snížit sedavé chování a zaměřit se na určitou rutinu, která sníží počet hodin odpočinku i u seniorů nemohoucích vykonávat různé typy aktivit. Dle Máčka (2004) je právě snižování tělesné aktivity, a naopak zvyšování sedavého způsobu života charakteristické pro stárnoucího člověka. Tento způsob života koreluje jednak se zvyšující se pravděpodobností nárůstu zdravotních komplikací, ale také s riziky v sociální a psychické rovině života.

Janečková, Kalvach a Holmerová (2004) hovoří ve spojitosti se stárnutím o důležitosti programování aktivit a také motivaci seniora. Zdravý člověk má možnost a schopnost plánovat si samostatně své aktivity, rozlišovat mezi zaměstnáním a volným časem, individuální participací i účastí na aktivitách s dalšími lidmi. Oproti tomu člověk, jehož zdraví je oslabeno potýkající se s omezením jeho mobility, má potíže v kognitivních funkcích, jeho smysly jsou oslabeny a je mu třeba k aktivitám dopomoci. Takový člověk má větší nebo menší limity v uskutečňování aktivit. V tomto smyslu je třeba vyvinout dostatečně velké úsilí v prostředí daného jedince, které vyplývá z jeho zdravotního stavu, ať už z hlediska fyzického či duševního omezení.

MKF (WHO, 2001) také rozlišuje mezi samotnou aktivitou a participací. Participace je vymežována jako „*zapojení do životní situace*“ (tamtéž, s. 134). Jak samotná aktivita má svá omezení, tak participace má své limity. V první řadě se jedná o takové problémy, které může mít člověk při dané aktivitě, a které může prožívat při participaci.

V souvislosti s výše uvedeným je dále třeba vymezit pojem samotné aktivizace. O aktivizaci hovoříme primárně ve vztahu k vytváření aktivizačních programů v institucionální péči, přičemž cílem těchto programů je právě ona „aktivizace“ daného člověka. „Aktivizací“ jsou většinou pověřeni sociální pracovníci, ergoterapeuti nebo pracovníci aktivizačních činností. Tento způsob aktivizace skrze pracovníky je často orientován na program samotný, kdy se účastník, tedy senior, stává spíše jeho pasivním příjemcem. Nejsou tedy až tak zohledněny seniorovy potřeby nebo zájmy, nýbrž se dá hovořit o „vyplnění“ času seniora či potlačení nudy během dne. Jedná se tak o umělé vytváření aktivizačních programů, kde se jedinec spíše podřizuje než že se tzv. aktivuje (Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004). Aktivizace člověka by měla brát především zřetel na jeho individuální možnosti a přání. Skrze ohleduplnost a respekt k lidské jedinečnosti je možné nalézt nebo obnovit motivaci daného jedince. Na opačném protipólu se však staví nadměrná aktivizace, o které se hovoří především v souvislosti s pobytem v ústavním

zařízení. Takový typ aktivizace je pak na hranici týrání starého člověka (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Samotné slovní spojení aktivizační činnosti lze najít, mimo jiné, např. v § 48 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění. Dle § 48 odst. 1 uvedeného zákona se řadí mezi takové základní činnosti, jež jsou poskytovány, v souvislosti s našimi záměry, v domovech pro osoby se zdravotním postižením společně s výchovnými a vzdělávacími činnostmi. Soběstačnost těchto osob je z důvodu zdravotního postižení snížena, a proto je třeba pravidelná pomoc jiné fyzické osoby. Dle § 14 odst. 1 vyhlášky č. 505/2005 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení o sociálních službách, v platném znění, jsou výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti zajišťovány skrze pracovní výchovnou činnost, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění, volnočasové a zájmové aktivity.

Soběstačnost člověka je ovlivněna dvěma faktory. Jednak je dána funkční zdatností organismu a také náročností prostředí každého jedince. V tomto smyslu hovoříme o konceptu hodnocení aktivit denního života (*Activities of Daily Living*, dále ADL) (Kalvach, 2004). Soběstačnost společně s dalšími faktory jako jsou např. autonomie, pocity štěstí, užitečnosti, schopnosti sám se rozhodovat, ovlivňují kvalitu života jedince. Avšak je třeba dodat, že kvalita života může pro každého člověka znamenat něco zcela odlišného (Hrozenská, 2013). ADL se zpravidla dělí na aktivity instrumentální (*Instrumental Activities of Daily Living*, dále IADL) a aktivity základní nebo také bazální (*Basic Activities of Daily Living*, dále BADL). Mezi bazální aktivity, které se týkají především sebeobsluhy, se řadí např. koupání, oblékání, používání toalety, přemísťování, kontinence a jezení. Do instrumentálních aktivit spadají již složitější úkony jako např. nakupování, vaření, telefonování (Kalvach, 2014). Soběstačnost je zpravidla omezena u lidí vyššího věku, ať už z důvodu chronických postupně se zhoršujících onemocnění či syndromů (Holmerová, Válková, Vaňková, Jurášková, 2011).

1.5.1 Aktivní stáří v pobytových službách

Koncepce „úspěšného“ nebo také aktivního stárnutí se opírají o klasická doporučení zásad duševní hygieny. Mezi taková doporučení patří např. zachování dostatečně široké nabídky zájmů a udržení se v aktivitě, udržení si rovnováhy mezi duševní a fyzickou činností a pozitivních vztahů, navazování nových přátelství. Být angažován do jakékoli činnosti je však otázkou primárně dané osobnosti člověka. Výše zmíněná koncepce se snaží především

o nenásilné udržení aktivity lidí vysokého věku jakožto předpokladu k posilování kvality života, ale také pozitivní adaptace na stáří. Aktivizační programy pořádané v těchto intencích by měly působit nejen na preventivní úrovni, ale také na úrovni léčebné. Takové programy probíhají rovněž u osob s poruchami adaptace např. při přechodu z domácího prostředí do jiného zařízení (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Při přípravě aktivit pro seniory je třeba respektovat určité zásady. Janečková, Kalvach a Holmerová (2004) mezi ně řadí především respektování jedinečné zkušenosti každého seniora. Dále je to respekt k potřebě jistoty, kdy jsou v popředí již zažitá zvyky a stereotypy. Také je to respekt ke smysluplné činnosti, což může pro člověka znamenat např. pomoc dobré věci, něco po sobě zanechat, výtěžnou činnost apod. V neposlední řadě je to respekt k hodnocení vykonávaných činností a přiměřenost aktivit z hlediska fyzických a mentálních schopností jedince.

Důležitou otázkou pro pracovníky v zařízeních, jež pracují se seniory, je motivace. Jak motivovat seniora k činnostem? Aktivity v institucích, kde senior trvale pobývá, by se měly co nejvíce přibližovat aktivitám všedního dne, jež senior vykonával ve svém domácím prostředí. Motivaci lze podporovat skrze tyto faktory:

1. důraz na praktickou každodennost;
2. smysluplnost;
3. dobrovolnost;
4. příjemnost;
5. sociální přiměřenost;
6. úspěšnost;
7. pomoc a podmiňování (upraveno dle Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004).

Z hlediska výše uvedeného je však třeba mít také na paměti, že ne každý senior má zájem být aktivní. Může se jednat o jeho zdravotní stav, který mu znemožňuje vykonávat jakékoli činnosti nebo jednoduše nechce. Proto je třeba být solidární a respektovat jedinečnost každého člověka (Janiš, Skopalová, 2016).

Dále si stručně charakterizujeme jednotlivé aktivizační činnosti, které jsou poskytovány seniorům se zrakovým postižením v Palatě – Domově pro zrakově postižené a v Centru sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením Brno-Chrlice. Tato dvě zařízení byla záměrně vybrána.

1.5.2 Domov pro zrakově postižené Palata a jeho nabídka aktivit pro naši cílovou skupinu

V případě, chceme-li přiblížit domov pro zrakově postižené tak, jak vypadá v dnešní podobě a jaké služby pro svoji klientelu nabízí, je nutné zmínit pár slov k jeho vzniku a spletité historii. Samotný název Palata je kronikáři stále velmi diskutovaným tématem. Tento název pochází již z dob králů. Přesněji se jedná o doby Václava IV. a Vladislava Jagellonského. Toto území je také velmi spojováno s pahorkem Palatinem, kde se nacházely královské a císařské paláce. Tento název se ale nejvíce váže k úrodnému území, a hlavně vinici Na Palatě, která v první čtvrtině 17. století spadala pod správu Jana Theodora Sixta z Ottersdorfu. V barokní usedlosti se vinice rozrostla až ve 30. letech, kdy byla předána do rukou jezuitského řádu a těšila se svého rozkvětu. V 19. století prováděly budovu další expanze. Tyto úpravy, ne jenom v pražských měšťanských vlastnických rodinách, probíhaly také na samotné budově a jejím komplexu. Přístavby vyžadovaly rozdělení Palaty na Velkou a Malou. Rokem 1993 byla ukončena také dvouletá výstavba budoucího Ústavu pro zaopatření slepců Francisca Josephina (Zeman, 2008).

Veškeré služby, které jsou poskytovány domovem Palata, zajišťují aktivizační pracovníci s rozšířenou kvalifikací pro práci se zrakově postiženými klienty. V případě daného domova se jedná o osmičlenný tým, který zajišťuje služby a terapie, jež jsou přizpůsobeny i klientům s vícečetným postižením. Individuální přístup ke každému klientovi je zajištěn přidělováním osobních klíčových pracovníků soustředících se na pomoc a nácvik v rámci sebeobsluhy, samostatného pohybu a prostorovou orientaci, ale také nácviku práce s kompenzačními pomůckami. Dále se jedná o pomoc pracovníků s osobními záležitostmi seniorů, adaptaci po zahájení služby a jejich nástupu do domova. Domov se rovněž snaží o rozvoj kontaktů se společenským prostředím. Tím dosahuje velmi pestré nabídkou kulturních a společenských programů. Mezi tyto programy spadají například představení hudebních skupin, uměleckých a hudebních škol, zahraničních souborů a známých hereckých osobností. Pravidelnými hosty Palaty bývají členové ze Státní opery, Malé české strany nebo také z muziky Jiřího Pospíšila. Důležitou částí poskytovaných služeb je také četný počet terapeutických služeb zajišťovaných příslušnými pracovníky (Palata, 2015). Následující řádky se zaměří na jednotlivé terapie a jejich stručný popis.

Muzikoterapii Müller (2014) vymezuje jako prostředek intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních využívající profesionálního hudebního stimulu a jeho vedlejších elementů. Lze ji provádět jak v dané instituci, tak v přirozeném prostředí jedince, skupiny, rodiny, nebo komunity. Muzikoterapie je zajišťována profesionálním

muzikoterapeutem provádějícím klienty celým procesem za cílem optimalizace a zkvalitnění celkových životních hodnot. Jedná se o zlepšení „*fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu*“ (tamtéž, s. 269). V případě domova Palata je zajišťována tato služba hned ve dvou rovinách. V první řadě se jedná o pasivní poslech reprodukované hudby z reproduktorů nebo hudby živé. V druhém případě je to aktivní participace seniorů v hudební produkci, kdy jim je umožňováno také navštěvovat koncerty mimo areál Palaty (Palata, 2015).

Canisterapie pochází z latinského názvu *canis* (pes) a *terapie* (léčba). Názvosloví nám tedy napovídá, že se jedná o terapii využívající působení psa na člověka. Canisterapie se zaměřuje na dosažení rovnováhy u člověka ze strany psychické, fyzické a sociální. Emoční prohloubení nastává nejen u terapeuta a klienta, ale také u samotného psa. Tato terapie je tedy vhodná např. pro zlepšení komunikace a procvičování jemné motoriky (Müller, 2014).

Pro správný popis další terapie, kterou je arteterapie, je nutné vymezit její úhel, ze kterého je na ni nahlíženo. V případě širšího úhlu pohledu by arteterapie byla vymezena jako terapie, v níž je klient kladně ovlivňován jakýmkoliv aspektem umělecké formy. Z širšího pohledu by byly do arteterapie zahrnuty i terapie již zmíněné, např. muzikoterapie. V užším slova smyslu se arteterapie soustředí pouze na výtvarná umělecká díla a jejich oceňování. V tomto případě je možné arteterapii realizovat jako individuální tvořivost klientů za cílem osobního projevu jako hlavního prostředku poznání. Tuto terapii je možné také realizovat skupinově s psychologem nebo psychiatrem, kdy je zacílena na citový rozvoj a sebepoznání člověka (Müller, 2014). V případě Palaty je kladen důraz na rozvoj sebevědomí a sebevyjádření seniorů. Arteterapie se využívá zejména pro rehabilitaci jemné motoriky a výplň volného času s možností rozvoje interpersonálních vztahů (Palata, 2015).

Aromaterapie je dle Křížové (2017) využívána ve větší míře spíše u žen než u mužů. Soustředí se na využívání aromatických a éterických olejů působících na tělo a duši daných klientů. Tato terapie může být využívána prostřednictvím masáže, koupele nebo inhalace. Za cíl si aromaterapie klade uvolnění svalstva a permanentních bolestí částí těla. Dále usiluje o psychické uvolnění. V tomto případě se jedná o uvolnění od nespavosti, stresu, měnících se nálad a dalších běžných problémů v souvislosti se stářím.

Reminiscenční terapie nebo tzv. reminiscence je organizovaná práce seniorů s vlastními vzpomínkami. Tento způsob vzpomínání je možné realizovat hned v několika formách. Reminiscence může probíhat formou vzpomínkových besed nebo také formou tvorby a psaní vzpomínkových knih. V širším měřítku se může jednat o jakékoliv

organizované aktivity seniorů interpretujících své vzpomínky. Reminiscence má za cíl probudit naději a motivaci k životu u seniorů. Zaměstnává také jejich myšlenky a vytváří prostor pro seberealizační činnost. Vzpomínky váže ke kladným pocitům a napomáhá personálu daného zařízení blíže poznat své klienty (Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004). Domov pro zrakově postižené Palata se snaží vyvolávat vzpomínky v návaznosti na stanovená témata. Poté se tyto vzpomínky pracovníci snaží se seniory chronologicky uspořádat. V rámci terapie je využíváno množství předmětů, které mají za cíl propojit vzpomínky s realitou a tím prohloubit dané vzpomínky do jasnější podoby (Palata, 2015).

Podstata **taneční terapie** se nachází v samotných klientech a jejich vnitřní motivaci. Jedná se o vzájemné propojení mysli a těla, kdy je hlavní složkou právě pohyb. Taneční terapie je charakterizována jako nedirektivní tanec, který prohlubuje u každého seniora psychické a fyzické složky. Cílem této aktivity není klienty dostat do určité fyzické kondice, nýbrž je zde snaha o prohloubení a uvědomění si svého těla a jeho hranic. Samotná terapie není direktivní, tudíž je otevřena veškeré kreativitě. V tomto smysli se může jednat o formu umění, kde jedním z cílů je nalézat krásy vlastního pohybu. Dále je tato terapie velmi spojována s navazováním společenských vztahů mezi klienty (Müller, 2014).

V případě **pracovní terapie** se jedná o určitou manipulaci s materiálním okolím za účelem vytvoření produktu. U seniorů se je to zejména činnost rukodělná nebo také nácvik ostatních činností v rámci praktického života. Tyto činnosti mají za cíl rozvíjet zručnost, podporovat užitečnost a seznamovat klienty s vlastní osobností. Dále se pak snaží pomocí manuální práce navodit emoční klid a vyrovnanost (Müller, 2014). Domov Palata umožňuje klientům zúčastnit se činností v keramické dílně, batikování, vyšívání, pletení a dalších rukodělných činností, při kterých mohou senioři soustředit svůj zájem a nadšení pro aktivity, které dříve dělali nebo dělat chtěli (Palata 2015).

V případě využití beletrie a krásné literatury můžeme **předčitatelské služby** definovat jako expresivní terapii, v níž klient vyjadřuje své názory, postoje a emoční stavy vůči tvorbě známých autorů. Tato interakce klienta a příslušného pracovníka nejen prohlubuje jejich vzájemný vztah, ale také rozvíjí u seniorů schopnost oceňovat krásu umělecké tvorby (Müller, 2014). V domově Palata jsou tyto služby řazeny do každodenních programů klientů. Vyškolení pracovníci předčítají z novin, magazínů, krásné literatury či beletrie. Další výhodou těchto služeb je rozvoj všeobecného přehledu (Palata, 2015).

Rekondiční cvičení je charakterizováno jako fyzická aktivita, která má pozitivní dopad na zdravé a aktivní stárnutí. Z velké části rozvíjí psychomotorické dovednosti a kladně ovlivňuje rozvoj biologické a psychosociální stránky daných klientů. Před samotným

cvičením je u seniorů provedena kompletní diagnostika, při které jsou zohledněny jak fyzické možnosti, tak jejich samotná diagnóza. Jednotlivá cvičení by měla v ideálním případě probíhat v počtu 2krát až 3krát za týden. Důraz se klade také na odpočinek, který by měl být v rozsahu mezi 24–48 hodinami. Tyto tréninkové jednotky by měly u seniorů trvat nejdéle 60 minut, přičemž by intenzita daného tréninku neměla přesahovat 60–70 % maximální tepové frekvence. Toto trénování může probíhat buď se svojí vlastní váhou, s partnerem nebo s využitím tréninkových předmětů. Mezi tyto tréninkové předměty zapadá například gymnastická obruč a tyč, gymnastický balón, odporové gummy, lehké činky, závaží na kotníky a další (Dias, Couceiro, 2017).

V neposlední řadě lze zmínit **trénování paměti**. Mozkový trénink je proces, který má za cíl stimulovat kognitivní funkce a kladně udržovat mentální zdraví seniorů. Předpokladem pro efektivní trénování paměti je kombinace množství prožitkových dimenzí a kanálů člověka. Tuto činnost je možné realizovat za pomoci formálních i neformálních metod. Jedná se např. o řešení matematických úloh, slovní hry, procvičování a rozšiřování slovníku, trénink asociačního myšlení a jiné (Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004).

1.5.3 Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením Brno-Chrlice

Centrum Brno-Chrlice (dále centrum) začalo psát svoji historii v roce 1921, kdy Spolek péče o slepé v zemi Moravskoslezské odkoupil budovu s pozemkem, z níž vzniklo centrum pro osoby se zrakovým postižením tak, jak ho známe nyní. Klienti a pracovníci formovali spolek, který byl po celé desítky let ekonomicky soběstačný. Věnovali se výrobě kartáčů a košíků, dále pak pěstování zeleniny a chovu drobného zvířectva. Spolek zdárně také přečkal druhou světovou válku, okupaci a hospodářskou krizi (CSS Brno-Chrlice, 2019).

V centru je poskytováno množství výchovně-vzdělávacích a aktivizačních služeb, které mají za cíl kladně ovlivňovat tělesnou, duševní i pracovní stránku zapojených klientů. Zároveň se speciální pedagogové a pracovníci základní výchovné péče snaží u klientů dosáhnout nejvyššího stupně samostatnosti, seberealizace a nezávislosti. Z toho důvodu má centrum výběr ze zájmových, aktivizačních a volnočasových činností díky nimž by měly klienti těchto hodnot dosahovat. Mezi tyto činnosti a poskytované služby spadá, stejně tak jak domova Palata, množství terapií. Jedná se o pracovní terapie, kde jsou využívány keramické, šicí a košíkářské dílny. Dále pak muzikoterapie, poslechové terapie a zpěv. Centrum poskytuje také kulturní akce, do kterých spadají koncerty, plesy, módní přehlídky, pěvecké soutěže, vernisáže, táboráky, pěvecký sbor, taneční hodiny a jiné. Tyto kulturní

akce rozvíjí zejména interpersonální vztahy mezi klienty a personálem. Zároveň kladně ovlivňují jejich psychickou a duševní stránku (tamtéž).

Personál zajišťuje pro své klienty také sportovní akce. Centrum (2019) uvádí následující: kuželky, ruské kuželky, plavání, jízda na dvoukole, posilovna, kondiční cvičení, výlety a sportovní soutěže. V rámci centra je zřízena také knihovna braillových knih a audionahrávek. Další službou poskytovanou centrem je mozkový trénink. Stejně tak jako u domova Palata i centrum Brno-Chrlice poskytuje předčitatelské služby denního tisku, umělecké, odborné i naučné literatury. Personál napomáhá klientům s korespondencí, poskytuje základní informace nebo napomáhá při výběru jídelníčku.

Aktivní stárnutí je dle WHO (2002) charakterizováno jako příležitost k rozvoji zdravého životního stylu, spoluúčasti a osobního zabezpečení s hlavním cílem zvýšení kvality života ve stáří. Právě na problematiku kvality života v následující kapitole plynule navážeme.

2 Kvalita života ve stáří

Podle Ludíkové a kol. (2014) se odborná veřejnost zabývá kvalitou života již od 20. let 20. století. Jako samostatný pojem není lehké kvalitu života definovat, a to zejména díky jejímu multidimenzionálnímu rozměru. V rámci konceptualizace kvality života lze uvést dva hlavní přístupy, a to kvalitu života jako konstrukt na úrovni celé populace a kvalitu života jako individuální konstrukt (Gurková, 2011). Vzhledem k individualitě každého jedince a specifické situaci seniora se zrakovým postižením nás zajímá přístup druhý. Jedná se o takový přístup, který představuje specifické konstrukty individuální kvality života. V tomto smyslu lze hovořit o kvalitě života související se zdravím (*Health-Related Quality of Life*, dále HRQoL). Přístup je ovlivněn člověkem v jeho jedinečné situaci vzhledem k jeho zdravotním možnostem, schopnostem. Kvalita života seniorů je ve velké míře spojována nejen s pojmem zdraví, ale také s pocitem spokojenosti a mezilidskými vztahy (Hudáková, Majerníková, 2013).

2.1 Krátký historický exkurz a pokus o vymezení

Vařurová a Mühlpachr (2005) potvrzují stanovisko autorů (Dvořáčková, 2012; Gurková, 2011; Heřmanová, 2012; Ludíková a kol., 2012; Ludíková a kol., 2014; Tomeš, Šámalová a kol., 2017), že pokud chceme vymezit fenomén zvaný kvalita života, nejedná se o jednoduchý úkol, jelikož je to pojem multidimenzionální, nabývající mnoha rozměrů. Dle Payne (2005) existuje nespočet pokusů o definování daného fenoménu, avšak bez existence jediného platného a všeobecně přijímaného vymezení.

Co však bezpochyby jednoznačné je, že první užití slovního spojení *kvalita života* použil Pigou roku 1920 v práci zvané *Ekonomie blahobytu*, která se zabývala ekonomikou a sociálním zabezpečením. Po jisté, dá se říci odmlce, se téma kvality života znovu vynořilo v 60. letech 20. století, kdy jej ve svém projevu, opět v souvislosti s ekonomickými tématy, zmínil prezident USA L. B. Johnson. V 70. letech, konkrétně roku 1968, se o pojmu hovořilo v souvislosti s aktivitami Římského klubu ve Švýcarsku, jehož cílem bylo zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života, a to z pohledu negativních dopadů kapitalistické společnosti. Ve stejném období se objevilo také mnoho pokusů o definování pojmu kvalita života v souvislosti s pokusem o stanovení jeho indikátorů (Ludíková a kol., 2012; Vařurová, Mühlpachr, 2005). Roku 1974 uspořádala Evropská komise OSN sociální indikátory do 8 skupin a to na: zdraví, kvalitu pracovního prostředí, nákup zboží a služeb, možnosti trávení volného času, pocit sociální jistoty, možnosti rozvoje osobnosti, fyzikální

kvalitu životního prostředí, možnost účasti na společenském životě (Halečka, 2002, s. 65–81). Jak tvrdí odborníci (Vaňurová, Mühlpachr, 2005) to, jak vymezit kvalitu života a zvolit odpovídající nástroje měření se odvíjí od účelu takového měření. Dodávají, že existuje nejen nespočet definicí, ale také měřicí nástroje, zejména v podobě dotazníků či rozhovorů. Kvalitu života lze tedy chápat v kontextu sociálně–politickém či zdravotním a psychosociálním (Tomeš, Šámalová a kol., 2017).

Nelze však opomenout i složku filozofickou. Jak podotýká Dvořáčková (2012), ještě dříve, než se samotní vědci věnovali tématu lidského blaha, štěstí a kvality života, zabývali se těmito pojmy rovněž filozofové a teologové. Například v antice bylo nejvýraznějším indikátorem v kontextu kvality života vnímání subjektivní pohody. Naopak Seneca vnímal jako nejdůležitější indikátor v této oblasti rovinu sociální a ekonomickou, a to v rámci zabezpečení materiálních potřeb. Ve středověku bylo veškeré smýšlení ovlivněno zejména křesťanstvím. Objevují se zde jména jako Tomáš Akvinský, Augustinus Aurelius. Tyto osobnosti ve svých konceptech obracely svou pozornost na Boha, který byl tím nejdokonalejším předmětem poznání v otázce lidského štěstí. V době osvícenské, v době 18. století, se oproti středověkému myšlení, které se obracelo na Boha jakožto zdroj štěstí, soustředila pozornost na jedince jakožto individualitu. Nejednalo se tedy o službu člověka Bohu, ale byl kladen důraz na seberealizaci člověka, existenci svobody, sebeúcty. Nelze opomenout rovněž jméno Viktora Emanuela Frankla, jehož působení bývá úzce spojováno s pojmem smysl života, a jehož myšlenky tvoří základní pilíře v rámci přístupu k lidským problémům. Ve 20. století se pozornost obracela opět k antice. Mezi hlavní filozofické směry patřil utilitarismus, který usiloval o dobro pro co největší počet lidí.

V současné době hovoří Heřmánková (2012) o kontroverznosti pojmu kvality života. Podotýká, že neexistuje jednak všeobecně přijímaná definice a ani její jasný koncept. Tyto fakty podporují jistou terminologickou rozříštnost pojmu. Kvalita života (*quality of life*) je často spojována, ne-li zaměňována s ostatními pojmy jako např. sociální pohoda (angl. *social well-being*), pocit pohody (*well-being*), individuální stav pohody (*subjective well-being*), štěstí (*happiness*), zdraví (*health*) aj. V návaznosti na nejednotné uchopení daného pojmu se budeme zabývat zejména kvalitou života spojenou se zdravím.

2.2 Kvalita života související se zdravím

Nelze popřít, že kvalita života zahrnuje fyzickou kondici, schopnost provádění každodenních činností života, prožívání, úroveň lidských vztahů či podmínky okolního prostředí ve kterém se člověk vyskytuje, ve kterém žije (Tomeš, Šámalová a kol., 2017). Jak

uvádíme výše dle Vad'urové a Mühlpachra (2005), kvalitu života lze specifikovat takovým způsobem, za jakým účelem se na ni nahlíží. Mnozí autoři (Dvořáčková, 2012; Gurková, 2011; Lopúchová, Kolníková, 2017; Tomeš, Šámalová a kol., 2017) se v rámci domácí literatury shodují na tom, že WHO podává výstižnou definici kvality života. Vymezení dle WHO (1997) spatřuje kvalitu života jako jedincovo vnímání jeho pozice v životě, a to v kontextu kultury a systému hodnot jednotlivce, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Libigerová a Müllerová (2001) dodávají, že obecné pojetí kvality života a pojetí kvality života související se zdravím se navzájem překrývají. Proces vyrovnávání se s onemocněním u člověka ovlivňují rovněž individuální charakteristiky jako např. vnější prostředí, rodina, přátelé.

V lékařském prostředí je kvalita života související se zdravím známa převážně pod zkratkou HRQoL (Vad'urová, Mühlpachr, 2005). Samotný koncept HRQoL se začal užívat od 80. let a navázal na vymezování konceptů zdraví (Gurková, 2011). Kaplan a Bush (1982) byli první autoři, kteří pojem HRQoL použili. Je třeba si však nejprve vymezit stěžejní pojem – zdraví a jak je na něj nahlíženo.

Seedhouse (1995) v tomto smyslu hovoří o čtyřech příkladech. V oblasti lékařské je zdraví chápáno jako nepřítomnost nemoci. Ze sociologického hlediska se na zdravého člověka lze dívat jako na osobu, která funguje ve všech jemu přidělených sociálních rolích. Z humanistického pohledu se naopak jedná o takového člověka, který se pozitivně vyrovnává s překážkami, které se mu stavějí v životě do cesty. Autor zmiňuje poslední náhled na pojem zdraví, a to pohled idealistický. Idealista chápe zdravého člověka jako bytost, u nějž je složka tělesná, duševní, duchovní i sociální ve vzájemně kladné součinnosti.

Křivohlavý (2009) rozdělil teorie zdraví do sedmi kategorií, a to na základě chápání zdraví jako prostředku k určitému cíli nebo chápání zdraví jako cíle o sobě samém:

- 1. Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly** – zdraví je v tomto smyslu považováno jako jistý druh síly, kterou může mít každý člověk jiného množství a pomáhá mu tak zdolávat životní překážky, ovšem taková síla může i zeslabovat. Zdraví je v této kategorii chápáno spíše holisticky.
- 2. Zdraví jako metafyzická síla** – pojem zdraví je zde chápán jako určitá vnitřní síla člověka tak, jak to vnímají teorie zaměřené humanistickým směrem. Vnitřní sílu v tomto pojetí lze označovat jako tzv. libido, vitalitu či také élan vital. Dle Křivohlavého (2009) zdraví směřuje k vyšším cílům než pouze jako zdraví samo o sobě. Je zohledňován pozitivní přístup k životu a určitá rezistentnost vůči negativním vlivům okolí.

3. **Salutogeneze – individuální zdroje zdraví** – v pojetí zdraví jako salutogeneze odkazuje Křivohlavý (2009) na práci Aarona Antonovsky (1985), který zkoumal dvě skupiny Židů, jež přežili nacistické koncentrační tábory. Z daných zjištění vyplynuly dvě různé charakteristiky těchto skupin. Jedna skupina se obtížně adaptovala na současný život a druhá skupina naopak vykazovala jedinečné chování ve smyslu mimořádné živosti a pozitivní adaptace na životní problémy jakožto holistické charakteristiky postoje k životu samotnému. Křivohlavý (2009) dále dodává, že se v tomto pojetí objevují termíny jako např. nezdolnost (*hardiness*), které tvoří oddanost, zvládnutelnost a chápání životních úkolů jako výzev.
4. **Zdraví jako schopnost adaptace** – tato kategorie chápe zdraví jako schopnost přizpůsobení se, adaptaci na nepříznivé životní podmínky, schopnost pozitivní reakce na výzvy, vytváření si přirozeně obranného systému vůči nepříznivým vlivům okolí.
5. **Zdraví jako schopnost dobrého fungování** – v rámci pojetí zdraví jako schopnosti dobrého fungování vyvstávají pojmy jako fit, fitness. S těmito pojmy je spojována dobrá kondice, a to jak po tělesné, tak duševní stránce.
6. **Zdraví jako zboží** – v tomto pojetí je zdraví chápáno jako zboží (*commodity*). Lze to uvést na příkladu, kdy je člověk nemocný a jde si koupit do lékárny lék, čímž je myšleno nějaké zboží. Takové zboží si lze koupit, ztratit jej, dodat. Zároveň tohoto pojetí může být například představa člověka, že je zdraví něco mimo daného jedince, něco, co se člověka týká pouze v situaci nepříznivého stavu.
7. **Zdraví jako ideál** – Křivohlavý (2009) do poslední kategorie zařadil definici zdraví WHO z roku 1946, podle které je „*zdraví stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.*“ Seedhouse (1995, s. 61) se také pokusil vymezit svou vlastní definici zdraví, kdy „*optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály)*“. Také Křivohlavý (2009, s. 40) přidává svou formulaci: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.*“

Jak uvádí Mast (1995, s. 957), ve vývoji v oblasti HRQoL docházelo nejprve ve větší míře k tvorbě multidimenzionálních nástrojů a až poté k samotné konceptualizaci. „*První konceptuální modely HRQoL byly vytvořeny až v polovině 90. let*“ (Gurková, 2011). V 90. letech byla také zaznamenána velká míra tvorby jak generických, tak specifických nástrojů

HRQoL. Tvorba generických nástrojů sloužila zejména k možnosti porovnání dvou skupin lidí, přičemž každá skupina se odlišovala svým zdravotním stavem. Mezi první generické nástroje lze zařadit tzv. SIP (*Sickness Impact Profile*) či NHP (*Nottingham Health Profile*). Tyto nástroje byly vytvořeny především k posuzování funkčního stavu a soustředily se na fyzické aspekty zdraví (Gurková, 2011). V návaznosti na pokračující tvorbu generických nástrojů Gurková (2011) uvádí nástroje, které se zabývaly nejen fyzickou stránkou, ale zohledňovaly také další dimenze zdraví, a to dimenzi psychickou, sociální a existencionální. V této souvislosti lze uvést nástroj zvaný SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form*) nebo EQ-5D (*EuroQoL*) (Gurková, 2011). Dragomirecká a Bartoňová (2006) vnímají výhodu generických nástrojů v možnosti vzájemného srovnání několika skupin, ať už zdravých tak nemocných pacientů. Lze však srovnat různé podmínky a následně je užít i na populační úrovni. Zápor takových nástrojů lze vnímat naopak ve ztrátě citlivosti v oblasti intervence na jednotlivé symptomy. Specifické nástroje měření HRQoL jsou oproti generickým nástrojům zaměřeny na konkrétní skupiny populace, u nichž je zohledňována subjektivní složka v rámci vnímání svého zdravotního stavu.

V 90. letech, kdy vznikaly jednotlivé koncepty HRQoL, se objevila také kritika na vznik několika z nich. A to zejména z toho důvodu, že vznikalo nespočet nových nástrojů pro měření HRQoL. Objevovala se také nejednotnost a nepoměr mezi množstvím měřících nástrojů a teoretickými východisky (Gurková, 2011). Od roku 2002 existuje databáze s názvem PROQOLID™, jež slouží akademikům, lékařům, studentům a různým společnostem jako nástroj hledání a vyhodnocování tzv. COAs (*Clinical Outcome Assessments*). V této online databázi lze čerpat informace podle jednotlivých oblastí zájmu autorů (ePROVIDE™, 2020).

Kvalita života seniorů ovlivňuje nejedna situace s tímto věkem spojovaná. Ať už se jedná o změněný zdravotní stav, postupnou adaptaci na nové role v životě seniora tak potřebu sociální opory (Gurková, 2011). V rámci měření kvality života u seniorů se dle autorek (Gurková, 2011; Hudáková, Majerníková, 2013) ve velké míře užívá následujících nástrojů. V dnešní době se jedná o nejznámější nástroje zvané WHOQOL-OLD, které vytvořila pracovní skupina WHO. Vytvoření takového modulu se inspirovalo metodologickými postupy při vytváření nástrojů WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF (Gurková, 2011). „Sebehodnotící dotazník WHOQOL-100 obsahuje 100 položek a zahrnuje 6 domén týkajících se kvality života – fyzické zdraví, prožívání, fyzickou nezávislost, sociální vztahy, prostředí a duchovní oblast. Zkrácenou verzí WHOQOL-100 je dotazník WHOQOL-

BREF, obsahuje 26 položek rozdělených do 4 domén – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí“ (Hudáková, Majerníková, 2013).

Podle Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (2020) (z anglického originálu *Centers for Disease Control and Prevention*, dále CDC) je důležité sledovat HRQoL a to například z důvodu tzv. „překlenutí“ hranic mezi disciplínami a také mezi sociálními, psychologickými či lékařskými sférami. Měření HRQoL může tak napomoci prevenci nemocí, zdravotních postižení a také poskytnout cenné poznatky o vztahu HRQoL a jednotlivých rizikových faktorů. Z informací CDC (2020) také vyplývá, že na základě analýzy údajů o sledování HRQoL je možno identifikovat takové skupiny lidí, jež jsou charakteristické negativním vnímáním svého zdravotního stavu a být tak ku prospěchu v rámci intervence a zkvalitňování stávající situace této skupiny lidí nebo také odvrácení od jiných závažnějších důsledků.

2.3 Pohled na kvalitu života a seniora se zrakovým postižením ve výzkumných studiích

Skupina autorů (Flekačová, Hrubešová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík, 2019) se v rámci tzv. mapujícího přehledu, jak jej nazývá i Mareš (2013), zaměřila na posouzení jednotlivých empirických studií v oblasti kvality života osob se zrakovým postižením v seniorském věku, a to za období 2013–2019. Autoři (Flekačová, Hrubešová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík, 2019) čerpali z databází Web of Science, Scopus a ProQuest na základě jimi určených kritérií výběru i vyřazení jednotlivých studií. Z obsahové analýzy vybraných studií autorů vyplynulo několik závěrů, které si níže shrneme (viz také podkapitola 2.4).

Studie, které byly zahrnuty do obsahové analýzy v daném období lze rozdělit do tří skupin. Autoři (Flekačová, Hrubešová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík, 2019) si stanovili kritéria výběru, aby mohli jednotlivé studie podrobit následné deskripci.

První skupina studií se zaměřovala zejména na samotné nástroje pro měření kvality života, a to hlavně z hlediska takovéto nástroje vyvinout, respektive vytvořit jeho novou modifikaci (Speigh, Sinclair, Browne, Woodcock, Bradley, 2013). Autoři se orientovali na vytvoření nástroje a posouzení jeho užitečnosti pro měření kvality života osob se zrakovým postižením v souvislosti s onemocněním diabetes mellitus a pobytem pacientů cílové skupiny v pečovatelských domech. Poslední autory, jež můžeme do této skupiny zařadit, jsou Ord, Wright, DeAngelis a Feehan (2015), kteří se soustředili nikoli na vývoj nového

nástroje měření, avšak ověřovali a zkoumali již stávající nástroj, u něhož navrhli jisté obměny po provedeném výzkumném šetření.

Druhá skupina byla zacílena zejména obecně na vliv kvality života, ať už v souvislosti se zdravím či samotným stavem zrakového analyzátoru. Na zřetel byly brány také specifické strategie zvládnání a vliv jednotlivých dimenzí kvality života osob se zrakovým postižením. To znamená vždy ve vztahu ke kvalitě života a jejího dopadu na život osob se zrakovým postižením v seniorském věku, případně starších dospělých (srov. Crews, Chou, Zhang, Zack, Saaddine, 2014; Sgaramella, Nota, Carrieri, Soresi, Sato, 2017; Sturrock et al., 2015).

Poslední skupina si zvolila konkrétnější hlavní výzkumné cíle, a to hlavně z důvodu přesného definování sledovaných cílových skupin. Autorky Kašćáková, Majerníková a Slaninková (2013) porovnávaly jednotlivé indikátory kvality života u osob se zrakovým postižením, a to u osob s proliferativní diabetickou retinopatií (dále PDR) a neproliferativní diabetickou retinopatií (dále NPDR). Kolektiv autorů Ciobotea et al. (2016) vyhodnocoval vztahy mezi zrakovým postižením a kvalitou života, avšak specificky se zaměřil na vyjádření tohoto vztahu skrze životní pohodu a hodnocení kvality spánku cílové skupiny, která si prošla chirurgickým zákrokem z důvodu jejich zrakového deficitu.

Pro posuzování kvality života seniorů se zrakovým postižením je využíváno mnoho odlišných nástrojů, které se vždy odvíjí od hlavního výzkumného cíle. Autorky Kašćáková, Majerníková a Slaninková (2013) použily pro naplnění svého výzkumného cíle standardizovaný dotazník, a to konkrétně jeho verzi z roku 2000, NEI VFQ-25 (*National Eye Institute – Visual Function Questionnaire*). Tento nástroj slouží k měření kvality života obecně, jakožto i k měření kvality života osob se zrakovým postižením. Ord, Wright, DeAngelis a Feehan (2015) zvolili nástroj MacDQoL, který byl vyvinut ve Spojeném království a je určen k měření kvality života jedinců s věkem podmíněnou makulární degenerací. Tento nástroj obsahuje 26 otázek pokrývajících 22 domén. Jak ukázaly výsledky studie, dotazník by mohl být obohacen o domény transportu a nezávislého řízení. Dále autoři použili Smith-Kettlewell Reading Test sloužící k měření makulárních funkcí a přítomnosti skotomů. Studii doplnili také o metodu sběru dat z polostrukturovaného rozhovoru. Autorský kolektiv Ciobotea et al. (2016) využil pro měření kvality života psychometrický nástroj WHO-5 Well-Being Index obsahující 5 položek. Dotazník BRFSS (*Behavioral Risk Factor Surveillance System*) aplikovali do svého výzkumu Crews, Chou, Zhang, Zack a Saaddine (2014). Tento výzkumný nástroj se skládá z 6 otázek, kdy 4 z nich byly odvozeny ze zkrácené verze nástroje SF-36. Sturrock et al. (2015) se zaměřili na kvalitu života související se zrakem a využili dotazník IVI (*Impact of Vision Impairment Questionnaire*),

který byl respondentům předložen na začátku studie, a poté po 3 a 6 měsících a obsahoval 28 položek. Indikátor copingových strategií (CSI – *The Coping Strategy Indicator*) se svými 33 položkami měřil stupeň, jaké copingové strategie účastníci studie preferují. Jednalo se buď o preferenci vyhýbání se zvládání problémů, zvládání problémů nebo hledání sociální podpory. Sgaramella, Nota, Carrieri, Soresi a Sato (2017) použili pro naplnění stanoveného výzkumného cíle jednak SF-12 (*Short Form Health Survey*), který se skládá z 6 položek s třístupňovou Likertovou škálou. Zrakové funkce byly měřeny zkrácenou verzí dotazníku VFQ-25 (*Visual Function Questionnaire*), který byl vyvinut za účelem měření dopadu zrakových onemocnění vzhledem ke každodennímu fungování člověka. Ve výzkumu byl dále použit inventář PSI (*Problem Solving Inventory*) a dotazník zaměřující se na analýzu spokojenosti s kvalitou života skrze 8 různých domén s 35 položkami. Poslední skupina autorů se pokusila vytvořit nástroj, respektive vyvinout modifikaci již existujícího 19položkového ADDQoL (*the Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life*) na 17položkový ADDQoL Senior, který se používá zejména u diabetických pacientů (Speight et al., 2012). Výčet jednotlivých nástrojů v empirických studiích znázorňuje tab. 1.

Tab. 1: Použité nástroje pro měření kvality života u osob se zrakovým postižením seniorského věku ve vybraných empirických studiích z let 2013–2019.

Nástroj	Oblasti hodnocení a počet položek
National Eye Institute – Visual Function Questionnaire (NIE VFQ-25)	<ul style="list-style-type: none"> • základní soubor 25 otázek • celkové posouzení zraku, těžkosti při aktivitách s viděním do blízka/dálky, omezení společenského života kvůli zraku, symptomy duševního zdraví kvůli zraku, těžkosti s řízením motorového vozidla, omezení periferního vidění, omezení barevného vidění, bolest oka
Macular Degeneration Quality of Life (MacDQoL)	<ul style="list-style-type: none"> • 26 otázek pokrývajících 22 položek • vnímání vlivu VPMD na konkrétní aspekty života
WHO škála pohody (WHO-5 Well-Being Index)	<ul style="list-style-type: none"> • 5 položek • pozitivní nálada (dobré naladění, relaxace), vitalita (být aktivní a vstávat svěží a odpočatý), obecné zájmy (zajímat se o něco)
The Center for Disease Control and Prevention through its Behavioral Risk Factor Surveillance System (CDC skrze BRFSS) dotazník	<ul style="list-style-type: none"> • 6 položek • hodnocení vlastního zdraví, fyzicky špatné dny, mentálně špatné dny, dny limitované aktivitou, životní spokojenost, postižení
The Impact of Vision Impairment Questionnaire (IVI)	<ul style="list-style-type: none"> • 28 položek rozdělených do 3 sub-škál • pohyb a nezávislost, čtení a přístup k informacím, životní spokojenost
Short Form Health Survey Questionnaire (SF-12)	<ul style="list-style-type: none"> • 12 položek • fyzická složka, psychická složka
The Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL Senior)	<ul style="list-style-type: none"> • jednodimenzionální soubor o 17 položkách

Zdroj: Upraveno dle Flekačová, Hruběšová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík (2019).

Závěry, které vyplývají z těchto studií, jsou velmi specifické, stejně tak, jak je jedinečná skupina osob se zrakovým postižením, a to nejen v seniorském věku (Flekačová, Hrubešová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík, 2019). Několik autorů se shoduje, že je stále na místě zabývat se informovaností jak lékařů, odborníků z praxe i široké veřejnosti o skupině seniorů se zrakovým postižením (Kašćáková, Majerníková, Slaninková, 2013; Ord, Wright, DeAngelis, Feehan, 2015; Sturrock et al., 2015). Z výsledků vyplývá, že existují těsné vazby mezi zrakovým postižením a kvalitou života, avšak tato korelace nemusí být pouze negativní. Ano, přítomností zrakového postižení a specifickým postavením seniora ve společnosti, je kvalita života opravdu snížena (Crews, Chou, Zhang, Zack, Saaddinec, 2014; Ciobotea et al., 2016). Nicméně je třeba poukázat také na to, že senioři se zrakovým postižením se nevzdávají svých životních cílů a vykonávání činností v životě (Kašćáková, Majerníková, Slaninková, 2013; Ord, Wright, DeAngelis, Feehan, 2015). Již výše zmíněná informovanost by neměla směřovat jen na stranu odborníků nebo laické veřejnosti, ale také vzhledem k seniorům se zrakovým postižením. Jednak by se mělo jednat o informovanost o samotném zrakovém postižení, onemocnění a jeho důsledcích, ale také o běžném fungování v životě, zaměření se na včasnou intervenci, ať už ve smyslu screeningových programů či následného terapeutického přístupu (Ciobotea et al., 2016). Takové přístupy mohou zahrnovat aktivní zapojení seniorů do života, motivaci pacientů, jejich edukaci nebo podporu při zvládání a vyrovnávání se se zátěžovými situacemi (Sturrock et al., 2015).

Kvalita života je pojem multidimenzionální a velmi těžce uchopitelný a definovatelný. Mapující přehled autorů (Flekačová, Hrubešová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík, 2019) se zabýval tématem kvality života vzhledem k osobám se zrakovým postižením v seniorském věku. Aktuálnost vědeckého zaměření na tuto oblast je dána např. stanoviskem WHO (2011), které potvrzuje celosvětový trend stárnutí populace, což se týká bezesporu všech, tedy i osob se zrakovým postižením. I z tohoto důvodu má smysl věnovat se výzkumu spojeného s touto cílovou skupinou a zkvalitňování jejich života (Flekačová, Hrubešová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík, 2019).

Flekačová, Hrubešová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík (2019) si z hlediska cílů rozdělili výzkumné studie do tří skupin, které se zaměřovaly jednak na inovaci či zhodnocení nástrojů měření kvality života, výzkumné studie, jejichž cíle byly zaměřené oproti ostatním konkrétněji a ty, které se zaměřily obecně na vztah kvality života podmíněného zrakovým postižením jedince. Ať už předložené výzkumné studie používaly různé nástroje měření kvality života, výsledky se shodovaly v několika oblastech. Jednou z nich byla podpora

informovanosti nejen seniorů se zrakovým postižením o daném onemocnění, ale také lékařů, a to z hlediska přístupu k této specifické skupině. Shrnující informace k jednotlivým studiím nám představuje tab. 2.

Tab. 2: Charakteristika vybraných empirických studií.

Autor a rok vydání práce/země původu	Hlavní výzkumný cíl	Věk cílové skupiny	Použitý výzkumný nástroj pro měření QoL/počet respondentů	Hlavní zjištění/nálezy
Kaščáková, Majerníková, Slaninková (2013) Slovenská republika	Monitorovat, analyzovat a zhodnotit rozdíly v hodnocení sledovaných indikátorů kvality života, které souvisely s reakcemi na problémy z důvodu ZP u pacientů s PDR a NPDR.	Průměrný věk respondentů ve skupině s PDR 64,7 let a NPDR 61,05 let	Standardizovaný dotazník NIE VFQ-25 (<i>National Eye Institute – Visual Function Questionnaire</i>), 5stupňová Likertova škála Pozn.: verze z roku 2000 80 pacientů s diagnózou DR (27 pacientů s PDR, 53 pacientů s NPDR)	Pacienti s NDPR vykazují signifikantní rozdíly v hodnocení sledovaných indikátorů kvality života oproti pacientům s PDR, a to v pozitivnějším slova smyslu. Zejména v oblasti dosahování životních cílů. Je třeba zaměřit se na edukaci pacienta, prevenci, celkovou informovanost a jeho motivaci.
Ord, Wright, DeAngelis, Feehan (2015) USA	Kvalitativně posoudit užitečnost systému MacDQoL pro starší osoby s VPMD v USA.	64 let a výše	MacDQoL (vyvinuto v UK), nástroj určen k měření kvality života u jedinců trpících VPMD (26 otázek pokrývajících 22 domén) 26 respondentů	Užitečnost nástroje se jeví jako vhodná pro měření kvality života osob s VPMD. Vyplynula potřeba obohacení dotazníku o domény transportu a nezávislého řízení. Kvalita života jedinců s VPMD je na jednu stranu ovlivněna, ale nikoli pouze negativním směrem. Jedinci se i přes zhoršené vidění nevzdávají vykonávání činností v životě. Proto je třeba o tomto informovat např. klinické lékaře, kteří jim nabízejí podpůrné programy.
Ciobotea et al. (2016) Rumunsko	Vyhodnotit vztahy mezi zrakovým postižením a kvalitou života vyjádřenou skrze životní pohodu a vlastní hodnocení kvality spánku na vzorku starších osob s oftalmologickou patologií před a po operaci	Průměrný věk 70,1	psychometrický nástroj WHO-5 Well-Being Index (5položkový dotazník) 53 pacientů s diagnózou šedý zákal (katarakta)	Z výzkumu vyplývá, že existuje korelace mezi přítomností katarakty a kvalitou života vyjádřenou skrze životní pohodu a poruchy spánku. Obě tyto oblasti se zlepšily po operaci katarakty, což dokazuje potřebu včasné intervence. Rovněž existuje korelace mezi jakýmkoli stupněm ZP a zhoršenou kvalitou života, která je doprovázena depresí lidí trpících onemocněním

	chirurgického zákroku realizovaném za účelem korekce zrakového deficitu.			šedým zákalem. Vystává potřeba screeningových programů s následným terapeutickým přístupem pro seniory se ZP.
Crews, Chou, Zhang, Zack, Saaddine (2014) USA	Prozkoumat spojitost mezi kvalitou života související se zdravím a zrakovým postižením mezi lidmi staršími 65 let života.	65 let a výše	BRFSS (<i>Behavioral Risk Factor Surveillance System</i>) dotazník Pozn.: 6 otázek (4 pochází ze zkrácené verze nástroje SF-36) 60 807 účastníků výzkumu z 22 států USA)	Lidé se středně těžkým až těžkým postižením zraku poukazovali na dvakrát nižší kvalitu života související se zdravím oproti lidem intaktním a také skupině osob s lehkým ZP. A to také v oblastech jak fyzicky, tak mentálně nepříznivých dnů a aktivit tyto dny ovlivňujících. Studie demonstruje spojení mezi narůstajícím ZP a sníženou kvalitou života související se zdravím.
Sturrock et al. (2015) Austrálie	Určit dlouhodobý vliv specifických strategií zvládnání na kvalitu života spojeného s viděním (VRQoL) u pacientů se slabozrakostí.	Průměrný věk 69,8 let	IVI (<i>Impact of Vision Impairment Questionnaire</i>) 162 pacientů	Zjištění ukázala, že vyhýbání se zvládnání má škodlivý vliv na VRQoL v průběhu času. Zrakoví terapeuti (<i>low vision specialists</i>) by se měli zabývat tzv. copingovými strategiemi zvládnání jejich pacientů a povzbuzovat je, aby se zapojili do aktivního, nikoli vyhýbajícího se zvládnání dopadů na život v souvislosti se zrakovým postižením.
Sgaramella, Nota, Carrieri, Soresi, Sato (2017) Itálie	Cílem studie bylo prozkoumat vliv několika dimenzí fungování na spokojenost s kvalitou života (QoL), které prožívají starší dospělí se zrakovým postižením.	Průměrný věk 68,95	SF-12 (<i>Short form health survey</i>) – 6 položek, 3stupňová Likertova škála Pozn.: zkrácená verze-SF-36 VFQ-25 (<i>Visual Function Questionnaire-25</i>) – 12 sub-škál Pozn: zkrácená verze NEI VFQ-51 PSI (<i>Problem Solving Inventory</i>) – 35 položek QoL dotazník – 35 položek, 5stupňová škála 58 participantů	Výsledky podporují názor, že funkční vztah mezi zrakovým postižením a spokojeností s kvalitou života musí být chápán z hlediska přístupů, které zahrnují psychologické a sociálně kognitivní prvky. Hodnocení problému ve skutečnosti významně přispívá ke spokojenosti v životě a může hrát důležitou roli v rámci intervenčních strategií.

Speight et al. (2013) Austrálie	Cílem bylo vyvinout a zhodnotit nový nástroj měření pro použití u starších dospělých (<i>older adults</i>), který by byl vhodný zejména pro použití v pečovatelských domovech: audit kvality života závislého na diabetu.	Průměrný věk 81,4 let	ADDQoL (<i>the Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life</i>) Pozn.: 17 položek 90 účastníků	Domény v oblasti života nejvíce ovlivněny diabetem byly „nezávislost“ a „svoboda jíst, jak si přeji“. Předpokládá se, že počet položek může být v budoucnu redukován, pokud bude možné stávající výsledky zopakovat.
------------------------------------	---	------------------------------	---	--

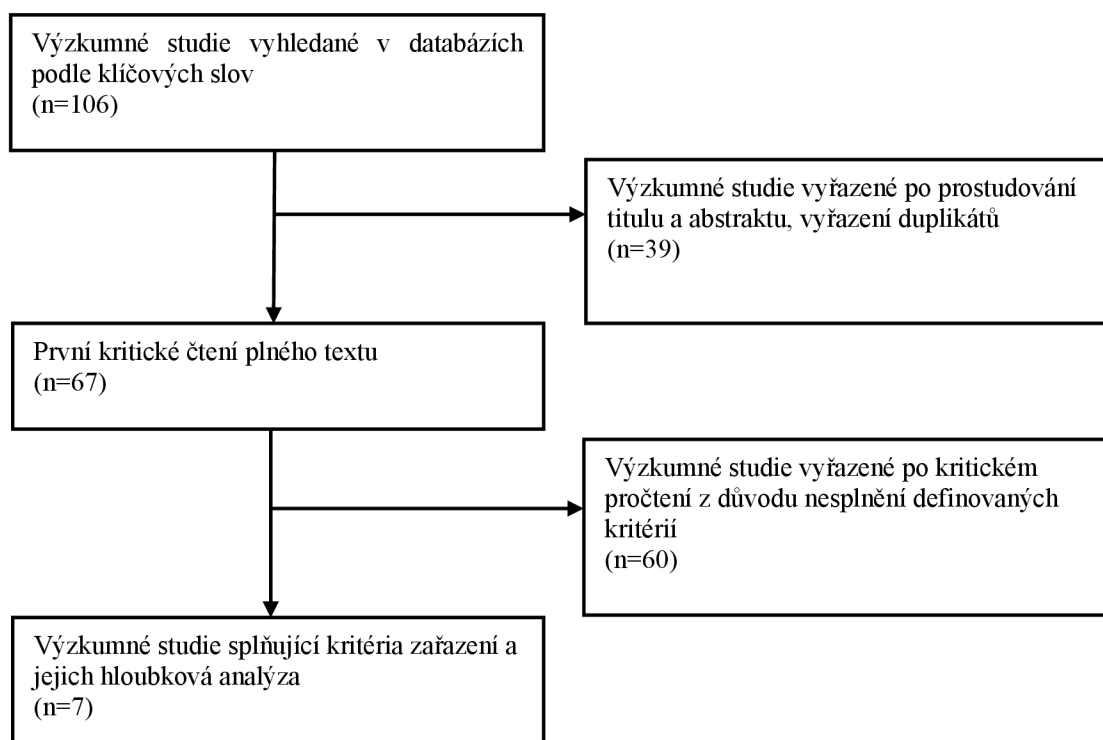
Zdroj: Autor.

2.4 Popis postupu obsahové analýzy coby východiska předvýzkumu i samotného výzkumu disertační práce

Flekačová, Hrubešová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík (2019) nejprve provedli rešerši odborné literatury v dostupných databázích Univerzity Palackého v Olomouci, jež má univerzita předplacené (Web of Science, Scopus, ProQuest) a také v některých volně dostupných databázích (knihovny.cz, Google Scholar). Při vyhledávání v databázích si citovaní autoři zvolili tato kritéria výběru:

1. klíčová slova: kvalita života, senior, zrakové postižení;
2. časové období: 2013–2019;
3. jazyk studií: čeština, angličtina;
4. podoba studií: články, výzkumné zprávy, publikace.

Pro vyhledávání v zahraničních databázích byla zvolena klíčová slova: quality of life AND (seniors OR elderly OR older adults) AND visual impairment. Proces výběru relevantních publikací nám znázorňuje schéma na obr. 2.



Obr. 2: Schéma procesu výběru relevantních výzkumných studií pro následnou obsahovou analýzu přehledové studie.

Zdroj: Flekačová, Hrubešová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík (2019).

Celkem bylo citovanými autory v databázích vyhledáno 106 prací. Po přečtení titulu a prostudování abstraktu bylo vyřazeno celkem 39 prací. Ke kritickému čtení se dostalo 67 studií, z čehož bylo vyřazeno 60, a to z důvodu nesplnění předem definovaných kritérií. Kritéria pro zařazení byla:

1. jen práce z let 2013–2019;
2. jen práce publikované v těchto jazycích: český jazyk, anglický jazyk;
3. jen práce založené na empirickém výzkumu;
4. jen práce z obdobných socioekonomických a kulturních podmínek (tj. země EU, USA, Austrálie);
5. jen věková kategorie respondentů v seniorském věku (tj. od 60 let);
6. jen práce, kde je uveden cíl výzkumného šetření;
7. jen práce založené na primárním empirickém výzkumu.

K obsahové analýze bylo určeno 7 empirických studií, které splňovaly výše uvedená kritéria. Výsledky těchto studií představuje podkapitola 2.3. Závěry z dané kapitoly rovněž představují východiska předvýzkumu a pokračujícího výzkumu disertační práce jakožto aktuální oblasti řešení.

3 Předvýzkum – vybrané aspekty

Na základě výše uvedeného teoreticko-kritického ukotvení předkládaného tématu byl realizován předvýzkum, jehož závěry budeme dále prezentovat. Hlavním záměrem provedení předvýzkumu bylo jednak proniknutí do dané problematiky, nalezení stěžejních aspektů ve zvolené oblasti, které pak následně poslouží k naplnění hlavního cíle a jeho dílčích cílů, zodpovězení si výzkumných otázek v rámci pokračujícího, vlastního výzkumu. Jak dodává Pelikán (2011), předvýzkum by neměl být podceňován, jelikož díky jeho realizaci si výzkumník ujasňuje širě pole výzkumného problému, které si dále zužuje na vlastní výzkumné pole.

Jako hlavní cíl předvýzkumu jsme si stanovili analyzovat postoje osob seniorského věku se získaným zrakovým postižením vzhledem k jejich účasti na aktivizačních činnostech. Přičemž dílčím cílem bylo naopak analyzovat postoje pracovníků aktivizačních činností a seniorů se získaným zrakovým postižením, a to vzhledem k jejich chápání pojmů kvality života a aktivizačních činností. V návaznosti na teoretické ukotvení a prezentaci výzkumných studií vztahujících se k tématu byla stanovena následující výzkumná otázka: Jak přemýšlí senioři se zrakovým postižením o aktivizačních činnostech a kvalitě jejich života?

Předvýzkum, jak tvrdí také Chráska (2016), je většinou prováděn na menším počtu participantů, než je samotný vlastní výzkum. V rámci procesu předvýzkumu by měl výzkumník rovněž ověřit metody a techniky, jež používá v navazujícím vlastním výzkumu. Tím se pak snižuje riziko jejich nevhodného užití.

Pro naplnění výzkumného záměru byl zvolen kvalitativní výzkum za užití polostrukturovaného rozhovoru jakožto metody získávání dat. Creswell (2009) uvádí několik možností sběru dat při výběru metody rozhovoru. Jednou z možností takového získávání dat je právě skrze polostrukturovaný rozhovor, který je nahráván a následně přepsán. V našem případě byly všechny rozhovory nahrávány na diktafon, které následně prošly doslovnou transkripcí výzkumníka. Hendl (2016) dodává, že doslovná transkripce je časově náročný proces, který je však nezbytný pro následnou analýzu dat. Přepsané rozhovory je možno opatřit např. komentáři, podtrháváním, vytvářením si kódů, kategorií, tematických celků, shlukování dat. Získaná data provedených rozhovorů byla podrobena technice otevřeného kódování, tvorbě kategorií a následně technice „vyložení karet“. Vezmeme-li v úvahu techniku „vyložení karet“, podle Švaříčka a Šedřové (2014) jde o vytvoření kategorizovaného seznamu kódů, kdy lze vzniklé kategorie dále uspořádat do

nějakého obrazce nebo linky. Na základě takového uspořádání lze sestavit doprovodný text. Pro proces kódování získaných dat jsme zvolili manuální techniku tužka-papír. Saldaña (2013) doporučuje práci s tištěnou verzí při procesu kódování zejména v prvotní fázi výzkumu nebo také u menšího počtu participantů s nimiž byly rozhovory uskutečněny.

Cílová skupina participantů byla zvolena na základě záměrného výběru nebo chceme-li dle Hendla (2016), tzv. účelného vzorkování. Rovněž jsme zvolili kritéria pro výběr participantů. Prvním z kritérií byla u primárního výzkumného souboru (tzn. senior se zrakovým postižením) přítomnost získaného zrakového postižení na úrovni nevidomosti. Druhé kritérium pro primární výzkumný soubor představovalo věkovou hranici od 65 let a výše. Vzhledem k záměrnému výběru participantů bylo také stanoveno kritérium života participantů v zařízeních sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (tzn. Domov pro zrakově postižené – Palata). Jako sekundární výzkumný soubor byli zvoleni pracovníci aktivizačních činností v zařízeních sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (tzn. Domov pro zrakově postižené – Palata), kteří byli rovněž vybráni na základě záměrného výběru.

Pro potřebu grafického znázornění zpracovaných výpovědí byly zvoleny v rámci zobrazovací techniky tabulky. Při sestavování tabulek v rámci zobrazování výsledných dat v kvalitativním výzkumu lze podle Hendla (2016) užít například ilustrativních výňatků z provedených rozhovorů.

Primární výzkumný soubor představuje 6 seniorů se získaným zrakovým postižením a 3 pracovníky aktivizačních činností jakožto sekundárního výzkumného souboru. Skupina seniorů se pohybuje ve věkové kategorii 83–90 let. Délka praxe pracovníků aktivizačních činností s prací se seniory se zrakovým postižením v daném zařízení se pohybuje v rozmezí 1,5–14 let. Pro zachování anonymity všech respondentů jsou uvedena jména všech seniorů smyšlená. Pracovníky aktivizačních činností dále uvádíme jako: pracovník 1, pracovník 2, pracovník 3.

V následujícím textu jsou prezentovány nejprve výsledky v rámci každého souboru participantů zvlášť. V tabulkách 3, 4, 5 a 6 jsou znázorněny jednak významové kategorie a k nim přiřazené kódy jakožto výsledky počátečního procesu kódování rozhovorů. Níže si uvedeme ty nejvýznamnější nálezy v rámci provedené analýzy, na které dále navážeme hlavním rámcem vlastního výzkumu. Pro podrobnější rozbor a popis výsledků z předvýzkumu odkazujeme čtenáře na kapitolu publikace: FLEKAČOVÁ, L. (2019). Aktivizační činnosti a jejich vliv na QoL osob se zrakovým postižením v seniorském věku. In: MICHALÍK, J. a kol. *Kvalita života osob se zdravotním postižením*

(osob pečujících) – 2019: specifika vybraných skupin. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 28–44. ISBN 978-80-244-5678-2.

3.1 Shrnutí výsledků z předvýzkumu a určení směru v pokračujícím výzkumu

V tab. 3 jsou znázorněny kódy, jež jsme přiřadili k významové kategorii aktivizační činnosti tak, jak vyplývá z odpovědí na otázky od všech participantů primárního výzkumného souboru. Pojem aktivizační činnost je seniory se zrakovým postižením vnímána jako nějaká aktivita. Tato aktivita je některými seniory vztahována přímo k aktivitám, které dané zařízení nabízí. Senioři také chápou pojem aktivizační činnosti jako starost či péči o někoho, ať už o druhého člověka nebo o ně samotné. Je to aktivita, která může být prospěšná pro jejich zdraví.

Alžběta: „*No. Především možnost zúčastňovat se různých činností ve prospěch mého zdraví anebo mého stavu spokojenosti.*“

Kristián: „*Já si myslím, že to je, že se jeden o druhého stará nebo o někoho. Že jsou lidi, který se o mě starají.*“

Paní **Zlata** vnímá daný pojem jako práci, činnost, která je charakteristická interakcí s dalšími lidmi: „*Že by to mohla bejt nějaká práce, společná práce, s někým pracovat.*“

Tab. 3: Postoje seniorů se zrakovým postižením – přehled významových kategorií a přiřazených kódů, vztah k pojmu aktivizační činnost.

Významová kategorie	Kód
Aktivizační činnost	Péče Pomoc od druhých Zisk – prospěch Aktivity v rámci zařízení Být zúčastněna Zisk – zdraví Spokojenost Práce

Zdroj: Upraveno dle Flekačová (2019).

Z hlediska chápání seniorů pojmu kvality života vyplynula jako nejvýznamnější témata rodiny, zdraví a vlastní soběstačnosti (viz tab. 4). Kvalitu života a téma rodiny si senioři spojují ať už s udržením si dobrých vztahů s rodinnými členy nebo naopak se ztrátou partnera, dětí.

Zlata: „*Já jsem měla nebo mám, ty dvě dcery, tři vnoučata, sedm pravnoučat. Všecky děti mě snad maj rádi.*“

Marie: „*Špatně. No, protože jsem přišla vo muže a vo kluka.*“

S vnímáním pojmu kvality života ve vztahu ke zdraví se pojí i schopnost postarat se sám o sebe, tedy soběstačnost, ale také vnímání seniora v rámci jeho biologického stárnutí a úbytku sil, nikoli pouze vzhledem ke ztrátě zraku.

Tab. 4: Postoje seniorů se zrakovým postižením – přehled významových kategorií a přiřazených kódů, vztah k pojmu kvality života.

Významová kategorie	Kód
Kvalita života	Smysl vlastní existence Aktuální zdravotní stav Zaměstnání, práce Soběstačnost Přítomnost rodiny Zdraví Dobré rodinné vztahy

Zdroj: Upraveno dle Flekačová (2019).

Pracovníci jmenují širokou škálu aktivit, které jsou seniorům v rámci zařízení nabízeny (např. trénování paměti, muzikoterapie, ergoterapie, četba, křížovky a mnohé další). Z hlediska účasti seniorů se zrakovým postižením v daných aktivitách pracovníci rozdělují několik skupin. Ty, kteří jsou velmi aktivní a účastní se téměř všech nabízených aktivit. Dále je skupina seniorů, kteří jsou méně aktivní, jelikož jim v tom brání jejich zdravotní stav např. upoutání na lůžko. Rovněž pracovníci zmiňovali takové osoby, kteří jsou v rámci jejich mobility soběstační, ale nemají zájem podílet se na aktivitách. Také dle pracovníků aktivizačních činností existují aktivity, které mají senioři více v oblibě než jiné. Ze zkušenosti se jedná zejména o křížovky, zpívání, trénování paměti. Co do počtu účasti seniorů v nabízených aktivitách, zde pracovníci uváděli spíše větší společenské akce jako např. koncerty. Významové kategorie a k nim přiřazené kódy lze vidět v tab. 5.

Pracovník 2: „*Je to asi pro ně více záživnější, třeba ty koncerty, že přijde někdo něco zahrát, něco ukázat, tak to se jim líbí, ale když mají třeba něco každý týden tak ví, že to můžou vynechat, protože to budou mít příští týden zase. Takže spíš vyhledávají něco novějšího, co by je zabavilo.*“

Ale velká účast je vnímána rovněž v kavárně, která je v zařízení k dispozici. Z pohledu pracovníka 3 je změna prostředí pro seniory prospěšná, a to i v rámci interakce seniorů z celého zařízení, kteří se spolu nesetkávají na denním pořádku.

Pracovník 3: „*Je to tak, že se někam podívají a není to o tom, že by to kontrolovali zrakem. Jezdí tam fakt i nevidomí, což je fajn, protože přijdou do jiného prostředí, nejsou v té budově Palaty, i když v podstatě oni to tady berou jako domov někteří.*“

Pracovníci vnímají individualitu každého jedince s ohledem na předešlé zájmy, které měli senioři v přirozeném domácím prostředí, a na základě kterých si volí i aktivity v zařízení.

Pracovník 1: „*Máme tady pána, který hraje na harmoniku, je to bývalý učitel na umělecké škole, takže toho „využíváme“, když má někdo narozeniny, chodí tam a rád a hraje. A my ho „využíváme“ na muzikoterapii a máme tady ten sbor, tak tam taky.*“

Tab. 5: Postoje pracovníků – přehled významových kategorií a přiřazených kódů, vztah k pojmu aktivizační činnosti.

Významová kategorie	Kód
Nabídka aktivizačních činností z pohledu pracovníka	Konkrétní činnost/aktivita
Účast seniorů na aktivitách	Účastní se všeho Neúčastní se z důvodu imobility Mobilní, ale neúčastní se Zkušenost Strach z neúspěchu Individualita jedince
Oblíbené aktivity z hlediska frekvence účasti seniorů	Vysoká frekvence účasti Vyšší početnost Nižší početnost
Podpora ze strany zařízení	Individualita jedince Velký výběr aktivit
Oblíbenost aktivit	Konkrétní činnost/aktivita Vzájemná interakce Individualita jedince Změna prostředí

Zdroj: Upraveno dle Flekačová (2019).

Pracovníci rozlišují z hlediska kvality života seniory s vrozeným zrakovým postižením a seniory se získaným zrakovým postižením. Mezi těmito skupinami lidí jsou rozdíly, nicméně se vynořuje téma individuality každého jedince a jeho způsob vyrovnání se se ztrátou zraku (viz tab. 6).

Pracovník 1: „*A vidíte, že prostě ty lidi, který o ten zrak přišli v tom pozdějším věku, tak se s tím nesmířili. Jako samozřejmě tam to jde vidět ve všech těch, co se tam prostě děje v tom životě, být, „jojajo, jo dobrý“*“ vodpověděj. *Když je chvílku posloucháte, necháte je chvílku mluvit, tak tam prostě z toho, jak já říkám „čouhá“, že se s tím nesmířili.*“

Jako významná kategorie se jeví také podpora rodiny, přátel, jež hraje důležitou roli po duševní stránce seniora.

Pracovník 2: „*Já si myslím, že je hodně důležitá podpora rodiny. Protože když sem přijdou, oni se často cítí i osaměli, že je prostě rodina sem šoupane a už je nechce mít doma a je super, když rodina chodí a zajímají se o ně. I když přijdou přátelé z venku, že je to pro jejich psychickou stránku hodně důležité.*“

Samostatnost seniorů se zrakovým postižením je dle pracovníků stěžejní. Ať už se jedná o samostatnost v rámci sebeobsluhy, nebo také z hlediska přesunu z místa na místo, prostorové orientace a samostatného pohybu. Kvalitu života ovlivňuje rovněž smutek seniorů. Pracovníci si příčiny smutku spojují např. s fyziologickým stárnutím organismu seniora, jeho nesoběstačností, nutností pomoci druhé osoby, potažmo závislosti na pomoci někoho jiného. Smutek, potažmo až depresivní stavy vnímá **pracovník 3** také v souvislosti s adaptací na ztrátu zraku seniora, ale i s adaptací na změnu z domácího prostředí na prostředí domova pro seniory se zrakovým postižením:

„Samozřejmě jsou tady deprese a je to tak, že člověk, když ztratí zrak v průběhu života, tak je to pro toho člověka strašně těžký a obzvláště, že když ví, že už není soběstačný a že musí jít do nějakého zařízení. Takže samozřejmě ty začátky mohou být těžký.“

Tab. 6: Postoje pracovníků – přehled významových kategorií a přiřazených kódů, vztah k pojmu kvality života.

Významová kategorie	Kód
Vnímání kvality života seniorů	Senior se získaným zrakovým postižením Senior s vrozeným zrakovým postižením Široká nabídka aktivit Přirozené prostředí Socializace mimo zařízení
Podpora ze strany rodiny či přátel	Spolupráce rodiny Omezený/žádný kontakt Spolupráce rodiny/přátel Důraz na biografii seniora
Smutek seniorů	Naslouchání Změna z domácího prostředí Osamělost Individualita jedince Fyziologické stárnutí organismu Adaptace Nesoběstačnost
Délka pobytu v zařízení	Důvěra v pracovníka Prohlubování vztahů s personálem či ostatními lidmi v zařízení
Samostatnost seniora	Sebeobsluha Prostorová orientace a samostatný pohyb

Zdroj: Upraveno dle Flekačová (2019).

Pracovníci aktivizačních činností vnímají pojem aktivizační činnost zejména v souvislosti k nabídce širokého spektra aktivit, které jsou seniorům nabízeny. Vynořila se významná témata jako zdravotní stav seniora, který jednak ovlivňuje z pohledu pracovníka účast na daných aktivitách, ale rovněž z pohledu seniora, kdy mu aktivity mohou být prospěšné pro jeho zdraví. Svou roli hraje také individualita každého jedince, jeho preferované zájmy, povahové rysy osobnosti. Pracovníci rozlišují mezi vrozeným a získaným zrakovým postižením u seniorů. Každá tato skupina má svá specifika. Nelze na ně

nahlížet stejným způsobem. Je rozdíl, zda člověk přišel o zrak již v rané fázi svého života, respektive se narodil již bez tohoto smyslu, nebo ztratil-li zrak ve stáří. Pojem kvality života si pracovníci vzhledem k seniorům spojují s adaptací na dané zařízení. U seniora to lze chápat i jako stesk po rodině, která mu chybí a která se o něj do nástupu do zařízení starala. Rodinné vztahy či rodina obecně jsou důležité pojmy ve vztahu ke kvalitě života seniora. Co lze vnímat v chápání pojmu u obou skupin je důraz na samostatnost a soběstačnost seniora, které významnou měrou ovlivňují kvalitu jejich života.

Z logického hlediska lze odvodit, že obě skupiny budou vnímat pojem aktivizační činnost odlišně. Avšak z předvýzkumu vyplynulo, že seniorům dělalo problém tento pojem pochopit. V hlavním výzkumu se tedy zaměříme na to, abychom seniorům tento pojem více přiblížili nebo jinak nazvali, např. pouze jako aktivita. Senioři nebyli schopní napoprvé pojem vymezit. Rovněž měli obavu z toho, že odpoví špatně, a to i přes vysvětlení, že dobrá nebo špatná odpověď neexistuje a účelem rozhovoru není je z něčeho zkoušet. V porovnání vnímání pojmu kvalita života byly u obou skupin výsledky jasnější. Odborná literatura, ale i názor pracovníků nás odkazuje na rozlišování mezi seniory se získaným či vrozeným zrakovým postižením. Jedná se o dvě skupiny s rozdílnými charakteristikami. I tato skutečnost nás utvrzuje v tom, že je na místě zaměřit se pouze na jednu z těchto skupin, v našem případě na seniory se získaným zrakovým postižením.

Vzhledem k samotnému faktu stárnutí populace, prodlužování života jedince, je oblast zkoumání kvality života stále aktuálním tématem. Na základě předvýzkumu a obsahové analýzy získaných dat vzešla další témata, která poslouží v pokračujícím výzkumu. Za stěžejní lze brát význam rodiny, soběstačnosti a úrovně zdraví seniora, co se týká kvality života. Aktivizační činnost je třeba blíže seniorovi se zrakovým postižením, ale i pracovníkovi přiblížit. Z provedených rozhovorů vyplynul rozdílný postoj obou skupin hlavně na nahlížení pojmu aktivizační činnost, který je třeba obohatit dále o bližší analýzu. Vzhledem k věkové charakteristice primárního výzkumného souboru (tzn. 83 let a výše), se dále zaměříme na osoby seniorského věku v životní fázi pravého stáří. Podle Vágnerové (2000) toto období začíná od 75. roku života a je specificky charakterizováno.

V následující kapitole si blíže charakterizujeme hlavní rámec výzkumu v pojetí samotné metodologie. Tato kapitola je základem pro nadcházející kapitolu 6, kde se budeme již více dopodrobna zabývat životem pravého stáří u seniorů se získaným zrakovým postižením jakožto primárního výzkumného souboru. Rovněž se dále zaměříme na interpretaci výsledků u sekundárního výzkumného souboru, který představují pracovníci aktivizačních činností.

4 Kvalitativní výzkum – hlavní rámec

V následujícím textu bude popsána metodologie výzkumu. Teoretická východiska výzkumného problému shrnují kapitoly 1–4 a také závěry z provedeného předvýzkumu v kapitole 5. Teoreticko-kritická analýza stavu výzkumu nám tak umožňuje plynule navázat na praktickou část.

4.1 Interpretativní fenomenologická analýza

Pro naplnění výzkumných záměrů jsme zvolili kvalitativní přístup. Na tomto místě si nejdříve popíšeme námi zvolený výzkumný přístup interpretativní fenomenologické analýzy (angl. *interpretative phenomenological analysis*, dále IPA), a to za účelem pochopení námi formulovaných cílů, výzkumných otázek, ale také výběru výzkumného souboru, metod získávání dat, a především procesu samotné analýzy a interpretace dat.

IPA představuje takový kvalitativní přístup k datům, který je zaměřen na porozumění žité zkušenosti člověka. Jak uvádí Smith, Flowers a Larkin (2009), výzkumník často operuje s pojmy jako jsou zkušenost člověka, porozumění, význam. Řekne-li se, v souvislosti s IPA, zkušenost, jedná se o něco zásadního v životě člověka. Výzkumník se společně s účastníky snaží uvažovat o důležitosti dané zkušenosti, o tom, co se odehrává ve jejich „světě“ a snaží se tak do těchto úvah zapojit. Takové žité zkušenosti, ať už jsou vnímány pozitivně či negativně, ať už vychází přímo od člověka nebo přicházejí zcela nečekaně, nesou zásadní význam pro toho, kdo v nich je a bude angažován. IPA je teoreticky ukotvena ve třech zdrojích, a to fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu (srov. Kostínková, Čermák, 2013; Smith, Flowers, Larkin, 2009).

Z hlediska fenomenologie výzkumník hledá jedinečné zkušenosti člověka. Tzv. žitá zkušenost se ve výzkumu stává klíčovým pojmem, který vychází z Husserlovy fenomenologie (srov. Kostínková, Čermák, 2013; Smith, 2004). „*IPA je rovněž ovlivněna fenomenologickou a existenciální perspektivou Heideggera, Merleau-Pontyho, Sartreho, kteří považují člověka za ztělesněnou a zakotvenou jednotku v kontextu historického, sociálního a kulturního pohledu světa*“ (Shinebourne, 2011, s. 18). V souvislosti s Heideggerem lze hovořit o jakémsi mostu mezi fenomenologií a hermeneutikou, kde se prolíná fenomenologický popis s interpretací. Interpretace znamená pro výzkumníka také uznání jeho role a toho, jaký smysl mu dává žitá zkušenost daného participanta. To znamená, že ve výzkumném procesu hraje důležitou roli osobní přesvědčení a postoje samotného výzkumníka (srov. Kostínková, Čermák, 2013; Shinebourne, 2011). V tomto smyslu Smith (2004) odkazuje na tzv. dvojistou hermeneutiku (*double hermeneutics*), kdy se participant

snaží pochopit jeho žitou zkušenost, a naopak výzkumník se snaží pochopit, jak k tomu participant dospívá. V neposlední řadě se IPA opírá o idiografický přístup, ze kterého čerpá ze smyslu k detailu a hloubkové, důkladné a systematické analýzy. Dále se z pohledu idiografie snaží porozumět jednotlivým zkušenostem konkrétního jedince v konkrétním kontextu (Smith, Flowers, Larkin, 2009). IPA tak detailně zkoumá případ za případem. Nejprve zkoumá jeden případ, a to do té doby, dokud nedosáhne určitého stupně porozumění a až poté přechází k analýze dalšího případu (srov. Kostínková, Čermák, 2013; Smith, 2004).

Postup samotné analýzy a interpretace získaných dat skrze metodu IPA má svůj řád. Ze strany autorů (Smith, Flowers, Larkins, 2009) se jedná o doporučení, která mohou a nemusí být přesně dodržována. Jak uvádí Kostínková a Čermák (2013), nejdříve se jedná o reflexi výzkumníkovy zkušenosti s tématem, čtení a opakované čtení. Následuje fáze počátečních poznámek a komentářů a rozvíjení počátečních témat, kde je třeba mít na paměti tzv. hermeneutický kruh. Jedná se o dynamický vztah mezi částí a celkem, kdy abychom porozuměli určité části, musíme se dívat na celek, a abychom porozuměli celku, musíme se ohlížet na jednotlivé části (Smith, Flowers, Larkin, 2009). V další fázi hledá výzkumník souvislosti napříč tématy, analyzuje další případ, a nakonec vzorce napříč případy (Řiháček et al., 2013). Šuráňová (2013) dodává, že skrze výběr přístupu dle IPA má výzkumník možnost jít do hloubky zkoumaného. Výzkumník je zároveň také nástrojem, jakousi spojkou mezi žitou zkušeností respondenta a vlastním chápáním zkoumaného jevu.

4.2 Formulace výzkumných cílů a otázek

Jako hlavní cíl jsme si určili analyzovat žité zkušenosti osob seniorského věku se získaným zrakovým postižením, především ve vztahu k jejich účasti na aktivizačních činnostech. Vzhledem k výše uvedenému cíli byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jak přemýšlí senioři se získaným zrakovým postižením o aktivizačních činnostech a kvalitě jejich života?
2. Jak popisují senioři se získaným zrakovým postižením svou účast na aktivizačních činnostech?
3. Jaké jsou překážky limitující participaci na aktivizačních činnostech u osob seniorského věku se získaným zrakovým postižením?

Vzhledem k hlavnímu výzkumnému cíli jsme rovněž vymezili dílčí cíle:

1. Analyzovat postoje pracovníků aktivizačních činností ke skupině seniorů se získaným zrakovým postižením a jejich participaci v nabízených aktivitách.

2. Porovnat porozumění jednotlivým pojmům (aktivizační činnost, kvalita života) z pohledu pracovníků aktivizačních činností a seniorů se získaným zrakovým postižením.

4.3 Charakteristika výzkumného souboru

S ohledem na stanovený výzkumný cíl a jeho dílčí cíle jsme zvolili dvě skupiny respondentů. Primární výzkumný soubor tvoří senioři se získaným zrakovým postižením a sekundární výzkumný soubor představují pracovníci aktivizačních činností.

V rámci získávání potřebného vzorku respondentů se skrze IPA užívá nejčastěji účelného výběru, a to zejména z důvodu možnosti nahlédnutí do konkrétního zážitku v rámci výzkumného projektu. Obvykle se jedná o více či méně homogenní skupinu respondentů. Co se týká velikosti výzkumného souboru, jak velký počet respondentů je třeba získat, v IPA na to neexistuje ani správná ani špatná odpověď. Mnohem více záleží na výzkumné otázce a kvalitě získaných dat. Pro menší studentské projekty jako jsou bakalářské či diplomové práce se doporučuje výzkumný soubor o 3–6 respondentech. U dizertačních prací autoři shledávají určení počtu respondentů jako komplikovanější. Doporučují provést kolem 4–10 rozhovorů (Smith, Flowers, Larkin, 2009). Ovšem je třeba dodat, co se týká příruček a doporučení v celém procesu skrze IPA, sám Smith (2004) podotýká, že se jedná o rady. Nelze tak provést kvalitní výzkum pouze tím, že výzkumník bude postupovat podle tzv. „kuchařky“. Autor předkládá ony návrhy, které jsou však samotným výzkumníkem adaptovány a rozvíjeny. Určujícím je výzkumníkova osobní analytická práce v každé jednotlivé fázi analytického procesu. Miovský (2006) v tomto ohledu hovoří o záměrném nebo také účelovém výběru jako o nejrozšířenější metodě výběru v intencích kvalitativního přístupu. V užším slova smyslu se jedná o hledání takového vzorku účastníků, které pojí jednak určité vlastnosti, splňují stanovená kritéria a zároveň jsou ochotni se do výzkumu zapojit.

Výběr respondentů zohledňoval následující kritéria. U primárního výzkumného souboru, tedy seniorů se zrakovým postižením se jednalo o tato kritéria výběru:

1. osoby seniorského věku (jak vyplynulo z předvýzkumu tzn. od 75 let a výše) se získaným zrakovým postižením (stupeň zrakového postižení na úrovni nevidomosti – skutečná či praktická slepota);
2. žijící v zařízeních sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (tzn. v Domově pro zrakově postižené – Palata či Centru sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením Brno-Chrlice) vybraných na základě záměrného výběru.

Sekundární výzkumný soubor, tedy skupina pracovníků aktivizačních činností, musel splňovat tato kritéria výběru:

1. jedná se o pracovníka aktivizačních činností v zařízeních sociálních služeb určených pro osoby se zrakovým postižením (tzn. v Domově pro zrakově postižené – Palata či Centru sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením Brno-Chrlice) vybraných na základě záměrného výběru.

Výběr a oslovení respondentů probíhal skrze pověřeného pracovníka vybraného zařízení, a to konkrétně Domova pro zrakově postižené – Palata, který byl seznámen s výzkumnými záměry a kritérii pro výběr respondentů jak primárního, tak sekundárního výzkumného souboru. V tomto smyslu Gavora (2000) hovoří o tzv. „vrátném“ (*gatekeeper*), což je osoba pro výzkumníka důležitá při vstupu do terénu. To znamená, že je to taková osoba, která výzkumníkovi pomůže jednak seznámit se s prostředím, kde výzkum bude probíhat a také s příslušnými respondenty. Tato osoba tzv. „otevřít“ dané prostředí výzkumníkovi. V potaz jsme brali rovněž fenomén zkreslení realitou (Miovský, 2006). Jedná se o takový fenomén, kdy jsou často výzkumníkům doporučováni ti klienti, jež jsou personálem oblíbení a mohou tak zkreslovat náhled na danou realitu vzhledem ke stanovenému výzkumnému problému. Naším záměrem však nebylo zkoumat, jak jsou senioři s pobytem v zařízení spokojeni. Zajímala nás žitá zkušenost, která je pro každého člověka jedinečná a pro každého jednotlivce je taková zkušenost spojena s něčím jiným, ať už radostným, bolestivým či např. pro výzkumníka naprosto nečekaným.

V konečném důsledku bylo do primárního výzkumného souboru zařazeno 6 seniorů se získaným zrakovým postižením, jejichž zrakové vnímání bylo na úrovni praktické slepoty. Vzhledem k tomu, že analýza získaných dat probíhala téměř současně při jejich získávání, vznikající témata se postupně začala opakovat, čímž jsme dosáhli jisté saturace. Všichni senioři, jež byli zařazeni do primárního výzkumného souboru, pobývali v Domově pro zrakově postižené – Palata. Podobným způsobem probíhal výběr participantů sekundárního výzkumného souboru. Nejdříve se jednalo o otevření prostředí skrze vrátného, tedy pověřeného pracovníka Palaty, kdy proběhly celkem 3 rozhovory s pracovníky aktivizačních činností. Avšak saturace z pohledu výzkumníka skrze proběhlé 3 rozhovory nebyla stále dosažena. Na základě toho byl osloven další pověřený pracovník Centra sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením Brno-Chrlice, který nám zprostředkoval kontakt na pracovníky splňující daná kritéria. Saturace jsme dosáhli po dalších 3 proběhnutých rozhovorech, kdy se témata začala opakovat. Celkově se počet respondentů skládá z 6

seniorů se zrakovým postižením a 6 pracovníků aktivizačních činností. Podrobnější charakteristiku respondentů lze nalézt v kap. 7 Zpracování dat a výsledky kvalitativní analýzy. Nicméně z hlediska daných kritérií, tedy zejména omezení způsobu výběru daným věkem od 75 let a výše, primární soubor seniorů se získaným zrakovým postižením tvoří jedinci v rozmezí 83–90 let.

4.4 Popis výzkumné metody, organizace a časový harmonogram výzkumu

V kvalitativním přístupu IPA je nejhojněji užíváno rozhovoru (*interview*). Pro naplnění našeho výzkumného záměru jsme zvolili polostrukturované interview. Miovský (2006) tento typ rozhovoru považuje za jednu z nejrozšířenějších metod získávání dat. Vytvořili jsme si schéma rozhovorů pro obě skupiny respondentů, které lze vidět v přílohách č. 1 a č. 2. Takové schéma otázek by mělo být pro výzkumníka závazné. Smith, Flowers a Larkin (2009) doporučují formulovat deskriptivní, strukturální, kontrastní, cirkulární, vyzývající, zkoumající typy otázek, které umožňují otázky formulovat otevřeně a respondent má tak prostor rozvinout jeho zkušenost vzhledem k výzkumnému záměru.

Témata a zaměření otázek v polostrukturovaném nebo také semistrukturovaném rozhovoru byla inspirována z dotazníku kvality života WHO, a to konkrétně krátké verze WHOQOL-BREF. Tento generický nástroj měření kvality života se běžně užívá u populace seniorského věku (Ondrušová, 2009). V první řadě rozhovor začíná zjištěním určených demografických údajů o participantech jako jsou věk, stupeň zrakového postižení, délka pobytu v daném zařízení, čas od diagnózy získaného zrakového postižení. Další část rozhovoru se obecně zaměřuje na význam pojmů aktivizační činnost a kvalita života. Následují otázky týkající se samostatně tématu aktivizačních činností a tématu kvality života s ohledem na aktivizační činnosti. Stejně tak otázky v rozhovoru s pracovníky aktivizačních činností byly orientovány na stejné oblasti, jak tomu bylo u seniorů se zrakovým postižením, avšak náš zájem byl zaměřen na pohled ze strany pracovníků vzhledem ke skupině seniorů se zrakovým postižením. Tak jako je proces interakce, tak jsou tazatel i respondent aktivními účastníky výzkumného procesu (Smith, Flowers, Larkin, 2009). Autoři (srov. Miovský, 2006; Smith, Flowers, Larkin, 2009) rovněž doporučují užít upřesňující a doplňující otázky, aby na téma bylo nahlíženo opravdu do hloubky.

Každý účastník byl předem seznámen jak s výzkumníkem, tak s výzkumnými záměry. Rovněž jsme se respondenta tázali jednak na to, zda souhlasí, že získaná data z rozhovorů budou zveřejněna a také zda souhlasí s tím, že rozhovor bude nahráván na diktafon a

následně přepsán. Všichni účastníci souhlasili jak s participací na výzkumu, tak s nahráváním rozhovorů. Souhlasy všech respondentů jsou nahrány na diktafon. Smith, Flowers a Larkin (2009) doporučují jednotlivé rozhovory nahrát na dostupné zařízení, aby mohly projít dále podrobnou transkripcí a výzkumník tak získal „bohatá“ data. V rámci přístupu IPA není nutné z hlediska transkripce zaznamenávat dlouhé odmlky či jiné doprovodné jevy. Výzkumníka by měl zajímat především obsah daného sdělení pro vyjádření žitých zkušeností respondentů.

Původním záměrem výzkumu bylo získání dat rovněž skrze další metody, a to např. skrze dokumenty a fyzická data. K těm nám však v průběhu výzkumu nebylo umožněno se dostat. Čerpali jsme tedy výhradně z proběhnutých polostrukturovaných rozhovorů.

Rozhovory se seniory se zrakovým postižením probíhaly v délce 40–80 minut a s pracovníky aktivizačních činností v rozmezí 15–35 minut. U 3 pracovníků aktivizačních činností jsme zvolili tzv. telefonní interview (*telephone interviewing*) (srov. Bloor, Woods, 2006; Miovský, 2006), skrze nějž nám bylo umožněno dané rozhovory provést, a to vzhledem k období, kdy k získávání dat došlo, tedy v době onemocnění COVID-19. Miovský (2006) za nepopíratelnou výhodu telefonního interview považuje nízké náklady na jeho provedení. Bloor a Woods (2006) zařazují telefonní interview do elektronického získávání dat, přičemž je po technické stránce jednoduché rozhovory nahrát a následně je přepsat. Citlivá témata, ve kterých by se mohl respondent cítit nekomfortně a trapně, se mohou lépe „otevírat“ skrze telefonní komunikaci, naopak u témat, která jsou bolestivá a pro respondenta psychicky náročná se doporučuje užití interview tváří v tvář. Nicméně faktem je, že data z rozhovorů, kde je respondent i výzkumník fyzicky přítomen či jsou získávány po telefonu, jsou vzájemně srovnatelná. Nevýhodou by mohla být nemožnost sledování neverbálních projevů v rámci pozorování respondenta při průběhu rozhovoru (Sturges, Hanrahan, 2004). Také Bloor a Woods (2004) zmiňují výhody a nevýhody tohoto typu získávání dat. Za nevýhodu považují např. potlačování důvěry mezi tazatelem a respondentem. I přesto, že Sturges a Hanrahan (2004) považují za výhodu právě onu otevřenost se určitým tématům skrze získání pocitu anonymity, dle Boor a Woods (2004) je to zároveň považováno jako nevýhoda. Někteří lidé mají problém hovořit hlouběji o svých pocitech skrze telefon. V tomto směru dle našeho názoru užití této metody získávání dat u 3 pracovníků aktivizačních činností jakožto sekundárního výzkumného souboru nepovažujeme za závadné. Naopak jsme tuto možnost v době COVID-19 ocenili, díky níž jsme jednak saturovali získaná data a také zmenšily náklady na cestu a čas výzkumníka.

Rovněž vzhledem k délce rozhovorů s pracovníky aktivizačních činností, která se pohybovala v rozmezí 15–35 minut považujeme toto rozhodnutí jako efektivní.

Kvalitativní výzkum, krom 3 rozhovorů skrze telefonické interview, probíhal na půdě Domova pro zrakově postižené – Palata. Rozhovory byly uskutečněny v pokojích respondentů či na chodbě Palaty. S pracovníky aktivizačních činností v jejich kanceláři. V rámci materiálního zajištění práce jsme zvolili potřebu diktafonu, na který jsme nahrávali uskutečněné rozhovory a které jsme poté podrobili doslovné transkripci.

Z hlediska organizace a časového harmonogramu probíhal výzkum v těchto fázích:

1. fáze (9/2017–8/2019) – studium české i zahraniční literatury a postupná tvorba teoretické části;
2. fáze (2/2019–5/2019) – tvorba schématu a otázek polostrukturovaných rozhovorů;
3. fáze (6/2019) – realizace předvýzkumu, příprava a počínající proces kódování dat;
4. fáze (6/2019–8/2020) – pokračování ve výzkumném šetření, hlavní rámec výzkumu, realizace rozhovorů, postupná analýza získaných dat;
5. fáze (9/2020–11/2020) – doplnění teoretických poznatků;
6. fáze (12/2020–4/2021) – pokračování v procesu analýzy a interpretace dat;
7. fáze (5/2021–6/2021) – finální zpracování disertační práce a formulace závěrů výzkumu.

4.5 Etické aspekty a způsoby zajištění kvality

Žádný výzkum by neměl jakkoli ohrozit fyzické a psychické zdraví jedinců, kteří se na něm podílí (Hendl, 2016). Ač se to může zdát samozřejmé, je třeba na to nezapomínat. Otázky etického výzkumu představují dynamický proces, který je třeba sledovat jak při sběru, tak analýze dat. Důležité je tedy zabránit jakékoli újmě účastníkům výzkumu. Proto je třeba získat informovaný souhlas jak na účasti sběru dat, tak na předpokládané výsledky analýzy dat. V IPA se jedná např. o zveřejňování doslovných výňatků z rozhovorů (Smith, Flowers, Larkin, 2009). Účastníci byli na začátku seznámeni s výzkumnými záměry a účelem výzkumu. Zároveň souhlasili s nahráváním rozhovorů na diktafon. Byli seznámeni s tím, že rozhovory projdou doslovnou transkripcí. Ze strany některých účastníků vzešla obava, že budou celé rozhovory doslovně zveřejněny v disertační práci a bylo to pro ně znepokojující. Účastníkům výzkumu bylo vysvětleno, že k ničemu takovému nedojde a celé rozhovory v disertační práci vloženy nebudou. Byly seznámeni s tím, že budou zveřejněny pouze úryvky, výňatky z daných rozhovorů a že bude maximálně zajištěna anonymita všech

účastníků. Smith, Flowers a Larkin (2009) rovněž podotýkají, že přepisy „surových“ dat by měly být zpřístupněné pouze výzkumnému týmu a pro širší použití musí splňovat anonymitu účastníků. U skupiny seniorů byla pozměněna jména všech, kteří se v rozhovorech objevují. Pokud uvádíme doslovné úryvky rozhovorů, ve kterých respondenti někoho jmenují, jména zmíněných osob také neodpovídají jejich reálné podobě. U pracovníků jsme operovali s anonymním označením pracovník 1, pracovník 2 atd. Informovaný souhlas účastníků je nahrán na diktafonu, skrze který byly rozhovory nahrávány. Běžnou praxí je také předběžné informování účastníků o tématech, na která se výzkumník v rozhovoru zaměřuje.

V rámci posuzování validity v kvalitativním výzkumu uvádíme 4 principy podle Lucy Yardley (2000), jejíž kritéria pro posouzení nabízejí jednak širokou nabídku způsobů stanovení kvality a také je lze použít bez ohledu na to, jakým směrem se kvalitativní studie ubírá. Jak autorka podotýká, kvalitativní výzkumníci jsou často terčem kritiky kvantitativních výzkumníků např. z důvodů neužití reprezentativního vzorku, objektivních nálezů či nemožnosti opakovat zjištěné výsledky. Tyto a mnohé další kritiky vyvstávají však z potřeb kvantitativního výzkumu, jehož zásady nelze s přesností aplikovat na výzkum kvalitativní. Pro kvalitativní výzkum se doporučuje vybírat menší množství participantů, jejichž charakteristiky jsou specifické a něčím dá se říci i extrémní. Rovněž co se týká spolehlivosti a opakování dosahování výsledků, vzhledem k tomu, že v IPA je nástrojem nejen respondent, ale i samotný výzkumník, rovněž samotná interpretace bude do jisté míry vždy subjektivní.

Yardley (tamtéž) uvádí tedy 4 charakteristiky dobrého kvalitativního výzkumu, které si následně charakterizujeme. Jedná se o:

1. citlivost ke kontextu (*sensitivity to context*);
2. odhodlání a důslednost (*commitment and rigour*);
3. transparentnost a koherence (*transparency and coherence*);
4. dopad a důležitost (*impact and importance*).

Prvním principem, který autorka (tamtéž) uvádí, je citlivost ke kontextu. Výzkumník může prokázat citlivost na kontext např. sociokulturní prostředí, ve kterém se studie nachází, literaturu, která k danému tématu existuje, materiály získané od účastníků výzkumu. Smith, Flowers a Larkin (2009) v kontextu IPA uvádí, že výzkumníci prokazují svou citlivost ke kontextu již od samotného počátku výzkumného procesu, a to již samotným výběrem IPA jakožto kvalitativního přístupu k datům a úzké spolupráce s idiografickým a konkrétním. Výzkumníci IPA jsou trvale angažováni do výzkumného procesu, a to nejen skrze záměrný

výběr respondentů, kteří sdílejí jedinečné lidské zkušenosti. Výzkumník udržuje od samotného počátku jistou životaschopnost svého výzkumného projektu. Citlivost na kontext lze dokázat rovněž sběrem dat, který probíhá skrze interakci rozhovoru, jež vyžaduje určité dovednosti výzkumníka, ale také jeho odhodlání, empatii v rámci rozhovoru. V neposlední řadě autoři hovoří o důležitosti procesu analýzy, tedy chápání toho, jaký smysl dává účastník jeho zkušenosti. To vyžaduje od výzkumníka zvýšenou pozornost. Od výzkumné studie IPA lze také očekávat dostatečný počet výňatků z proběhnutých rozhovorů, přičemž výzkumník data náležitě interpretuje a k obecným tvrzením přistupuje s veškerou opatrností.

Dále se jedná o odhodlání a důslednost, která se v IPA projevuje důkladným provedením rozhovoru, osobním nasazením výzkumného pracovníka, zajištěním pohodlí účastníka a koncentrovanou pozorností na to, co účastník říká a jaké data nám předkládá (srov. Smith, Flowers, Larkin, 2009; Yardley, 2000).

Transparentnost a koherence jasně odkazuje na popis fází výzkumného procesu, např. popisem výběru účastníků, popisem analýzy rozhovorů. Tzn. co vše při analýze výzkumník použil, zda užíval pro znázornění dat různých nástrojů (Smith, Flowers, Larkin, 2009). Na koherenci lze dle Yardley (2000) nahlížet jako na míru shody mezi provedeným výzkumem a základními teoretickými předpoklady implementovaného přístupu.

V neposlední řadě se jedná o princip dopadu a důležitosti, který v souvislosti s IPA posuzuje zejména čtenář. Sám se snaží posoudit to, zda jsou mu předkládané informace k užítku, zda jsou důležité a pro něj zajímavé (Smith, Flowers, Larkin, 2009).

V intencích výzkumu předpokládáme, že by výsledky mohly posloužit laické i odborné veřejnosti zejména k informovanosti o takto specifické skupině, jakými jsou osoby seniorského věku se získaným zrakovým postižením. Náhled na jejich vnímání, zkušenosti by mohl rovněž posloužit pracovníkům v oblasti sociálních služeb. Výsledky rovněž mohou posloužit ke zkvalitnění poskytované nabídky aktivizačních činností v jednotlivých zařízeních a zlepšení přístupu či postoje jednotlivých pracovníků vzhledem k osobám seniorského věku se zrakovým postižením.

5 Zpracování dat a výsledky kvalitativní analýzy

Níže v textu si podrobně popíšeme proces analýzy a následně interpretujeme výsledky. Analýza je jednou z klíčových částí v přístupu IPA. Z analýzy vznikají témata, která jsou dále společně s např. úryvky rozhovorů interpretována.

5.1 Analýza a interpretace výsledků

Smith, Flowers a Larkin (2009) doporučují několik kroků analýzy rozhovorů. Výzkumník se může či nemusí od těchto doporučení v jisté míře odchýlit. Taková doporučení jsou dle autorů především pro začínající výzkumníky, aby je zbavila počáteční tenze v začínajícím výzkumném šetření. Naopak jsou výzkumníci nabádáni být kreativní a inovativní.

Prvním krokem analýzy je **čtení a opakované čtení** (*reading and re-reading*). V rámci této fáze se výzkumník snaží proniknout do zvoleného tématu, do případu každého participanta. Přepsané rozhovory si vyžadují opakované čtení. Výzkumník může také podnitit svůj zájem a zaujetí případem skrze poslech nahrávek z diktafonu (srov. Smith, Flowers, Larkin, 2009; Kostínková, Čermák, 2013).

V druhé fázi analýzy, tedy v **psaní počátečních poznámek a komentářů** (*initial noting*) je doporučeno opatřit přepsané rozhovory vlastními komentáři, poznámkami. Při opakovaném čtení a poslouchání audia napadá výzkumníka spousta nevyčleněných otázek a komentářů k výroky participantů. Poznámky byly zaznamenávány jednak ve formě tužka-papír, a to přímo do vytisknutých rozhovorů, ale také do programu RQDA jakožto softwaru pro analýzu kvalitativních dat. Dle Saldaña (2013) se obecně tyto programy určené k formátování dat označují jako CAQDAS (*Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software*). Program RQDA jsme si vybrali zejména z důvodu jeho volné dostupnosti. Avšak to není jediná výhoda tohoto programu. RQDA poskytuje výzkumníkovi poměrně širokou nabídku práce s daty od vytváření počátečních komentářů, poznámek, prvotních kódů a jejich následné kategorizace, shlukování do nadřazených kategorií, vytváření tematických shluků až po sdružování do tematických trsů.

Jako další fázi uvádí Smith, Flowers a Larkin (2009) **rozvíjení vznikajících témat** (*developing emergent themes*), kde je mít třeba na paměti hermeneutický kruh. To znamená, že „co na začátku bylo jedním celkem, se stalo postupem analýzy částmi, které se na jejím konci opět spojí v nový celek“ (Kostínková, Čermák, 2013).

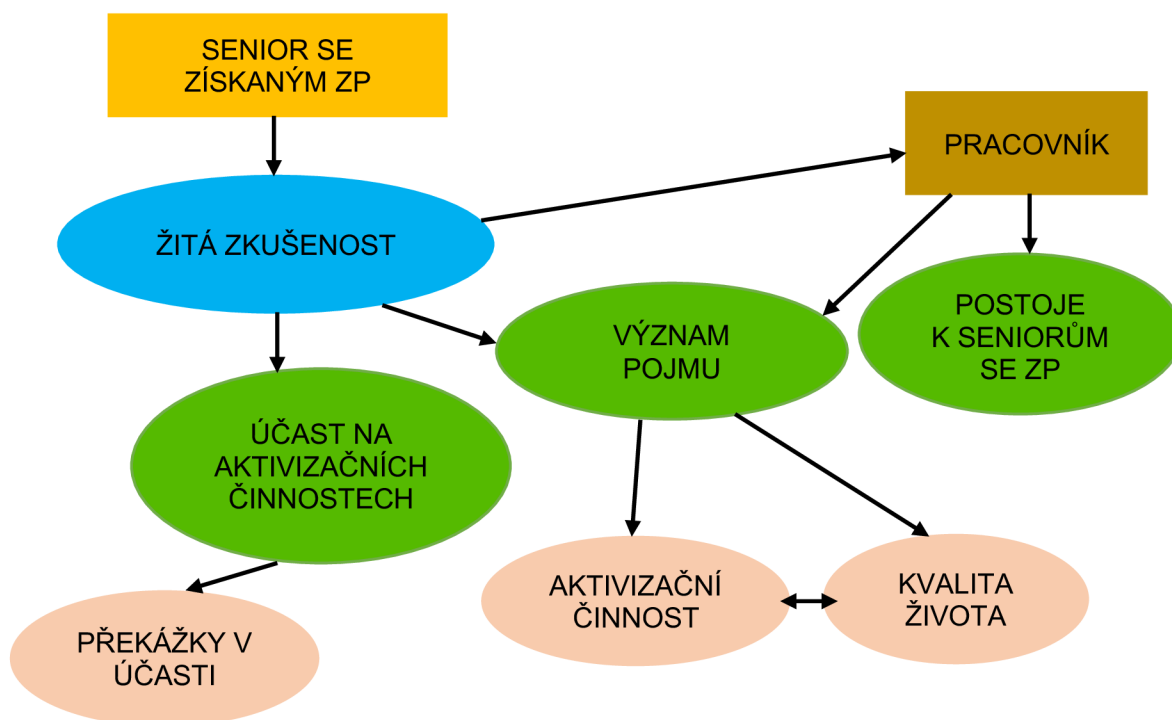
Čtvrtá fáze se snaží o **hledání souvislostí napříč tématy** (*searching connections across emergent themes*). Vytváří se tak zcela nová témata např. na základě shlukování témat

již dávno vzniklých a jejich určitých podobností. Výzkumník nemusí použít všechna vzniklá témata. Je možné, že se spojí témata buď v jedno, nebo vzniknou další témata nadřazená či podřazená. Výsledkem by však měl být seznam hlavních témat a jejich sub-témat. V páté fázi se přechází na **analýzu dalšího případu** (*moving to the next case*), kdy jsou opakovány všechny předešlé fáze 1–4 (srov. Smith, Flowers, Larkin, 2009; Kostínková, Čermák, 2013).

Jako poslední krok analýzy uvádí Smith, Flowers a Larkin (2009) **hledání vzorců napříč případy** (*looking for patterns across cases*), ve kterém výzkumník hledá souvislosti mezi všemi případy. Snaží se nalézt např. nejčastější témata, která oproti ostatním nejvíce vystupují. Výsledky tohoto snažení mohou být znázorněny zobrazovacími prostředky jako jsou tabulky, grafy, mapy, vývojová schémata. Jedná se o ilustrování toho, co z analýzy vyplynulo, o ilustraci témat u jednotlivých respondentů.

Pro úplnost zpracování analýzy je na místě podotknout, že přepsané rozhovory s ohledem na etické aspekty výzkumu nebyly vloženy, respektive kompletně zveřejněny v rámci příloh disertační práce. Z hlediska interpretace a vzniklých témat prezentujeme jejich fragmenty (viz podkapitoly 5.2, 5.3). Kompletní transkripce rozhovorů jsou uloženy a zaznamenány v deníku výzkumníka, stejně tak jako celistvý proces analýzy skrze program RQDA. Deník výzkumníka (*research diary*) je dle Bloor a Wood (2006, s. 150) „*písemný záznam o aktivitách, myšlenkách a pocitech výzkumného pracovníka v průběhu výzkumného procesu od návrhu, přes sběr a analýzu dat až po psaní a prezentaci studie*“.

Na obr. 3 lze vidět vizualizaci výzkumníka o postupu analýzy vzhledem k výzkumným záměrům. Taková vizualizace může na počátku analýzy a v následné interpretaci pomoci utřídit si myšlenky. V popředí zájmu je neodchýlit se od hlavního výzkumného cíle, a to analyzovat žitou zkušenost osob seniorského věku se získaným zrakovým postižením. Senioři se získaným zrakovým postižením jsou naším primárním výzkumným souborem. Zajímá nás, jak přemýšlí o aktivizačních činnostech a jejich účasti na nich, zda existují nějaké překážky v takové účasti a jak souvisí s jejich kvalitou života. Jako sekundární výzkumný soubor byli zvoleni pracovníci aktivizačních činností, kteří představují významný faktor podpory seniorů na aktivitách v daných zařízeních. Postoje pracovníků vzhledem k seniorům mohou přispět k informovanosti odborné či neodborné veřejnosti.



Obr. 3: Počáteční výzkumníková vizualizace o probíhajícím procesu kódování a analýzy rozhovorů vzhledem k výzkumnému záměru.
Zdroj: Autor.

Tab. 7 nám zobrazuje přehled všech vzniklých témat a jejich sub-témat vzhledem k oběma skupinám respondentů, která si v dalších podkapitolách podrobněji charakterizujeme.

Tab. 7: Shrnutí hlavních témat a jejich sub-témat identifikovaných u obou skupin výzkumného souboru.

Hlavní témata	Podřazená témata	
	Senior se získaným zrakovým postižením	Pracovník aktivizačních činností
ÚČAST NA AKTIVIZAČNÍCH ČINNOSTECH	1. Aktuální zdravotní stav jako překážka 2. Vytváření si sociálních kontaktů 3. Charakteristika aktivit 4. Podpora seniora	1. Vytváření si sociálních kontaktů 2. Podpora ze strany personálu 3. Podpora ze strany rodiny 4. Charakteristika aktivit 5. Široká nabídka aktivit
INDIVIDUALITA JEDINCE	5. Osobnost seniora	6. Osobnost seniora 7. Aktuální zdravotní stav 8. Věk je „pouze“ číslo 9. Předěšlá zkušenost
KYVADLO ČASU	6. Ztráta zraku 7. Emoce a prožívání (ve vztahu k blízkým lidem) 8. Potlačení negativního obsahu 9. Obavy z budoucnosti 10. V zajištění minulosti	10. Adaptace na nově vzniklou situaci

Zdroj: Autor.

Dále v textu se nejdříve zaměříme na proces samotné analýzy, utváření kódů, jejich shlukování do nadřazených či podřazených témat a následnou interpretaci. Smith, Flowers a Larkin (2009) rovněž dodávají, že v přístupu IPA není zcela přímo dána hranice mezi analýzou a prezentací výsledků.

5.2 Senioři se získaným zrakovým postižením

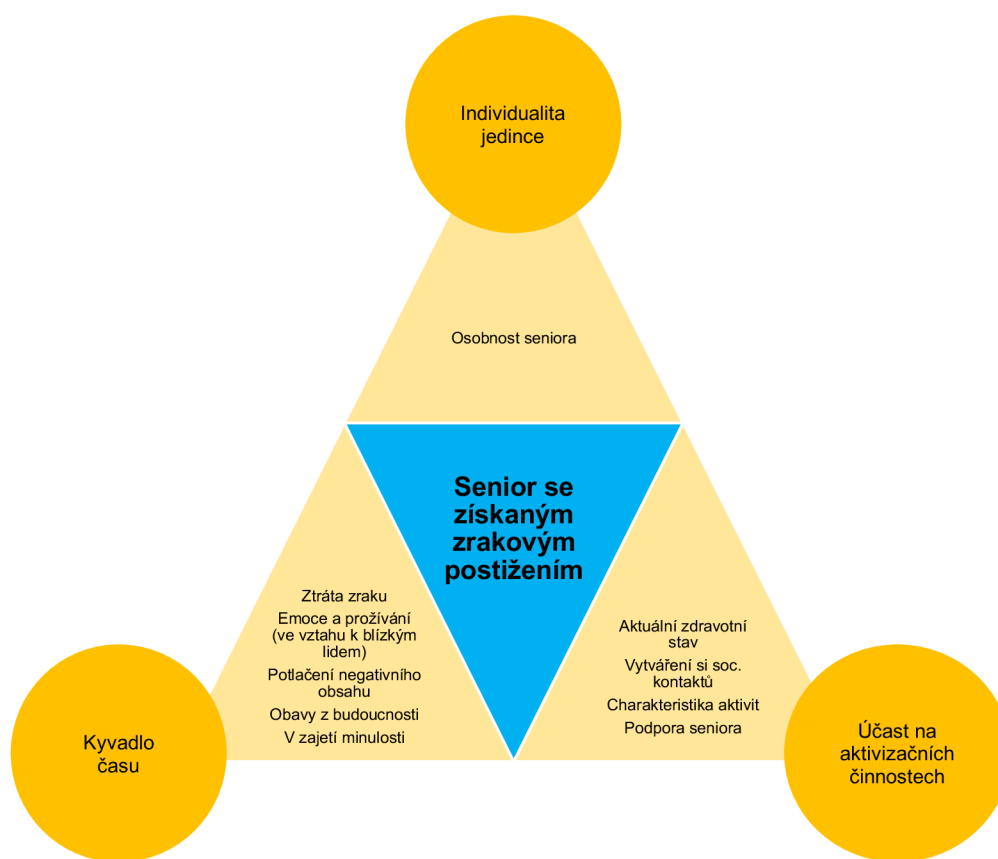
Interpretace výsledků u seniorů se získaným zrakovým postižením je prezentována více idiograficky s ohledem na perspektivu každého jednotlivého respondenta. Je tak z toho důvodu, že každý senior si zažil jiný životní příběh, za jiných okolností. To je třeba brát v potaz dále s ohledem při vstupu do daného zařízení a adaptaci seniora na nově vzniklé podmínky.

Na obr. 4 lze vidět, že vznikla 3 hlavní témata, a to "účast na aktivizačních činnostech", "individualita jedince" a "kyvadlo času". Každé hlavní téma má svá sub-témata, jež vychází z jednotlivých zkušeností a výpovědí respondentů primárního výzkumného souboru. U individuality jedince je to především "osobnost seniora", která je jedinečná a na kterou je třeba brát zřetel. Někdo je již ze své podstaty pozitivní člověk, který se vyrovnává s překážkami a celkově situacemi s větší lehkostí a nadhledem. Další je naopak více racionálně založen a vnímá svět takový, jaký doopravdy je a je schopen se nad svým životem s racionálním odstupem zamyslet.

Účast na aktivizačních činnostech je ovlivňována především "aktuálním zdravotním stavem" seniora, který více či méně ovlivňuje, zda se bude nebo nebude na dané činnosti podílet a v jaké míře. Během účasti dochází rovněž k utváření si či prohlubování vztahů mezi jejich účastníky. Ať už se jedná o účastníky jakožto další seniory i samotného personálu. Dále je účast na aktivitách dána i jejich charakterem, tedy určitými vlastnostmi. Může to být i samotná motivace seniora k těmto činnostem, což už však více zasahuje do jeho individuálních charakteristik. Poměrně důležité je, zda senior v činnosti vidí smysl nebo zda mu činí potěšení. V tomto ohledu hovoříme o radosti z činnosti a také o tom, zda to jedinci něco přináší, zda je činnost v jakémkoli smyslu užitečná. Aktivity si senioři vybírají i podle toho, zda je k nim pojí nějaká předchozí zkušenost. Tedy co před nástupem do zařízení dělali ve volném čase nebo v čase, který věnovali zaměstnání. Nelze opomenout rovněž podporu, především podporu ze strany personálu, bez níž by senioři nebyli schopni se na aktivitu např. dopravit, dojít a celkově postarat se sami o sebe z hlediska každodenních činností, aktivit. Zde máme na mysli především důraz na ADL.

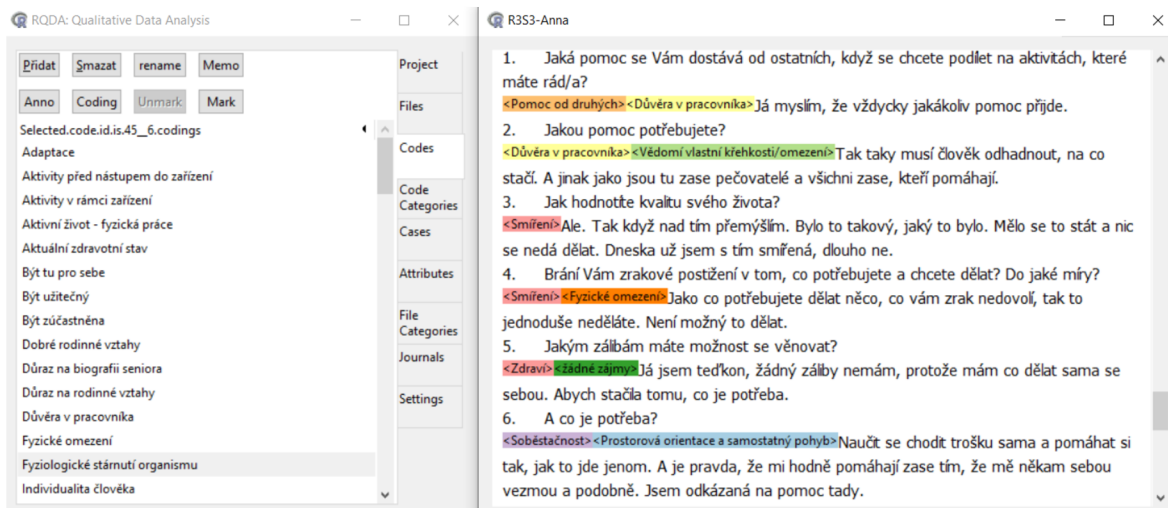
Poslední téma jsme nazvali jako "kyvadlo času". Čas a jeho perspektiva, vnímání a zlomové okamžiky, nešlo ponechat bez povšimnutí. Jedná se o téma, které bylo seniory silně akcentováno, a to ve smyslu retrospektivy nad vlastním životem, nad tím, co prožili, o co či o koho během života přišli. Vyplynula zde sub-témata jako jsou "integrita", "pocit smíření", "v zajetí minulosti" nebo naopak "obavy z budoucnosti".

Co je však stěžejní je to, že i přes identifikaci hlavních témat na ně nelze nahlížet jako na samostatné jednotky. Proto jsou na obr. 4 znázorněna jako jeden propojený celek, jehož sub-témata se vzájemně ovlivňují, působí na sebe. Dokonce na sebe působí tak silně, že určitá sub-témata lze zařadit i do jiného hlavního tématu. Tím může být např. akcent na rodinu seniora, soběstačnost či jeho samostatnost v prováděných činnostech.



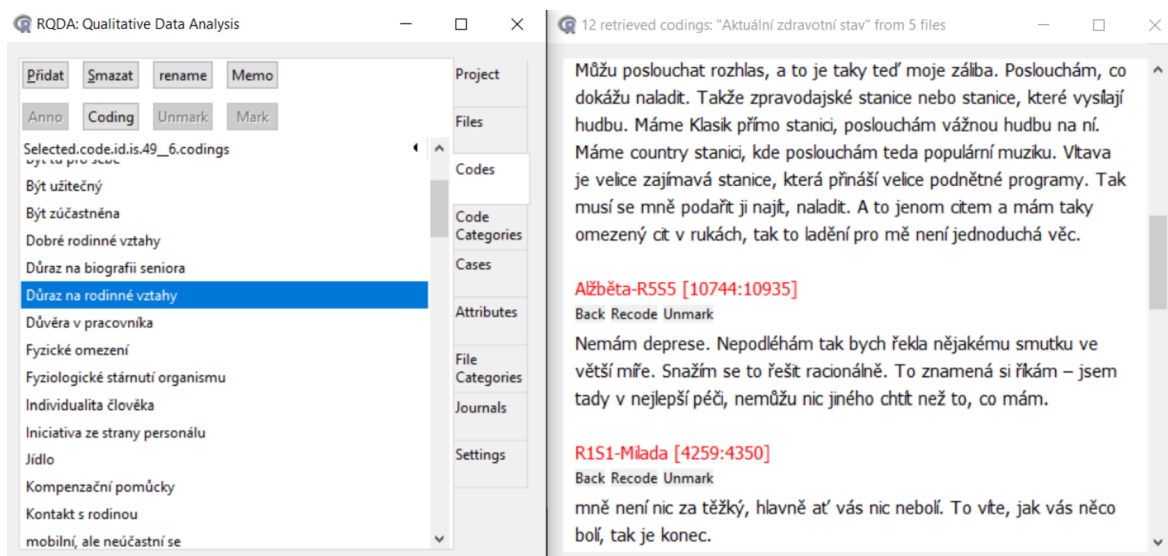
Obr. 4: Hlavní témata a sub-témata vzniklá z analýzy dat primárního výzkumného souboru.
Zdroj: Autor.

Na obr. 5 uvádíme pro představu práci v programu RQDA, kde jsou k případu (v tomto ohledu respondentky Anny s označením R3S3) přiřazovány kódy. Podrobný proces kódování je zaznamenán u autora práce (viz deník výzkumníka).



Obr. 5: Ukázka přiřazování kódů k případu R353 v programu RQDA.
Zdroj: Autor.

Obr. 6 nám naopak ukazuje daný kód, který je přiřazen k několika případům. Výzkumníkovi je v programu RQDA umožněno jednotlivé kódy upravovat, mazat a vzájemně shlukovat.



Obr. 6: Ukázka vytvořených kódů k jednotlivým případům skrze program RQDA.
Zdroj: Autor.

Dále se zaměříme, jak již bylo zmíněno výše, na interpretaci výsledků z perspektivy jednotlivých respondentů. Na konci každé interpretace jsou v tab. 8, 9, 10, 11, 12, 13 znázorněny prvotně vytvořené kódy, jak jdou v přepsaných rozhovorech za sebou. Dále na obr. 7, 8, 9, 10, 11, 12 jsou graficky znázorněna sub-témata, jež vznikla z procesu analýzy dat.

5.2.1 Milada

„Že jsem také ještě k něčemu, že ještě něco můžu udělat.“

Paní Miladě je 90 let a v zařízení pobývá 2 roky. O zrak přišla v 75 letech následkem onemocnění. Sama vyjadřuje, že jsou jí oči spíše na obtíž, jelikož jí zrak nijak neslouží. Spoléhá se zejména na ostatní, především na pracovníky, které žádá o pomoc se vším, co v danou chvíli potřebuje. Pracovníci nebo ostatní lidé, např. spolubydlíci, jí kompenzují zrak, o který přišla. *„To já vůbec oči nepotřebuju, z těch mi akorát pořád teče. Ale jinak nic nevidím, když někam jdu, tak poprosím a oni mě odvedou.“* Milada je vděčná za jakékoli aktivity, baví ji téměř všechno, co je v nabídce. To, že v podstatě neupřednostňuje jiné aktivity před ostatními také souvisí s tím, že před ztrátou zraku, respektive v aktivní fázi jejího života, vykonávala mnoho prací. *„Já jsem měla osm dětí, já jsem měla práce, všechno možný. Já jsem dělala ve dne v noci. V pekárnách, podlahy drhla ve školách. Všechno možný jsem dělala.“* Pro Miladu práce neznámá pouze povolání, zaměstnání, nýbrž celkově činnost. Je to něco, čím je k užítku sobě, ale i ostatním, že její život nepozbývá smyslu a ona je *„ještě k něčemu.“* Co myslí Milada slovním obratem *„k něčemu?“* Tento slovní obrat je akcentován v mnoha jejích výpovědích, a proto je hoden zvýšené pozornosti.

„Něco“ lze vnímat v několika rovinách, které se sebou však vzájemně souvisejí. Milada pochází z početné rodiny, sama vychovala osm dětí. Jejím životním posláním bylo zejména starat se o svou několikačlennou rodinu. Rodina je celkově pro Miladu velmi důležitá. *„Akorát děti, že jsem je obskakovala, to bylo moje potěšení.“* Téma rodiny je pro Miladu velmi citlivé, z pozice výzkumníka bylo obtížné, aby se dokázala tématu otevřít, jelikož pro ni rodina znamená všechno. Milada přežila několik svých dětí a s tím se nikdy zcela nevyrovnala. *„Už kolik dětí mi umřelo na rakovinu. A já o tom nerada mluvím.“*

V další rovině lze chápat *„něco“* jako schopnost cokoli vykonávat, avšak pod podmínkou zachovalého zdraví a schopnosti být angažována vlastním přičiněním. To znamená dopravit se, dostat se na aktivitu bez pomoci dalšího člověka. Milada však nezvládá samostatný pohyb a je závislá na svém okolí, na personálu, který ji na vybrané aktivity odveze na *„vozečku.“* Myšlenku, že by jí mohla k orientaci v prostoru pomoci nějaká kompenzační pomůcka jako např. bílá hůl, striktně odmítá. *„Bílá hůl? Nechci, to bych se přerazila. Já a slepečkou hůl.“* Pro Miladu je jednodušší říci si o pomoc a spoléhat se na pomoc personálu. *„Něco“* se transformuje do podoby ne cokoli vykonávat za podmínky fyzické soběstačnosti, ale být k užítku za pomoci druhé osoby a tedy i schopnosti provádět

a podílet se na nabízených aktivitách. „*Hlavně vzít za ruku a odnést tam a říct, tady to je. ...Pomáhají mi všichni, koho požádám, každý mi pomůže.*“

Třetí rovina v náhledu na „něco“ již přímo souvisí s aktuálním zdravotním stavem Milady který, když se cítí dobře, tedy zdravá, interpretuje jako „*nic nebolí*“. Miladě není „*nic za těžko*“. Avšak ono „něco“ co „*nic nebolí*“ má i svůj druhý protipól. V takovém případě Milada nemůže vykonávat, co by chtěla, jelikož jí to její aktuální zdravotní stav nedovoluje, protože „*něco bolí*“. Vykonávat jakoukoli činnosti si spojuje s bolestí. Jak sama Milada zdůrazňuje: „*hlavně, at' vás nic nebolí. To víte, jak vás něco bolí, tak je konec.*“

Poslední rovinu pro význam „něčeho“ spojujeme s významem práce či jakékoli činnosti. Sama Milada vnímá aktivizační činnosti jako „*nějakou práci*“. Takovou „*práci*“ mohou představovat činnosti v rámci zařízení. Ráda plete v dílně z provázků řetízek, zpívá, účastní se soutěží, poslouchá předčítání knih. Pozitivně vzpomíná na chvíle, kdy mohla pomáhat se sázením kytiček s hlavní sestrou na zahradě v zařízení. „*Nějaká práce*“ však pro Miladu představuje i její povolání, kterých měla několik. Jak uvádí: „*já jsem se věčně stěhovala, tak jsem všude dělala.*“ Z jejich výpovědí lze konstatovat, že je pyšná na to, co bylo, co všechno dělala, když mohla, jak ji naplňovala starost o osm dětí. To se částečně objevuje i v tom, jak vnímá Milada činnosti v zařízení. Když jí „*nic není*“, je naopak ráda „*furt v trapu*“. Být „*v trapu*“ pro Miladu představuje být jinde, než jen ležet na pokoji, tedy účastnit se aktivit, pobývat venku, v zahradě.

Milada pobývá na pokoji se spolubydlíci, se kterou má blízký vztah a označuje ji za „*kamarádku*“. Při nástupu do zařízení pro Miladu bylo nejdůležitější adaptovat se na nové prostředí, lidi, režim. V průběhu dvou let si utvořila „*kamarádké*“ pouto se spolubydlíci, která je jí oporou, když se cítí smutná. Milada zažívá smutek dvojího typu. Smutek vyplývá přímou úměrou se ztrátou zraku, se kterou se Milada nedokáže smířit, avšak na druhou stranu si zvykla fungovat „*bez očí, ze kterých jí jenom teče*“. Milada se cítí potrestána, že přišla o zrak. Ztrátu zraku vnímá jako trest, ale zároveň se stále zlobí. Ono výše zmíněné smíření lze transformovat spíše do přizpůsobení se tomu, že již nemá možnost využívat zrak. V porovnání s hněvem se jedná o protikladné pohnutky, které poukazují na to, že paní Milada se ztrátou zraku není vyrovnaná. „*Já vám řeknu spravedlivě. Já mám na svůj život vztek, že nevidím. Ale vážím si toho, že jsem ještě zdravá a že tady můžu být kvůli vnoučatům.*“ To, jak akcentuje slovo „*spravedlivě*“ lze interpretovat rovněž tak, že nám říká pravdu, to, jak se cítí a co ji trápí. Nicméně už jen z použití onoho slova „*spravedlivě*“ v daném kontextu lze konstatovat, že právě onen trest skrze ztrátu zraku vnímá také jako nespravedlivý. To, že je „*ještě zdravá a může tady být kvůli vnoučatům,*“ jí dává smysl,

proč tady stále být a radovat se, protože je obklopena rodinou, která jí zbyla, i když jí myšlenky ubíhají za těmi, o které přišla. Smutek je na tomto místě chápán jako smutek po tom, co bylo, smutek po těch, které milovala, které „*obskakovala*“ a kteří byli její „*potěšení*.“

Milada si je vědoma, že nemůže činnosti vykonávat jako dříve, tedy tehdy, kdy ještě viděla a mohla se tak jak o druhé i sama o sebe postarat. „*To*“, tedy aktivity, činnosti vykonává skrze pomoc druhých. „*Já nedělám nic, kde bych potřebovala zrak. Já akorát dělám tak, abych mohla to dělat. Bez těch vočí.*“ Její hnací motor je rodina, avšak i v samotném zařízení jí nic nechybí. Milada je skromná a stačí jí málo. „*Tady mi dají všechno, co potřebuju, sáček na smetí. Tady mám kapesníčky, hřeben. Všechno mám, co potřebuju ...Hlavně at' nic nebolí.*“

Tab. 8: Milada – proces kódování (kódy přiřazené k případu R1M1).

Kód
Zaměstnání, práce
Aktivity v rámci zařízení
Smysl vlastní existence
Zaměstnání před ztrátou zraku
Důraz na rodinné vztahy
Odkaz na to, co bylo – minulost
Aktuální zdravotní stav
Soběstačnost
Adaptace
Ztráta zraku – trest
Pomoc od druhých
Odmítání kompenzačních pomůcek
Spoléhání na druhé
Vzteky/hněv
Důvěra v pracovníka
Návštěvy rodiny
Podpora – finance
Smutek – úmrtí dětí/partnera
Strava
Nesoběstačnost

Zdroj: Autor



Obr. 7: Milada – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat.
Zdroj: Autor.

5.2.2 Kristián

„Dělej to, co děláš rád, dlouho budeš zdrav.“

Pan Kristián má 90 let a v zařízení žije již 8 let. Na pokoji je sám a je s tím velmi spokojený. O zrak přišel náhle kvůli traumatické události. Nicméně tehdy ještě Kristián nevěděl, že pro něj má život přichystané další „překvapení.“ *„No úplná slepota. Nejdřív to začlo tím, že jsem měl úraz, velkej. A to ještě nebylo tady v Čechách, to bylo v Hangarii, v Rumunsku. No a tam nás jeden člověk vyboural. A manželka zemřela po tý bouračce, asi tak měsíc na vnitřní zranění. A já jsem zůstal takhle rozbitej a tady mě dávali dohromady právě.“* Ztráta zraku není jediné získané postižení, kterému musí Kristián dennodenně čelit. Při pobytu v domově přišel o část dolní končetiny vlivem šířící se infekce. Když se nad tím sám zamýšlí, vyjadřuje pohnutku, že měl k doktorovi přijít dřív, že infekci, kterou v části prstu měl, měl řešit dřív. *„Já jsem toho nedbal, prstíček neprstíček, no a najednou mě to začalo příšerně bolet, tak mě odvezli do nemocnice a tam mi ho uřízli. Místo aby mi uřízli prstíček, protože to už bylo do krevního oběhu to, co mi tam hnisalo jo, tak měli strach, aby se mi to nedostalo do těch žil. Že by sem moh taky zemřít, no. Tak mi uřízli nohu tadydle pod kolenem. Protože jsem to nechal už moc dlouho asi už ten hnis, ten zárodek mně vtrhnul do celý nohy. Kdybych poslechl a šel hned, tak mně vzali třeba prst jeden, no tak voni mně vzali nejdřív jeden prst. ...No ale všechno jsem přežil dobře, teď se cejtím zdravěj jak rybička. No a jsem spokojenej a primový všechno.“* Vzhledem k tomu, že Kristián o zrak přišel dříve než o část dolní končetiny, se ztrátou končetiny se stále vyrovnává a ač si sám sobě snaží namlouvat, že všechno je „primový“, není to pro něj lehké. Ač je ztráta zraku omezující ve všech

oblastech jeho života, ať už v účasti na jeho aktivitách tak z hlediska sebeobsluhy a podílení se na každodenních činnostech, ztráta části končetiny je zejména po psychické stránce bolestivá. Je si však vědom, že mohlo být ještě hůře a váží si toho, že tady stále je.

Pan Kristián vnímá pojem aktivizační činnost jako nějakou činnost, do které se člověk „hrne“. Rovněž si aktivizační činnosti spojuje s tím, jak probíhá jeho běžný den v zařízení. „*No já si pod tím představím, to co se mi tady, když se probudím a pak zase jdu spát, děje.*“ To také souvisí s lidmi, personálem, který se o něj každý den stará. Kristián svůj život v zařízení popisuje s velkým nadšením, spokojeností v hlase a je si plně vědom skutečnosti, že kdyby zůstal sám v domácím prostředí, nebyl by schopen se o sebe postarat tak, jak se o něj starají v zařízení. „*Tady je kouzlo přímo, to jsem si ani v nejbujnějším snu, ani mě to nenapadlo, když jsem byl zdravý, že se budu mít takhle na stará kolena krásně jako tady.*“

Pan Kristián je s životem v zařízení spokojený, jelikož se mu zde dostává široká nabídka aktivit. To, jakých aktivit se v zařízení účastní, souvisí jednak s jeho zdravotním stavem a také s tím, co rád před nástupem do zařízení dělal. Odkazuje tak na svůj bohatý životní příběh. „*Jsem rád, že to je takhle. Klid, pořádek a Havaj takzvaná. ...Vždycky tohleto, pane Kristián, jdeme tohleto, Kristiánku jdeme támhleto. To jdeme zpívat, tančit. Jdeme tohle. A já jsem spokojenej, zářím celej, že mně třeba říkají Kristiánku. Někteří teda jenom. Já se jmenuju Kristián totiž.*“

Spokojenost lze vnímat v několika rovinách. Jelikož je Kristián v zařízení již delší čas, doba adaptace na režim, nové lidi okolo, pro něj již pominula. Je celkově „spokojenej“ s životem v zařízení. Chválí si aktivní personál, díky kterému se člověk dozví „*co se tady šustne kde, co se kde děje*“ ve smyslu nabízených aktivit, a který jej zve, aby se mohl na čemkoli účastnit. Nejedná se ale pouze o činnosti, na kterých může člověk aktivně či pasivně participovat. Pan Kristián si váží a oceňuje také práci pracovníků, kteří mu pomáhají a ulevují jeho zdravotnímu stavu. „*Tak ale všechny tydlety zábavy jsou tady eště víc, než jsem měl doma. Protože vopravdu tady je rehabilitace, takzvaná, že jo, to zase, cvičení a různý tydlenty věci. Já ani nevím, jak se tomu říká. A když mě bolejí záda, tak přijde paní rehabilitační. Přinese mi tadydle nějakou píseň na záda ten vařící, tím pádem mě ty ledviny přestanou bolet. Takže tady o mě je postaráno, jak vám říkám, to bych doma neměl. To bych musel lítat po doktorkách. ...Ale tady mám v jednom baráku všechno.*“ Jsou to tedy jednak činnosti ze strany personálu, které pomáhají udržovat Kristiánův zdravotní stav tak aktivity, kterých se sám účastní s ostatními obyvateli. Kristián je milovníkem hudby, rád zpívá, tančí. To vychází i ze života, jaký žil, co jej těšilo, dělalo mu radost. „*To jsem chodil s manželkou*

hodně. Já jsem měl rád opery v divadlech, operetky. To byly zase takový veselejší, operetky. ...my jsme byli rádi, že jsme si třeba jednou nebo dvakrát tejdně museli vyšperkovat se, vzít si šaty nový. Kravatu, košile a tadyhle perleťáky, na krku náramek, děvčata.“ Avšak aktuálně mu jeho zdravotní stav, zejména tedy z důvodu ztráty části končetiny, nedovoluje plně se účastnit na jeho oblíbeném tancování. Účastní se především zpívání, ve kterém jej nic neomezuje. Pan Kristián má nezlomného pozitivního ducha a i přesto, že je fyzicky omezený účastnit se plně tance, zcela se jej nevzdal ba naopak se přizpůsobil, aby v tanci mohl nadále pokračovat. *„Písničky znám hodně, všechny. No hodně, všechny. Hodně písniček, tady to o mně vědí. No joo. ...No chodím zpívat. Tancovat už teďkon miň. Jinak tady je zábavy až až. No jooo. Tady jsem v jednom kole. Všech se účastním pravidelně. Cokoli jako můžu ještě, protože se mi teďkon špatně chodí, protože mám jenom jednu nohu. Tady mám jenom pahýl a nemám tady ten spodek. No tak když nemůžu tancovat tak sedím, a chodím. Já sedím a chodí pro mě děvčata a tancujeme spolu rukama, já se pohybuju. Prima no. ...Já mám tadyhle rád hudbu, já si pustím rádio. A když nechci, tak si jdu na kavárničku, tak si zazpívám s nima. A jinak. Já mám rád hudbu moc. To je jedna z nejmilejších věcí, co mám rád. No a potom, pardon, děvčata že jo. Nejdřív děvčata a pak teprve to ostatní.“* Pro jeho blízký vztah k hudbě, tanci, je mu nejvíce smutno z toho, že už si nezatančuje jako dřív. Největší překážkou je pro něj tedy fyzické omezení, omezení aktuálním zdravotním stavem. *„Největší překážka, že nemůžu tancovat, třeba. Já jsem rád, všude už jako dítě s rodičema chodil. ...No já potřebuju dycky někoho, kdo mě podrží, nebo kdo mně takle poradí. To je přece jenom, už jsem starej a už tolik mně to nemyslí.“*

Kristián rozlišuje v zařízení dvojí skupinu lidí, jež jsou mu blízcí. Za „*přátele*“ označuje povětšinou pracovníky, personál, který o něj pečuje. To, že nazývá personál svými „*přáteli*“ souvisí zejména s tím, že si vytvořil silné přátelské pouto s jedním konkrétním pracovníkem. Takové přátelské pouto je založeno na vzájemné důvěře, kdy se Kristián může kdykoli na pracovníka obrátit o pomoc, ten jej vyslechne a zařídí mu vše, co aktuálně potřebuje. Nejedná se o jednostranné přátelství, nýbrž o vzájemné obohacování se o všední i nevšední informace z celého života. Kristián je nejen pro svou pozitivní povahu u pracovníků i dalších obyvatel zařízení velmi oblíbený. Je si toho vědom a těší ho to. *„No tak myslím, že jako cokoli bych si přál nebo mít nějaký zvláštní přání, tak to například řeknu tady panu Danovi a ten mi to zařídí. ...A my si rozumíme, nemusíme ani moc mluvit, stačí se podívat a víme, co kdo chce. Já jsem naprosto spokojenej.“* „*Známi*“ jsou pro Kristiána obyvatelé zařízení, se kterými chodí např. do kavárny, kde si s nimi popovídá, zazpívá si, setkává se s nimi při obědu, na společných aktivitách. *„Známi jsou třeba, který chodíme*

ted'kon třeba 3 nebo 4 roky na obědy, do jídelny, nebo takhle. Takže tam se známe všichni a já tam mám opravdu s kýmkoli, jak děvčata, tak chlapci, když si řekneme, tak je to mezi námi. Když si řekneme: „hele nikomu to nebudeme říkat, je to mezi námi,“ tak je to mezi námi. ... Takhle jako moc o soukromí já moc nepovídám. O mně ví všechno pan Dan. No. Pak kolikrát jsme takhle mluvili, když jsme třeba na kafičku v kavárničce nebo nějak sedíme, nebo i u toho jídla u toho stolu.“

Pan Kristián se sám označuje jako „bláznivej kluk“. Už samotné označení „bláznivej“ vypovídá o jeho pozitivním náhledu na svět, na život, jaký prožil. To, jak se Kristián ohlíží za svým životem přechází i do přítomného okamžiku, jak nyní vnímá sám sebe a celkově život v zařízení, ve kterém je „spokojenej“ a všechno je „prímový.“ To, jak se vyrovnal jednak se ztrátou zraku a postupně se vyrovnává i se ztrátou části končetiny, ovlivňuje také jeho pozitivně laděná osobnost. Zdravotní stav je pro něj důležitým ukazatelem, jak nahlížet na kvalitu života. Nicméně to, jak také posuzuje, zda je či není jeho život kvalitní, souvisí s tím, jaký jeho život byl a zda v něm prožil to, co doopravdy chtěl. Velmi jej naplňovala jeho práce, byl takový „Ferda Mravenec – práce všeho druhu.“ Společně s manželkou „procestovali hodně zeměkoule.“ I přesto, že Kristiána kolikrát doženou špatné myšlenky, které mu nedají spát, snaží se jim nepoddávat. Vše špatné však nelze vytěsnit a zapomenout. Kristián je navzdory nepříznivému osudu s jeho životem spokojený, i přesto, že se musí spoléhat na pomoc druhých. Prožil život, jaký chtěl, dosáhnul toho, co si přál a vše, co dělal, dělal rád. Je si vědom své vlastní křehkosti a vnímá sílu každého okamžiku, že dnes je nějak a zítra už tak být nemusí. „No já jsem šťastnej a spokojenej. Že jsem to prožil, že jsem to zažil. Ne jenom že jsem vo tom slyšel a že jsem to prožil na vlastní kůži, tak vím, jak je to krutý, když něco nejde nebo když něco bolí. Nebo když něco musíte. A vono to opravdu je takový špatný, nejde to vůbec. Tak já jsem, já jsem sám se sebou spokojenej, jak bych to řek jednou větou. Nikdy jsem nikoho nezklamal. Že bych úmyslně, já tam nemůžu, to se nezlob, to neznám. Co jsem znal a co jsem moh, tak jsem prožil, užil. Zajel, projel, dojel, dolez. No a tady ted'kon užívám stáří. ...No tak jsem slepej, tak jsem slepej. Mluviš, tak mluv pravdu, aby si o tobě nemysleli, že kecáš. Tak si takhle, domluvim se, sám sebe přemluvim a dělám, co můžu prostě. A jsem rád.“

Pan Kristián špatné myšlenky vytěsňuje a snaží se na ně zapomenout, i když se mu to někdy nedaří. „Já to беру tak, jak to přijde. No mám nějaký blbý myšlenky, tak si otevřu pivo, lehnu si a za chvíli usnu a myšlenka nemyšlenka. Co bylo špatný, to rád zapominám. Co jsme si vysvětlili tak já zapomenu. Říkám nech toho už. Jenže ono to nejde. Vono si člověk řekne, já na to musím zapomenout, to bylo špatný, to jsme se měli špatně. A oni ...jenže to

nejde zapomenout prostě no. I když člověk chce, tak to nejde. ...A když si na to vzpomenu, tak mi tečou slzy. Tak říkám co blbneš vole, tak na to nemysli a je to. Tak si vynadám. Taky jsem si nafackoval a vyrazil jsem si zuby, si představte. “

I přes všechny nesnáze, které Kristiána potkaly na jeho životní cestě, neztratil naději v dobré konce. To, jaký má přístup nyní k životu se odvíjí nejen od jeho pozitivního ducha, ale také od toho, že vždy dělal a dělá věci rád, co jej těšilo a těší. I když musí vše přizpůsobovat svým možnostem z hlediska svého zdravotního stavu a je závislý na lidech, kteří o něj v zařízení pečují, základem pro něj je vše dělat rád a pro radost. *„To říkám tak, jak to je, jak já jsem to zažil. Dělej to, co děláš rád, dlouho budeš zdrav. To je písnička. “*

Tab. 9: Kristián – proces kódování (kódy přiřazené k případu R2S2).

Kód
Důvěra v pracovníka
Spokojenost s pobytem
Oblíbenost u personálu
Účastní se všeho
Pomoc od druhých
Nesoběstačnost
Velký výběr aktivit
Iniciativa ze strany personálu
Ztráta kontaktu s rodinou
Navázání vztahů v zařízení
Známi
Pocit důvěry
Přátelství s personálem
Prohlubování vztahu s personálem či ostatními lidmi v zařízení
Odkaz na to, co bylo – minulost
Potřeba specifikace pojmu
Péče
Vědomí vlastní křehkosti/omezení
Přátelé mimo zařízení
Aktuální zdravotní stav
Zaměstnání, práce
Smíření
Zaměstnání před ztrátou zraku
Fyziologické stárnutí organismu
Zdraví
Pozitivní nadhled
Aktivity před nástupem do zařízení
Zisk – zdraví
Navázání vztahů v zařízení
Fyzické omezení
Individualita člověka
Vazba manžel-manželka
Být užitečný
Sebe trestání se
Aktivní život – fyzická práce

Zdroj: Autor.



Obr. 8: Kristián – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat.
Zdroj: Autor.

5.2.3 Anna

„Ale ono nejde ani taky jenom o ten zrak, ale že už fyzicky na to nestačíte.“

Paní Anně je 83 let a v zařízení pobývá poměrně krátce, necelé 4 měsíce. Mnoho obyvatel zatím ještě nezná. Bydlí na pokoji s další paní, která jí je sympatická a rozumí si s ní. Pravidelně se socializuje v rámci posezení v kavárně, kde popíjí s ostatními obyvateli kávu, dá si něco sladkého a poslouchá muziku.

Paní Anna přišla o zrak postupně, přičemž v 16 letech to bylo již definitivní, kdy její svět ovládla tma.

Anna si představuje, že aktivizační činnost je taková činnost, díky které se bude cítit zdravotně i psychicky lépe. Je to činnost, která jí *„bude ku prospěchu.“* To, že se bude podílet na takové aktivitě, činnosti, dle Anny ovlivňuje i samotnou kvalitu života. Zdůrazňuje propojenost obou pojmů, přičemž aktivizační činnost ovlivňuje kvalitu jejího života směrem vzhůru. *„No mělo by to na sebe působit. Tím, že bych na první místo dala aktivizační činnost a tím by se zlepšila kvalita života.“* Sama nevnímá svůj život jako kvalitní, protože je odkázána na pomoc druhých. Roli hraje také ztráta zraku, která ji omezuje zejména v samostatném pohybu.

Od doby, co nastoupila do zařízení, se naučila trasu z pokoje do jídelny. K prostorové orientaci a samostatnému pohybu jí dopomáhá bílá hůl. Avšak Anna má větší ambice, a to naučit se více tras jak po zařízení, tak po okolí. To pro ni znamená krok kupředu, jelikož byla zvyklá spoléhat se vždy na pomoc druhé osoby a neměla zájem a potřebu učit se jakékoli trasy. Tato potřeba vyvstala až při pobytu v zařízení, kdy jí dává pocit naučit se

trasu z jednoho bodu do druhého aspoň nějakou kontrolu nad tím, co dělá a že to dělá ze svého přičinění a sama za sebe. „*No akorát, co jsem se naučila chodit tady sama, z pokoje do jídelny. Od ostatních, kamkoli jinam jdu, to musí někdo se mnou. Nevím, neznám. Mě někdo vždycky doprovází a je pravda, že já, dokud jako jsem byla mladší a chodila jsem do zaměstnání, tak jsme chodili s manželem. A jako nikdy jsem se nesnažila naučit se chodit sama.*“

Kvalitu života především ovlivňuje samostatnost, ať už v pohybu či samostatnost v rámci sebeobslužných činností. „*Naučit se chodit trošku sama a pomáhat si tak, jak to jde jenom. A je pravda, že mi hodně pomáhají zase tím, že mě někam sebou vezmou a podobně. Jsem odkázaná na pomoc tady.*“ Anna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu již nestačí na to, aby se sama o sebe postarala. Je ráda za pracovníky, kteří ji pomohu se vším, co je potřeba. „*Kvalita života? Kvalita života už dávno není, protože jste omezená a hodně věcí nemůžete. Takže ten kvalitní život není. Vždycky potřebujete někoho, buďto vás něco naučí anebo vám pomůže. Úplně samostatnej slepej člověk není. Nebo aspoň já si to tak myslím.*“

Anna pracovala ráda na zahradě, když ji netrápily žádné zdravotní problémy, které by ji fyzicky omezovaly při prováděných činnostech. V zařízení se účastní plení řetízku z vlny nebo poslechu hudby. Také ráda poslouchá, když jí někdo předčítání z knih. To, na čem se podílí, by mělo mít jakousi „kvalitu“, mělo by to „zaujmout“. Velmi ji trápí její zdravotní stav, který ji prakticky ve všem omezuje. Každý den vynakládá spoustu energie na to, aby si obstarala pro ni každodenní potřeby jako je strava, účast na nějaké činnosti a přesun z jednoho místa do druhého. „*No tak. Je to třeba, tak to musí člověk udělat. A jestli se mi chce nebo nechce, tak to není. Mám co dělat, abych udělala to, abych si došla na snídani, na oběd, na večeři. S někým si došla na nějakou tu aktivitu. Tak, a to je celý den obsazený.*“

Oporou jí je její rodina, zejména syn, se kterým je pravidelně v kontaktu, ať už telefonickým či fyzickým. Rodina Anně pomáhá nakoupit např. věci denní potřeby, nové oblečení. Syn je pro ni „směrodatný“. „*No tak někdy i, jako teď kon, jsem měla ty teploty a nebylo mi dobře. Tak jsem jim radši řekla, aby nejezdili. Protože mají malý děti, aby něco nechytily. Když něco potřebuju koupit si na sebe, tak mi s tím pomůžou anebo to koupí a já si to prohlídnu a vodzkouším. Takže se o mě starají takhle.*“

Roli hraje i to, že Anna, ač má získané zrakové postižení, přišla o zrak poměrně v brzké fázi života a na ztrátu se již postupně adaptovala, ač to pro ni nebylo vždy jednoduché. Proto se mnohem více soustředí na svůj aktuální zdravotní stav, kdy se fyzicky necítí dobře a je tak omezena v mnoha oblastech a závislá na pomoci druhých. Anna se

naučila se zrakovým postižením žít a činnosti přizpůsobovat tomu, jak na ně v daném okamžiku stačí. „*Jako co potřebujete dělat něco, co vám zrak nedovolí, tak to jednoduše neděláte. Není možný to dělat. ...Ale. Tak když nad tím přemýšlím. Bylo to takový, jaký to bylo. Mělo se to stát a nic se nedá dělat. Dneska už jsem s tím smířena, dlouho ne.*“

Tab. 10: Anna – proces kódování (kódy přiřazené k případu R3S3).

Kód
Dobré rodinné vztahy
Pomoc od druhých
Zisk – prospěch
Ujištění se o správnosti
Soběstačnost
Propojení pojmů
Aktivity v rámci zařízení
Prostorová orientace a samostatný pohyb
Strava
Nesoběstačnost
Aktuální zdravotní stav
Aktivity před nástupem do zařízení
Fyziologické stárnutí organismu
Fyzické omezení
Pomoc od druhých
Důvěra v pracovníka
Vědomí vlastní křehkosti/omezení
Smíření
Zdraví
Žádné zájmy
Prohlubování vztahu s personálem či jinými lidmi v zařízení
Navázání vztahů v zařízení
Podpora – finance

Zdroj: Autor.



Obr. 9: Anna – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat.

Zdroj: Autor.

5.2.4 Marie

„Já prostě neudělám nic.“

Paní Marie má 86 let a v zařízení žije již dlouhou dobu, celých 8 roků. Marie přišla před 8,5 lety zcela o zrak. Na pokoji pobývá se svou spolubydlicí Andělkou, která má ještě zachovány zbytky zraku a pro Marii představuje jak psychickou, tak často i tu fyzickou oporu, když např. paní Marie něco nemůže najít. V jednom pokoji spolu pobývají již „*dlouho*“. V průběhu rozhovoru Marie přenechává často slovo Andělce, což poukazuje také na důvěru v jejich přátelství, které si za ty roky spolu vybudovaly.

Pro paní Marii představují aktivizační činnosti ty kroužky, které jsou nabízeny ze strany zařízení. Ráda se účastní zpívání či ručních prací. Na pokoji společně s Andělkou poslouchají rádio. Ruční práce, na kterých se podílí v zařízení, byly také její oblíbenou činností v době, kdy jí zrak ještě sloužil. Věnovala se pletení, vyšívání, háčkování. To jí je umožněno i nyní, ovšem s ohledem na ztrátu zraku. *„No ruční práce, to víte, to jsou ruční práce takový, který můžu dělat poslepu. Dělán řetízek takovej proplétanej jenom rukama a nic jiného, protože na to na všechno se musí vidět, no.“* Paní Marie je závislá na pomoci druhých, zejména tedy personálu, jelikož se sama těžce pohybuje a většinu dne stráví na lůžku. Je jí tedy i úlevou, že se může spolehnout na ostatní, kteří jí na aktivity, do jídelny a podobně odvezou a přivezou zase zpátky na pokoj. Aktivit se účastní, nicméně prioritní je její aktuální zdravotní stav, na základě kterého „*kroužky*“ navštěvuje či nikoli. *„No, když jsem v pořádku, tak jo.“*

Marie jako by se během rozhovoru „uzavírala“ do sebe a pak na určité momenty opět „otevírala“. Neustále zdůrazňuje závislost na ostatních lidech, především zaměstnanců, kteří jí pomáhají se sebeobslouhou a také samostatným pohybem. Paní Marie jako by ztratila naději v to dobré a poddává se těžkostem vyplývajícím z jejího aktuálního fyzického i psychického stavu. Nicméně nejen aktuální zdravotní stav, ale celkově ztráta zraku, ovlivňuje její denní fungování v zařízení. Má problémy také v komunikaci s ostatními lidmi, které podle hlasu nepoznává, když na ni hovoří. *„No ta slepota, to víte. Protože na nikoho nevidím, lidi na mě mluvěj, já nikoho nevidím, s kým to mluvím, kdo to na mě mluví.“* Se ztrátou zraku se dodnes nesmířila. Období, kdy Marie přišla o zrak, si spojuje také s obdobím, kdy musela nastoupit do zařízení a kdy přišla o manžela a svého syna. Kvalitu života hodnotí negativně, protože kvalitní život pro ni představoval primárně její manžel a syn. *„Špatně. No, protože jsem přišla vo muže a vo kluka.“* Žal ze ztráty těch nejbližších ji provází každý den a často v noci pláče.

Její kvalita života je ovlivňována zejména dvěma faktory, a to zdravotním stavem, který je založen jak na fyzickém omezení či psychickém stavu a také vědomí ztráty členů, jejich nejbližších, rodiny, pro které celý život žila. Z rodiny jí zbyla už jen sestra, se kterou si pravidelně volá nebo která ji občas navštěvuje. „*No jenom tu sestru, nikdo jinej sem nechodí. Někdy neteř sem chodí, no ale ty už tady taky dlouho ted'ko nebyli. No to já žádný nemám už.*“ Marie také neztratila kontakt se svými kamarádkami, se kterými si také volá, nebo které ji rovněž v zařízení navštěvují. „*No třeba jednou za měsíc a s jednou každý tejdén. ...Oni sem za mnou choděj. Jsou Pražačky, víte. Oni jsou starší. Ta jedna je mladší a ta jedna už je stará. ...No třeba mi přinesou něco dobrého.*“ Mariina naděje se pomalu vytrácí, avšak Andělka, pozitivně naladěná spolubydlící, jí v těžkých chvílích veselí a naději jí v určité míře zpět navrací. Andělka: „*Takový nějaký vážný věci, to ne. My tady spíš máme rádi veselo. ...My tady máme na pokoji většinou hodně veselo a když je Maruška smutná, no tak jsme zticha a ono to za chvíli zase přejde, no.*“

Tab. 11: Marie – proces kódování (kódy přiřazené k případu R4S4).

Kód
Nesoběstačnost
Pomoc od druhých
Úmrtí příbuzných/rodiny
Ztráta kontaktu s rodinou
Prohlubování vztahu s personálem či ostatními lidmi v zařízení
Přátelství se spolubydlící
Aktivity v rámci zařízení
Zdraví
Aktivity před nástupem do zařízení
Zaměstnání, práce
Překážka v účasti na aktivitách
Omezený/žádný kontakt
Fyzické omezení
Prostorová orientace a samostatný pohyb
Přítomnost rodiny
Smutek – úmrtí dětí/partnera
Smíření
Vzteky/hněv
Strava
Být tu pro sebe
Přátelé mimo zařízení

Zdroj: Autor.



Obr. 10: Marie – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat.
Zdroj: Autor.

5.2.5 Alžběta

„Celkem jsem spokojená s tím, jak to je. Spíš se obávám, jak to bude.“

Alžběta je 89letá žena, která v zařízení žije krátce, necelé 2 měsíce. Na pobyt se stále adaptuje. Zvyká si na lidi, kteří zde žijí, ráda si s nimi povídá, poslouchá jejich příběhy, vyměňuje si s nimi vzájemně názory. *„Mám ráda rozhovory s těmi lidmi, kteří tady žijí.“* Jelikož v zařízení není dlouhou dobu, stále se seznamuje s *„neznámým prostředím“*, s prostory budovy. Již se naučila samostatně si dojít z pokoje do místnosti, kde se obědvá. Ale považuje to jako za nedostačující a má ambice naučit se i další trasy, aby se cítila v tomto ohledu více samostatněji.

Před 7 lety začala Alžbětu omezovat v pohybu artróza a o 2 roky později přišla o zrak. Považuje samu sebe za racionálního člověka a takovým způsobem se snaží uvažovat i o životě a překážkách, které ji v něm potkávají. *„Nemám deprese. Nepodléhám tak bych řekla nějakému smutku ve větší míře. Snažím se to řešit racionálně. To znamená si říkám – jsem tady v nejlepší péči, nemůžu nic jiného chtít než to, co mám.“* Její racionální uvažování souvisí také s povoláním, které dříve vykonávala. Svůj život zasvětila učitelství českého jazyka a dějepisu na gymnáziu.

Alžběta je spokojena s tím, že je na místě, kde se může obrátit na pomoc personálu, který jí je neustále k dispozici, aby jí pomohl s tím, co ona už není schopná. Pro Alžbětu to znamená zejména doprovod z místa na místo, tam, kam ona potřebuje a kde nezná trasu a nemůže si tam dojít sama. To se týká např. pohybu v budově, kdy ji personál doprovází na

její aktivity během dne, kterých se účastní pravidelně. „Potřebuju, aby mně někdo nabídnul rámě a vedl mě. Doved mě tam, kde se konají ty aktivity a zase mě přived na pokoj. Jinak těžko bych se někam dostala. Protože vzhledem k tomu, že jsem tady krátce, tak nemůžu třeba používat výtah. Nevím, jak by se mně to podařilo a jsem v neznámém prostředí. Tam, kde se ty aktivity konají, tam potřebuju, aby mi někdo ukázal, kde si mám sednout třeba. Aby pro mě někdo přišel, když ta činnost skončí. ...Tady skutečně ti aktivizační pracovníci se snaží, aby nám umožnili se podílet na aktivitách. Takže díky pracovníkům tady v ústavu se právě můžu dostat tam, kde je shromáždění.“ I přesto, že je považována stále za novou obyvatelku, již se účastní mnoha společných aktivit jako např. předčítání knih, pobytu v přírodě, poslechu hudby, zpívání, návštěv rehabilitačního tělocviku, aktivit pro cvičení paměti, tanečních kurzů. „Nejvděčnější“ je však za hudební programy, jelikož ji pojí láska k hudbě.

Když Alžbětě ještě sloužil zrak a pobývala v domácím prostředí, ráda „surfovala na internetu“. Avšak pokračování v těchto aktivitách již není možné z hlediska jak ztráty zraku, tak z hlediska nabídky aktivit v rámci zařízení. „Tak největší můj koníček v posledních letech po odchodu do důchodu byl internet. Pokud teda jsem viděla. To jsem měla velice ráda. Ale ne ze stránky nějakých odborných prací nebo podobně. Surfování, získávání informací. Další aktivita moje náruživě prováděná zahrádka. Pěstování rostlin, získávání poznatků o rostlinách a vůbec o živé a neživé přírodě. Měla jsem velice ráda ruční práce. A i ráda jsem měla vedení domácnosti.“ Alžbětě zůstal zejména poslech hudby, rozhlasu. To, co ráda dělala a co ji i nyní přijde důležité, si přizpůsobila danému prostředí. Tím je např. cvičení, které provozuje sama na pokoji. „Jak jsem vám řekla, tady pro mě je nejlepší aktivita poslech hudby anebo účast na těch hudebních produkcích. No a pak teda pilně sleduju, co se děje ve světě poslechem rozhlasu. Velice mě to taky zajímá, co prožívá naše společnost. Nebo co se děje ve světě. No a cvičení, to je i moje záliba. Takže i sama individuálně cvičím. To možný je, i na pokoji třeba.“

Paní Alžběta si je vědoma svého zdravotního stavu, který ji omezuje v každodenních aktivitách, ať už jsou to omezení z důvodu ztráty zraku či artrózy. Také proto vnímá jako aktivizační činnosti takové, kterých se zúčastňuje za účelem posílení či udržení si svého zdraví či toho, že se cítí díky účasti na aktivitách spokojeně. Alžbětinou zálibou bylo a je cvičení, které provozuje i sama na pokoji, aby „tu artrózu držela pod kontrolou“. Jako „racionalistka“ se soustředí na udržení si stávajícího zdravotního stavu „pod kontrolou“, o kterém však ví, že se postupem let vzhledem ke stárnutí organismu bude zhoršovat. Toho se Alžběta bojí, bojí se, „jak to bude“ a snaží se tomu aspoň pravidelným cvičením či podílením se na aktivitách předcházet, oddalovat „to“, budoucnost.

Svou kvalitu života hodnotí jako uspokojivou, přičemž si ji spojuje s aktuálním zdravotním stavem a pobytem v zařízení. „*Tak pro mě v 90 letech to znamená soběstačnost v první řadě. V takových věcech jako je oblékání, hygiena, jídlo.*“ Alžběta oceňuje, že se o ni zaměstnanci starají a také vnímá aktivity, na kterých se pravidelně podílí, jako své záliby, jako něco, co dělá ráda. Ztráta zraku ji omezuje především v samostatném pohybu, kdy se musí spoléhat na pomoc druhých. Klade důraz na soběstačnost ve smyslu sebeobsluhy jako je samostatně se obléci či vykonat svou každodenní hygienu. „*Zatím nemám v tomhleto omezení. Takže jsem spokojená, že se mně daří to tělo udržet jako v takové kondici, abych mohla tu sebeobslužnou činnost především provádět. Zatím nepotřebuju pomoc při oblékání. Možná při tom, když nemůžu najít nějaký kus obleku, který mám ve skříni.*“ Proto se soustředí na „to“, daný okamžik, je „spokojená s tím, jak to je“. „To“ vnímá jako prolínání časových linek přítomnosti i obávané budoucnosti.

Rodina představuje pro Alžbětu velkou oporu. Denně je v kontaktu s dcerou a jedenkrát týdně se synem. „*Všechno, na co si vzpomenu mně udělají anebo se postarají, aby to udělal někdo jiný. V tom mám štěstí teda.*“ Za pozornost stojí, že Alžběta potřebuje být nějakým způsobem užitečná. Ať už z finančního hlediska např. své rodině či její radou, názory na společnost, dění ve světě, náhledu na život obecně. Má však obavy z budoucnosti, že už nebude schopna se sama obléci, provést každodenní hygienu a stane se tak závislá nejen z hlediska samostatného pohybu, ale i z hlediska sebeobslužných činností. „*Já mám velice těsné a dobré vztahy s rodinou. A celkem jsem člověk, který umí navazovat vztahy. Takže už mám tady i řadu známých, se kterými si ráda pohovořím nebo posedím. A celkem jsem spokojená s tím, jak to je. Spíš se obávám, jak to bude.*“

Tab. 12: Alžběta – proces kódování (kódy přiřazené k případu R5S5).

Kód
Fyzické omezení
Dobré rodinné vztahy
Být zúčastněna
Zisk – zdraví
Zisk – spokojenost
Soběstačnost
Být užitečný
Aktivity v rámci zařízení
Aktuální zdravotní stav
Účastní se všeho
Aktivity před nástupem do zařízení
Pomoc od druhých
Prostorová orientace a samostatný pohyb
Nesoběstačnost
Kompenzační pomůcky
Důraz na rodinné vztahy
Adaptace

Pobyt v zařízení
 Omezení – zrak
 Sebeobsluha
 Zachování stávajícího zdravotního stavu
 Individualita člověka
 Navázání vztahů v zařízení
 Známi
 Obava z budoucnosti
 Fyziologické stárnutí organismu
 Smíření

Zdroj: Autor.



Obr. 11: Alžběta – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat.
 Zdroj: Autor.

5.2.6 Zlata

„Co se dá dělat, holčičko. Vzpomíná člověk na ty lepší věci, no.“

Paní Zlata je 89letá žena a v zařízení není žádným nováčkem, pobývá zde již 2 roky. O zrak přišla postupně, přičemž nejprve se tak stalo následkem nešťastné náhody při úklidu a obstarávání domácnosti. Dále začala ztrácet zrak i na druhém oku, a to vlivem neléčeného očního onemocnění. Když Zlata přicházela o zrak, bylo to již v důchodu, ale ona sama na ty roky nerada vzpomíná a sama je vytěšňuje ze své paměti. „Když se podíváte, já nemám čočku. My ji říkáme panenka. A doktoři říkají čočka. Já nemám čočku. Já jsem lezla na židli, vodevřu vokýnko vyklápěcí. Ne, to jsme měli takhle vodvírat. Chtěla jsem udělat průvan a vodvrchu se to nejlíp větrá, že jo. Že ty smrady vščky jsou nahoru. A takhle, myslím, že držadlo jsem měla bokem. A jak jsem vylezla nahoru, chytila se vokýnka, židli jsem shodila a já vokem přejela tu spodní kličku na vokně celou. No čočka rozštípaná, voko roztrhaný. Já nevím, jestli jsem šla k doktorce nebo jsem si zavolala doktora. Na mou duši nevím už.“

...V kolika letech? Tydle roky já jsem nezapisovala do hlavy. Bylo to už teda, byla jsem v důchodu. Už jsem byla v důchodu. A vo todle levý, vo todle levý mě připravila vočářka. “

Paní Zlata jednak zažila traumatickou událost a také si prošla léčením, se kterým neměla dobrou zkušenost, a tak ztratila důvěru v lékařské pracovníky. Její nedůvěru nejen v lékaře posiluje fakt, že „*nesnáší lež*“. Ztrátou zraku tak přišla rovněž o kontrolu nad mnoha situacemi jako je např. samostatný pohyb z místa na místo, přepočítání si peněz v obchodě. Paní Zlata se s touto skutečností vnitřně těžce vyrovnává, a tak za to, že přišla o zrak, dává vinu částečně i ostatním. „*Mně totiž začal růst šedý zákal. To mi řekla napoprvé. Přišla jsem podruhý, začly se mi rozmazávat písmenka. Přišla jsem a vona se uštěkla „no roste nám to, roste“.* A šla vode mě pryč, já zůstala sedět v křesle pod tou mašinou, čekám. Myslela jsem si, že pro něco šla. Povidám „*dyť ty sklíčka všecky to má tady po ruce*“. Kam by co šla hledat? Tak takdle uhnu hlavu trochu vpravo. Ona byla u tý druhý zdi. Jako kdyby tady přešla a ty dveře byly kousek dál jo. Šikmo přes ten roh takle koukám a ona si tam hladí ty svoje karty. Já povidám, „*ale paní doktorko, já mám rozmazaný písmenka*“. A vona už vztekle, „*no tak se podíváme, proč jsou rozmazaný*“. Přišla, koukla, no. „*Puklá sítnice, kam chcete poslat?*“

Zlata si spojuje aktivizační činnost s nějakou vykonávanou prací či činností, na které se podílí společně s více lidmi. Její aktuální zdravotní stav jí nedovoluje či pouze v omezené míře, účastnit se aktivit v zařízení. Je závislá na pomoci personálu, především s ohledem na samostatný pohyb, to znamená nutnost odvézt či zavést na vybranou aktivitu nebo pomoc se sebeobsluhou. Je omezena ztrátou zraku, kdy jí činí potíže nalézt např. osobní věci, které si někam uloží, najíst se. Většinu času leží na pokoji nebo sedí venku, kde ji pracovníci odvezou. Kvůli silným bolestem zad ji každý pohyb vysiluje. Rozlišuje „*ted*“, které si spojuje s aktuální bolestí, zhoršujícím se zdravotním stavem a také s tím, že již není sama soběstačná, ať už z hlediska samostatného pohybu či např. vykonávání hygieny, oblékání se. Zlata sama na sebe pohlíží poměrně negativně, z jejího pohledu lze sledovat jakousi nespravedlnost, kterou vnímá, že ona tu ještě „*straší*“. „*Ted tady jenom takle celý dny ležím. Nemám. Ani do tý jídelny nechodím sedat. ...Já jsem nemožná. Já tedka ležím takle na bok a ta lopatka mě tak bolí, pas mě bolí jo. Já jsem akorát do toho hrobu. Jé, já už jsem si to kolikrát přála. Když mi umřel ten vnuček, povidám. Matko Svatokopecká, Ježíšku na křížku, takovej kluk, 38 roků táta vod dvou dětí vodejde a já straším tady. Já straším tady. To člověk nemůže pochopit. To nemůže pochopit, že táta vod dvou dětí vodejde a já taková stará bába straším tady.*“

Pro Zlatu je velmi důležitá rodina, se kterou má silné pouto, především se svými dcerami, se kterými si pravidelně telefonuje. *„Kvalita života. Aby byl člověk zdravěj a byl schopnej, když potřebuje někdo pomoci, tak pomoci. Na to já jsem byla. ...Všecky děti mě snad maj rádi.“* Vzhledem ke vzdálenosti a finančním možnostem nemohou dcery paní Zlatu tak často navštěvovat, jak by chtěla. A tak čeká, až přijede dcera. Paní Zlata má potřebu po sobě něco zanechat, potřebu být užitečná. To vyjadřuje skrze věci, nábytek, který po ní zůstal dcerám. Potřebuje vědět, že nábytek je k užítku. Analogicky to lze chápat i tak, že i přesto, že tady *„straší“*, stále chce být Zlata něčím ku prospěchu, i když už není sama schopna bez pomoci druhých fungovat. *„Babičko, já mám tu tvoji krásnou stěnu. Babičko, já mám tu tvoji krásnou stěnu a mám pěkněj obýváček, víš. Mám taky gauč a mám kulatej stoleček a mám dvě křesílka. Ale mám tu krásnou tvoji stěnu. ...A jsem prej ráda i tomu tvýmu kuchyňskému koutu. Dycky mě napadaly takový blbý věci, až nebudu, co se s tím mým nábytkem stane, že to vyházej na chodník a rozmlátěj nějakou palicí a sekyrou. A oni sou dneska dvě holky šťastný.“* Kvalitu života si tak spojuje se stavem zdraví a schopností být druhým ku pomoci. Nepostradatelnou roli v životě Zlaty hraje také vědomí, že její dcery se mají dobře, že jsou spokojené.

Vědomí a fakt, že se paní Zlata nemůže momentálně sama pohybovat umocňuje také její rezignace, jakoby již pokusy, kdy to zkoušela, byly vyčerpány a ona se smířila s tím, že už *„to nejde“* a nebo už sama nechce. Také vztahy s nikým ze zařízení neudrzuje, jelikož se aktivit účastní sporadicky a tráví čas zejména na pokoji na lůžku, na oběd nechodí do společné místnosti. Občas jí chodí předčítat jeden z dobrovolníků na pokoj knihy. *„Já s nikým žádný vztahy tady nemám. Já, když jdu ven, tadydle udělám. Prvně jsem snad udělala asi dvě ty chodby vodsad' až na konec a zpátky až na konec. A jednou jsem jich udělala jeden den asi šestkrát, nahoru dolů, nahoru dolů, šestkrát. A teď zas ležím, nedělám. Teď jsem říkala, před nedělí povidám, v pondělí musím začít chodit. A dneska už je pátek zase, jéžíš.“*

I přes to, že paní Zlatu trápí momentální zdravotní stav, myšlenkami brouzdá v minulosti, kdy byla zdravá, jak se poznala s manželem a jak společně žili v bytě se dvěma dcerami. Vzpomíná na to dobré a potlačuje myšlenky na ty roky, které si nechce *„zapisovat do hlavy“*. *„Co člověk může dělat. Jakej je, takovej je. A snad se životem svým jsem spokojená. Manžela jsem měla hodnýho, chytrýho. Mám dvě dcery. Ty jsou taky chytrý, celkem. ...Co se dá dělat, holčičko. Vzpomíná člověk na ty lepší věci, no.“*

Tab. 13: Zlata – proces kódování: kódy přiřazené k případu R6S6.

Kód
Aktuální zdravotní stav
Pomoc od druhých

Aktivity v rámci zařízení
 Fyzické omezení
 Odkaz na to, co bylo – minulost
 Ztráta zraku
 Vina druhých
 Dobré rodinné vztahy
 Ulpívání na věcech
 Obava z budoucnosti
 Kontakt s rodinou
 Úmrtí příbuzných/rodiny
 Přátelé mimo zařízení
 Zaměstnání, práce
 Zdraví
 Aktuální zdravotní stav
 Neúčastní se z důvodu imobility
 Sebeobviňování
 Nesoběstačnost
 Omezení – zrak
 Kompenzační pomůcky
 Podpora – rodina
 Smíření
 Soběstačnost

Zdroj: Autor.



Obr. 12: Zlata – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat.

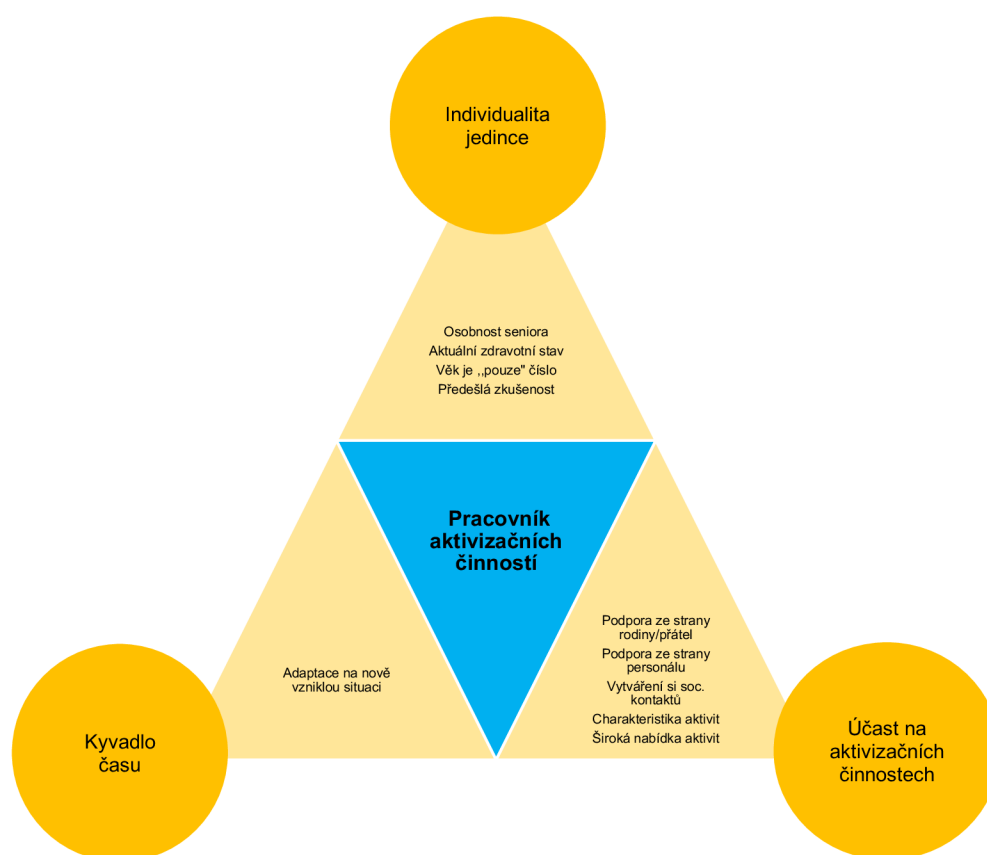
Zdroj: Autor.

5.3 Pracovníci aktivizačních činností

Na tomto místě pokračujeme v procesu analýzy a interpretace dat u sekundárního výzkumného souboru, kterým jsou pracovníci aktivizačních činností.

Byla rovněž identifikována 3 hlavní témata, a to "účast na aktivizačních činnostech", "individualita jedince" a "kyvadlo času". Obr. 13 nám znázorňuje dále sub-témata, jež jsou k hlavním tématům přiřazeny. Jejich interpretací se budeme dále zabývat v podkapitolách 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3. Na výše zmíněném obrázků lze, stejně jako u výsledků primárního souboru, jasně vidět akcent na provázanost všech témat. To znamená,

že na žádné téma se nelze dívat čistě jako na samostatnou a konečně danou jednotku bez ostatních souvislostí. Individualita seniora je z pohledu vybrané skupiny respondentů spojována zejména s osobností seniora. Každý člověk přistupuje rozdílně k životu a tomu, co prožívá. To je ovlivňováno jeho charakteristickými rysy osobnosti. Dále je to také zdravotní stav, který je nevyhnutelnou podmínkou k tomu, do jaké míry se senior bude podílet a angažovat v aktivitách. Důležitá je z pohledu pracovníků také podpora nejen z jejich strany, ale také ze strany rodiny. Akcent časových linek minulosti, přítomnosti či budoucnosti je pracovníky chápán především v ohledu na adaptační období seniora. To také souvisí se sub-tématem týkajícího se rodiny, která plní nezastupitelnou funkci v životě seniora.



Obr. 13: Hlavní témata a sub-témata vzniklá z analýzy dat sekundárního výzkumného souboru.
Zdroj: Autor.

Tab. 14 představuje souhrn všech vytvořených a přiřazených kódů k jednotlivým případům, které byly dále shlukovány v tematické celky a samotná témata (viz interpretace v podkapitolách 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3). Příklad R1P1 je přiřazen pracovníkovi 1, případ R2P2 pracovníkovi 2, přičemž bychom stejně mohli pokračovat analogicky dále. V interpretaci výsledků v rámci zachování anonymity všech účastníků nerozlišujeme mužského či ženského rodu. Vzhledem k výzkumným záměrům není takové kritérium

podstatné. Rovněž neuvádíme v rozhovorech názvy vybraných zařízení. Vzhledem k naplnění dílčích cílů nás zajímají postoje jednotlivých respondentů, nikoli srovnávání náplně a způsobu jejich práce.

Tab. 14: Pracovníci aktivizačních činností – proces kódování: kódy přiřazené k případům R1P1, R2P2, R3P3, R4P4, R5P5, R6P6.

	Kódy		
R1P1	Aktivity v rámci zařízení Práce s biografii Účastní se všeho Neúčastní se z důvodu imobility Mobilní, ale neúčastní se Odkaz na to, co bylo – minulost Aktivity před nástupem do zařízení Iniciativa ze strany personálu Individualita člověka Vysoká frekvence účasti Aktivita jako prevence Senior s vrozeným zrakovým postižením Senior se získaným zrakovým postižením Nevyrovnaní se se ztrátou zraku Zajištění ADL Naslouchání Změna z domácího prostředí Adaptace Pochvala Vyrovnaná skupina Motivace	R4P4	Individualita člověka Aktuální zdravotní stav Socializace v zařízení Přizpůsobení vykonávané činnosti Kontakt s rodinou Osobnost seniora Důraz na biografii seniora Podpora ze strany personálu Podpora seniora – být přítomen, vyslechnutí Prostorová orientace a samostatný pohyb Iniciativa ze strany personálu Domácí prostředí Podpora – rodina Důraz na rodinné vztahy Adaptace Aktivity před nástupem do zařízení Zapojení blízkých do aktivit Možnost volby Informovanost seniorů Soběstačnost Ztráta zraku – trest Změna prostředí Realita versus očekávání Důvěra v pracovníka Zajištění ADL Ztráta zraku Předešla zkušenost
R2P2	Aktivity v rámci zařízení Vysoká frekvence účasti Větší akce – skupinové Stereotyp vykonávané činnosti Otázka nadměrné aktivizace Velký výběr aktivit Stimulace prostředím Spolupráce rodiny/přátel Podpora – rodina Individualita člověka Adaptace Stagnace Osamělost Důvěra v pracovníka Prohlubování vztahu s personálem či ostatními lidmi v zařízení Délka pobytu Pomoc od druhých Prostorová orientace a samostatný pohyb Aktuální zdravotní stav Přizpůsobení vykonávané činnosti Motivace Podpora – soběstačnost	R5P5	Aktuální zdravotní stav Dobrovolnost účasti Pohybové aktivity Socializace v zařízení Vzájemná interakce Motivace Podpora ze strany personálu Individualita člověka Iniciativa ze strany personálu Podpora seniora – být přítomen, vyslechnutí Zajištění ADL Ztráta zraku Nevyrovnaní se se ztrátou zraku Podpora – rodina Omezený/žádny kontakt Odkaz na to, co bylo – minulost Domácí prostředí Adaptace Změna z domácího prostředí Předešla zkušenost Ztráta zraku – trest Sebeobviňování se

			Prostorová orientace a samostatný pohyb Strava
R3P3	Důraz na biografii seniora Individualita člověka Zkušenost Strach z neúspěchu Informovanost seniorů Obava z budoucnosti Socializace v zařízení Vzájemná interakce Socializace mimo zařízení Změna prostředí Adaptace Nevyrovnání se se ztrátou zraku Velký výběr aktivit Otázka nadměrné aktivizace Dobrovolnost účasti Iniciativa ze strany personálu Dodržování rituálů Přirozené prostředí Možnost volby Podpora – rodina Spolupráce rodiny/přátel Zapojení blízkých do aktivit Být užitečný Ztráta zraku Ztráta soběstačnosti Fyziologické stárnutí organismu Prevence Zhoršení zdravotního stavu Nesoběstačnost Podpora ze strany personálu Podpora seniora – být přítomen, vyslechnutí Aktivity před nástupem do zařízení Motivace Vcítění se do člověka – empatie	R6P6	Aktivity v rámci zařízení Adaptace Ztráta zraku Aktuální zdravotní stav Účastní se všeho Strava Motivace Socializace mimo zařízení Socializace v zařízení Strach z neúspěchu Pohybové aktivity Individualita člověka Iniciativa ze strany personálu Informovanost seniorů Otázka nadměrné aktivizace Velký výběr aktivit Senior se získaným zrakovým postižením Stagnace Změna z domácího prostředí Pomoc od druhých Prostorová orientace a samostatný pohyb Podpora – rodina Domácí prostředí Zhoršení zdravotního stavu Podpora seniora – být přítomen, vyslechnutí Neúčastní se z důvodů imobility Přízpůsobení vykonávané činnosti Stereotyp vykonávané činnosti

Zdroj: Autor.

V následujícím textu se již podrobně zaměříme na interpretaci témat a jejich sub-témat.

5.3.1 Účast na aktivizačních činnostech

V hlavní oblasti "účast na aktivizačních činnostech" bylo v procesu analýzy identifikováno 5 sub-témat a to: "vytváření si sociálních kontaktů", "podpora ze strany personálu", "podpora ze strany rodiny", "charakteristika aktivit", "široká nabídka aktivit".

Sub-téma 1: Vytváření si sociálních kontaktů. Dle pohledu pracovníků si senioři v rámci účasti na aktivitách vytvářejí nové sociální kontakty nebo prohlubují již vzniklá přátelství. Prospěšné jsou pro seniory aktivity pořádané jak uvnitř, tak vně zařízení. Pro seniora to tak může znamenat změnu prostředí z hlediska stereotypu a již zaužívané denní rutiny. Senior má možnost potkat své vrstevníky, se kterými se může dělit o podobné strasti

a slasti jeho života, navazovat nová přátelství a utužovat ta stará. Také je to příležitost poznat více lidí žijících v daném zařízení, kdy senior nemá takovou možnost, ať už z důvodu jeho zdravotního stavu či stereotypu návštěvnosti určitých aktivit, ostatní potkat a seznámit se.

Pracovník 3: „*Ale to samý je i grilování, to je taky jedna věc, kde chodí lidi rádi už jen proto, že si tam poslechnou hudbu. Že nám tam vlastně hraje třeba nějaká kapela a do toho si dají dobré jídlo, lidé se o ně postarají a setkávají se tam. Takže to je v podstatě taky taková aktivita důležitá pro ně. Výlety, hodně výlety. Je to tak, že se někam podívají a není to o tom, že by to kontrolovali zrakem.*“

Neodmyslitelně s návštěvností určitých aktivit souvisí také motivace skrze nějaký atraktivní podnět, kterým je pro seniory např. občerstvení. Je to přidaná hodnota ke vzájemné interakci mezi lidmi a prováděnými činnostmi či vůbec samotné participace, ať už aktivní nebo pasivní.

Pracovník 5: „*Oni si tam třeba dělají korálky, trhají si ten vatelín a oni k tomu dostanou kafičko a nějakéj oplateček. To oni si prostě tak jako užívají. Oni tam vlastně jdou hlavně kvůli tomu jo, a povídají si mezi sebou. Že si povykládají, no.*“

Mimo motivaci daného občerstvení hovoří pracovník 6 také o propojenosti aktivit skrze životní příběh každého seniora. Tím lze chápat např. to, že když byl senior zvyklý pracovat celý život na zahrádce a tato práce ho těšila, pravděpodobně mu bude podobný typ aktivity v zařízení bližší. Avšak životní příběh, chceme-li obecně biografie seniora, je neodlučitelnou jednotkou, se kterou je třeba počítat skrze všechna vzniklá témata či podtémata.

Pracovník 6: „*A ono to hodně souvisí i samozřejmě s občerstvením. Jo, tak to je magnet a tam to, prostě asi je to všude, i v domovech pro seniory, kde nabídnete občerstvení nebo kde to souvisí třeba i ty práce, vaření, tak ta praktická výuka, výchova, tak tam samozřejmě, tam je to táhne. ...Tak tam byl taky velkým lákadlem zaprvé to, že se setkají s ostatními nevidícíma mimo zařízení, s kamarády třeba ze školy, ale hlavně, že tam je občerstvení. Že tam můžou být u toho kafička, u té bagety, popovídat si atd.*“

Sub-téma 2: Podpora ze strany personálu. V první řadě se v rámci podpory pracovníci snaží zajistit nebo také ulehčit seniorům zvládání běžných činností. Ať už se to týká např. oblékání, přesunu z místa na místo, osobní hygieny. Avšak i tak je třeba dbát především na zachování co nejvyšší soběstačnosti daného seniora. Pokud je stále schopen, ať už v jakékoli míře vykonávat takové aktivity, je potřeba mu to umožnit.

Pracovník 2: „*Jenom fakt, že se snažíme, aby byli co nejvíc samostatní. Že neděláme věci za ně. Že se snažíme, aby se co nejděle sami oblékli, sami si nachystali oblečení a když to*

jde, tak učíme ty trasy, podle těch bodů, že si nahmatají číslo pokoje. Nebo většinou máme na stěnách alarmy, takže si dají na záda ten alarm a ví, že musí jít přímo rovně a tam narazí na další body. Takže se prostě snažíme co nejvíc zachovat ten jejich život a i to, na co byli zvyklí, když to jde v rámci tohoto domova. “

Mimo podporu při denních či instrumentálních aktivitách pracovníci kladou důraz také na osobní stránku každého člověka. Tuto osobní rovinu lze chápat jak směrem k seniorovi, tak směrem k pracovníkovi. U seniora se jedná především o respekt, úctu k člověku jako takovému s jeho individualitou a jedinečnou životní zkušeností. Taková zkušenost, ať už se ztrátou zraku či životem samotným, se promítá nejen do možné nabídky aktivit daného zařízení, ale také k přizpůsobení vykonávaných činností. Vzhledem k pracovníkovi se jedná spíše o jeho kompetence v pomáhajících profesích, mezi které můžeme dle analýzy zařadit především empatii, ale také všepromikající znalost aspoň malé části životního příběhu seniora.

Pracovník 5: *„Co nejvíc potřebují je, když se jim někdo věnuje a povídá s nima. Nebo potažmo poslouchá. Jo, jsou lidi, kteří potřebují malinko jako kdyby, u někoho je potřeba zavést rozhovor. To je pro toho pracovníka těžší a musí vědět, čemu se vyhnout nebo co ten člověk má rád, trošičku ho znát. A pak jsou zase někteří, co potřebují předávat zkušenosti. Takový to, co zažili, třeba i nějaký bolesti povídat, jak to měli těžký.“*

Pracovníci mohou seniora podpořit tedy nejen skrze jejich fyzickou pomoc, ale také skrze jejich fyzickou přítomnost. To znamená schopnost být tu pro člověka ve chvíli, kdy to potřebuje, schopnost vyslechnout, naslouchat mu, být přítomen. Nejedná se však o „jednostranný obchod“. Pracovník 3 považuje poskytnutí podpory, přítomnosti jako obohacení obou stran. Zde již empatie, vcítění se do člověka, nabírá vyšší význam. Tedy ne vcítění se ve smyslu naslouchání, vyslechnutí, ale také pochopení a přiblížení situace seniora z komplexnějšího hlediska jeho jedinečnosti.

Pracovník 3: *„Je to jako náročný povolání, protože vy se snažíte, aby ten člověk byl psychicky v pohodě, aby odešel v klidu. Proto vlastně jsou pro ně, nebo my jsme pro ně důležitý. A samozřejmě oni nás taky učí spoustu věcí. Ale jenom to, že podržíte tu ruku a ona už cítí, v jaký poloze je, to je důležitý. ...Ale myslím si, že není vůbec špatný vyzkoušet si, jak ten člověk se jakoby v těch situacích cítí. Že my třeba děláme to, že dáváme studentům klapky, modelují s náma nebo třeba něco výtvarně tvoří, nebo se účastní nějaký prostorový orientace, nebo třeba se jen najíst, napít. Já dělávám třeba v jiných zařízeních a kolegyně se sem přišly podívat, tak samozřejmě jsem toho hned zneužil/a a hned jsem jim dal/a klapky a v podstatě hned říkaly, že si člověk nedokáže představit, co ten člověk s postižením prožívá.“*

A v podstatě, když si jako nasčítáte všechny ty okolnosti. To, že je člověk přesunut do nějakého zařízení, že ztratí zrak, zhorší se mu zrak, zhorší se mu mobilita, jak se může cejit. Teprve potom člověk pochopí no.“

Sub-téma 3: Podpora ze strany rodiny/přátel. Takovýto typ podpory je dle výpovědí pracovníků jeden z klíčových. Podporu rodiny, potažmo přátel, můžeme sledovat v několika rovinách. Pokud budeme vycházet od samotného přechodu seniora z domácího prostředí do prostředí zařízení, jedná se o rovinu adaptační. Tedy senior si postupně musí zvyknout na nové, jemu cizí prostředí, na nový režim, nové lidi. Podporu lze ze strany rodiny chápat především z psychologického hlediska. Podporu jakožto zachování si pomyslného mostu mezi tím, co senior celý život znal a tím novým, co teprve musí poznat a přizpůsobit se tomu. Takový proces adaptace se často neobejde bez vedlejších účinků v podobě deprese, smutku, stagnace či pocitů křivdy apod.

Pracovník 6: „*Protože samozřejmě určitá izolace tady je. Je to pro ně takovej ten adaptační náraz, nejsme zařízení nemocničního typu. Ale ze začátku v tom v podstatě není moc rozdíl. Než se tady integrují do nějaké komunity lidí, najdou si někoho, s kým si sednou nebo tak. Třeba i na pokojích to nefunguje ze začátku, když bývají po dvou. Takže ta podpora rodiny je velice důležitá a myslím, že nám funguje. To jako jsme schopni zajistit, zprostředkovat, režimově to tady není vůbec problém. ...Spíš nás mrzí, když ta podpora není, když toho dotyčného ustríhnou nebo se ho chtějí zbavit tady v náš prospěch, tak potom je to dvojnásob dopad špatnej pro toho dotyčného – nový prostředí a ještě zjištění, že vlastně ta rodina nějak jako nemá zájem.*“

Pracovník 2: „*Já si myslím, že je hodně důležitá podpora rodiny. Protože když sem přijdou, oni se často cítí i osaměle, že je prostě rodina sem šoupane a už je nechce mít doma a je super, když rodina chodí a zajímají se o ně. I když přijdou přátelé z venku, že je to pro jejich psychickou stránku hodně důležité.*“

Vše má ovšem svůj rub a líc. Tedy ne, že je podpora rodiny důležitá pouze pro seniora samotného, ale rodinní příslušníci rovněž potřebují vědět, že je o seniora dobře postaráno.

Pracovník 3: „*Ale myslím si, že na druhou stranu, že i pro ně je to důležitý, pro tu rodinu. Oni potřebují vědět, že se ten člověk tady má strašně dobře nebo že je spokojený, že mu nic nechybí. A pak je dobrá ta spolupráce. Samozřejmě jsou rodiny, který vlastně vám trochu hážou tu tendenci, tu zodpovědnost na vás. Ale většina těch rodin spolupracuje, účastní se třeba těch aktivit, jdou se podívat, to je pro ty lidi tady vevnitř strašně důležitý, že o to mají zájem.*“

Podpora ze strany rodiny, potažmo přátel, nejčastěji plyne z návštěv seniora v zařízení. Pracovníci jako důležité také pokládají zapojení rodiny ať už do vykonávaných aktivit či života seniora v daném prostředí. To je dle pracovníků umožněno např. časově vymezeným pobytem seniora zpět u své rodiny či pobytem rodiny u seniora.

Pracovník 4: „*Naši uživatelé, pokud můžou, pokud to jde, jezdí na dovolenou k rodině. To je docela důležité. A vždycky při nástupu nového uživatele, to připomínám, že samozřejmě tato možnost tady je a mívali jsme i, že někoho ze vzdálených příbuzných můžeme i ubytovat. Takže to je pro ně docela důležité. Někomu třeba malinko závidí ve smyslu ta jede a já nejedu. A to už tak jako kdyby v životě je, že někdo to má lepší a někdo horší. Co je důležité, že třeba ti starší lidi mají komu volat. Že mají tu rodinu, pokud teda mají. Jsou i výjimky, že nemají komu. Ale takových moc není. Ale je to důležité. I to zapojení do nějakých třeba vyřizování a osobních záležitostí, tak vždycky se ptám, jestli se nechtějí jako účastnit. Ne že bych se tomu chtěl/a vyhnout, ale oni mají sami radost, že vnuk, vnučka třeba se zajímá o něco, že něco řeší, takže je to takový příjemnější.*“

Pracovník 5: „*Protože už tím, že oni třeba jsou tady, nechci říct zavření, oni nejsou zavření, ale ta rodina třeba nemá možnost se o ně starat, tak je sem dá. A jako tam vidíte, když přijdou na tu návštěvu nebo si je třeba vezmou na dovolenou, tak jsou strašně šťastní. Tam jako ta rodina si myslím, že hraje teda velkou roli.*“

Pokračujeme dále v myšlence, že každá mince má svou stranu. Pochopitelně existují i takoví senioři, kteří z osobních či neosobních důvodů nemají zájem udržovat kontakt s rodinou. O to více si mohou vážit vazeb, které si vytváří v novém prostředí a považovat je tak za „novou“ rodinu. A naopak samotná rodina může zpřetrhat vazby se seniorem počínaje jeho nástupem do nového prostředí.

Pracovník 4: „*Ale máme i takové klienty, kteří nechtějí udržovat kontakt s rodinou, ale to jsou spíš mladší a není jich moc. Jo. Ale většinou, když jsou takový jako výjimky, ale měli jsme i seniora, který v podstatě po nějakém jako konfliktu v rodině odmítal vůbec jako vidět svoje potomky a měl ale přítelkyni, zase jako kamarádku. Takže vždycky tam někdo je. Většinou tam někdo je.*“

Pracovník 5: „*A to bylo zas, jestli ať rodina jeví zájem nebo ne. Jo. Máme tady třeba pár takových lidiček, kteří třeba mají tu dceru nebo to, ale protože asi jim zřejmě nějak ublížili nebo to, tak ty děcka o ně nejeví zájem a vůbec se nestýkají. Takže jako i takoví tady jsou.*“

Sub-téma 4: Charakteristika aktivit. Účast na aktivitách pochopitelně ovlivňuje mnoho faktorů. Jak uvádí pracovník 1, může to být např. dobrovolnost účasti či možnost volby.

Pracovník 1: „Aspoň já sám/a za sebe bych je nikdy k ničemu nenutil/a. Samozřejmě ano, můžu říct pojdte, je to hezký, určitě se vám to bude líbit. Někdy je to takový, že se jim nechce a nakonec řeknou, tak jako jo, já jdu, ale jsou takoví rozmrzeli. Tak ve finále, když odjedou z aktivity, řeknou, že to bylo výborný.“

Účast může ovlivňovat také fakt, zda se jedná o aktivity pouze jeden na jednoho či v rámci celé skupiny. Výhody individuálních aktivit lze spatřovat právě v individualitě, kdy má pracovník možnost věnovat se do hloubky jednomu jedinci. Tím se může prohlubovat právě vztah daného pracovníka a seniora. Na druhou stranu častokrát k individuálním aktivitám nemusí docházet z hlediska časového vyčerpání personálu, ale z důvodu povahy seniora a jeho osobních preferencí. U aktivit, kde se účastní více jedinců dohromady, lze najít pozitiva především v socializaci, interakci mezi účastníky, předávání si svých zkušeností nebo takové pozitivní skupinové motivace a dynamiky. Neopomenutelnou vlastností aktivit je i radost či potěšení z vykonávané činnosti, kterou si pracovník 1 spojuje s prevencí. Motivaci k dané aktivitě si spojuje rovněž s pochvalou, která hraje při výkonu či účasti velkou roli.

Pracovník 1: „Ať už individuální, to se na to těšej a ať už i nějaký společný. Takže samozřejmě je to určitý, dá se říct, druh nějaký prevence možná. ...Takhle, co se týká tý trénování paměti, ty křížovky, je dobrý si tam vzít, když děláte s vícero lidma, aby byli zhruba na stejný úrovni, případně oni maj tendenci se překřikovat. Takže jmenovat a teď bude odpovídat ten, takže je to trošku takový jako ve školce, no. Ale ne, záleží na tom, koho si tam vezmete, jinak úžasný.“

Pracovník 3 zdůrazňuje praktickou každodennost aktivit, která v sobě ukrývá spojení toho, co senior znal, jakým životem žil. Tedy navázání na to, co bylo a co je nyní.

Pracovník 3: „Já myslím, že v současné době je ta kvalita vysoká. Opravdu, lidi žijí běžným životem. A když jsou schopní, tak dokonce vychází ven a žijí úplně normální život. Pokud už to nejde, tak žijí sice tady, ale je jim zprostředkováno dostat se ven, dostat se mezi lidi.“

Také vědomí seniora, zda bude v dané aktivitě úspěšný, může ovlivnit to, zda se do ní zapojí. Tedy úspěšnost může být předpokladem účasti.

Pracovník 6: „Tak možná aktivity spojený s větší fyzickou námahou. To si myslím, že by tak mohlo být. Nevím, co je tak odrazujícím faktorem tady těch aktivit. Možná jako neúspěch, pokud si nejsou jisti, že by v tom byli dobří, že by mohli být negativně hodnoceni. Možná to, no. Oni pokud mají osvědčený, pokud jezdí pořád na ty stejný nebo chodí na stejný aktivity, tak tam jsou si jistí, to je baví. Tam nemají problém. Možná nové aktivity spíš jako opatrně zkoušej.“

Sub-téma 5: Široká nabídka aktivit. Většina pracovníků se shoduje, že senior má na výběr z široké škály činností. Pracovníci si takovou nabídku vztahují jednak na aktivizační činnosti, zájmové či volnočasové činnosti, ale rovněž na denní aktivity seniora během celého jeho dne.

Pracovník 3: „*Nicméně těch aktivit je tady až moc, ale zase není to tak špatný v tom, že člověk si musí vybrat. Není to tak, že člověk musí chodit, je to na jeho uvážení, jak to je.*“

Pracovník 2: „*Já si myslím, že je to tady dostatečně, někdy bysme mohli i někde ubrat. Někdy mi přijde, že je to na klienty třeba i hodně, že třeba mají nějaký dvě až tři aktivity za den, že jsou i oni z toho unavený. Mají pořad co dělat, že je toho dost.*“

Otázkou se stává rovněž nadměrná aktivizace či příliš vysoká podpora ze strany personálu. Jak jsme výše zmiňovali, cílem pracovníků je podporovat co nejvyšší samostatnost, soběstačnost seniorů. Tedy tzv. „*přepečování*“ se stává podnětem pro diskusi.

Pracovník 6: „*Já si myslím, že naše nabídka je celkem zajímavá. Že si každé přijde na své. Nevím, jak tohle seriózně zhodnotit, jestli je to dostačující nebo ne. Tady je spíš otázkou. Pořád řešíme míru podpory, jestli je nezbytná nebo jestli přepečujeme.*“

5.3.2 Individualita jedince

Jako druhé hlavní téma z procesu analýzy vyplynula "individualita jedince". Individualita každého člověka ovlivňuje vše, co prožívá, jak žije, jak žil. Tedy individualitu jako takovou v podstatě nelze oddělit od žádného hlavního tématu. Individualita se promítá jak do účasti na aktivizačních činnostech, tak do výběru a provádění aktivit. Člověk jako individuum prožívá situace s jedinečností mu vlastní. Do tohoto tématu jsme zařadili všepromikající sub-téma "osobnost seniora", dále "aktuální zdravotní stav", "věk je „pouze“ číslo" a "předešlá zkušenost".

Sub-téma 6: Osobnost seniora. Každá lidská bytost je jedinečná, každý má odlišnou povahu. Nelze tedy zcela zobecňovat, jaké charakteristiky osobnosti seniora určují, zda a do jaké míry se podílí na nabízených aktivitách a běžných činnostech. Co je však nezpochybnitelné je právě preference určitých aktivit na základě povahy člověka.

Pracovník 3: „*Když je to šitý na míru, třeba když se podíváte na ty aktivity, tak je to vlastně o tom, co ten člověk si vyzkouší, jestli mu to jde, jestli ho to nějak naplňuje, takže jako jo. Asi takhle. Vždycky je to o individualitě člověka. Někdo to chce, někdo to nechce, někdo chce psy, někdo psy nemá rád. Není třeba kontaktní. Takže vždycky to je o té individualitě, ale*

podíli se svými schopnostmi a možnostmi, na co stačí a co je naplňuje. To je vždycky pro ně důležitý, jestli jsou ochotní to vyzkoušet, jo.“

Pracovník 4: *„Jo, tam už jenom bych řekl/a povahový nějaký rysy, kdy ten člověk chce být ve společnosti nějakých dalších lidí, je mu tam třeba dobře, sedne mu ten kolektiv.“*

Sub-téma: Aktuální zdravotní stav. Aktuální zdravotní stav je v podstatě alfou a omegou všeho. Aktuální proto, jelikož u takto vymezené věkové skupiny seniorů se zdravotní stav, ať už z fyzického či psychického hlediska, může náhle zhoršit, může progredovat, a proto je třeba vycházet právě z toho, co nyní je, na co mohou pracovníci v tu danou chvíli navázat.

Pracovník 4: *„Záleží, kdo co potřebuje. Záleží na jejich zdravotním stavu, na té jako kdyby kondici fyzické a o jakou aktivitu se jedná. Takže když je to třeba, nevím, nějaký koncert nebo něco na ten způsob, společenská akce. ...A když ti senioři zvládnou nějakým způsobem aspoň být na tom vozíku pro invalidy a usedí to nebo aspoň na chvíli tam chtějí jít, tak jdou. Řekl/a bych, že senioři jsou poměrně dost aktivní a část našich uživatelů, a rádi, opravdu využívají spíš ty společenské akce, poslechovou terapii.“*

Zdravotní stav se snoubí ruku v ruce s osobností člověka. Každý má jiné preference a je jinak založený. To také souvisí s tím, na co byl dříve člověk zvyklý, jakým životem žil. Zda byl aktivní či byl více pasivně založen. Žádnou složku nelze jen tak oddělit, aniž bychom nebrali ohled na jiné faktory, které ovlivňují daného jedince.

Pracovník 6: *„To je charakter, on je prostě tak založený. On má svoje rituály a nechce být rušen. No a není jako jediný jo. Vlastně pak mají postižení, které je nějak až tak nelimitují, že by se nemohli účastnit těch aktivit. Samozřejmě to zrakový je vždycky dominantní, ale domítit je nebo je motivovat k tomu, aby vůbec neleželi celý den na pokoji.“*

Sub-téma: Věk je „pouze“ číslo. Pracovník 4 ze svých zkušeností vnímá věk seniora jako „pouze číslo“. Jedná se o takovou jednotku, která určuje pouze kalendářní věk daného člověka, avšak o jeho schopnostech a možnostech nám dále nic nevypovídá. Záleží na individualitě jedince, jaký má přístup k životu, jak se staví k překážkám, jak se dokáže přizpůsobit.

Pracovník 4: *„A ono to vůbec jako nezáleží na věku. Máme tam uživatele, kteří buď jsou mladší a mají více zdravotních problémů chronických. Anebo prostě jsou takoví, jakože neaktivní. Jsou prostě sami v pokoji a nechtějí nic, všechno odmítají. I takoví jsou a jsou mladší. Zatímco může senior, který už nemůže a nechce a na druhou stranu tak nějak už jako i z hodně důvodů a vůbec anebo třeba psychicky to už jako kdyby nedává. A na druhou stranu může být senior, 87 let tam máme pána, ten má prostě mobilní telefon, má počítač, chodí s*

chodítkem sám jo, snaží se po chodbě procvičovat chůzi. Je v kontaktu s rodinou, jo je to takový jako pěkný.“

Sub-téma: Předešlá zkušenost. Jak už jsme naznačovali výše, osobní přístup se také odvíjí od toho, co daný senior prožil. V jakém prostředí žil, zda měl rodinu, partnera, děti, jaké vykonával povolání a především, zda jej dané povolání naplňovalo, zda jej těšilo. Vše ovlivňuje předešlá zkušenost, životní příběh daného jedince.

Pracovník 4: *„Je to opravdu na povaze člověka, ale i na těch jeho zkušenostech v životě, co prožil. Jak moc musel v životě třeba bojovat.“*

5.3.3 Kyvadlo času

Poslední hlavní téma jsme nazvali jako "kyvadlo času". V rámci hlavního tématu jsme identifikovali stěžejní sub-téma s názvem "adaptace na nově vzniklou situaci". Nejen proto, že je stáří obecně charakterizováno věkově stupňující se hranicí, ale také z toho důvodu, že ono pomyslné kyvadlo nám představuje bilanci, ve které se senior se zrakovým postižením nachází. Vzhledem k našim výzkumným záměrům se jedná zejména o přechod z domácího, přirozeného prostředí do prostředí domova, zařízení, které je pro člověka cizí. Senior se tak musí přizpůsobit danému prostředí. To však není jediné. Senior se také musí adaptovat na nově vzniklou situaci, kdy sám často bilancuje nad svým životem ve smyslu: Co komu udělal, že skončil právě tady? Také bilanci ve smyslu ztráty zraku a přizpůsobení se této situaci, respektive nové role seniora se získaným zrakovým postižením. To sebou nese pochopitelně nové výzvy, které se před člověka staví. To vše je opět protkáno biografií každého jedince, jeho životním příběhem.

Sub-téma 7: Adaptace na nově vzniklou situaci. O adaptaci lze hovořit směrem ke změně místa pobytu. Tedy změny z domácího prostředí na prostředí daného zařízení. Dále lze adaptaci chápat jako přizpůsobení se ztrátě zraku a zároveň přizpůsobení všech činností, které již senior nemůže vykonávat způsobem, na který byl většinu svého života zvyklý.

Adaptace seniora na změnu prostředí vyplývá primárně z poznávání nového prostředí zařízení a zejména z odloučení od lidí, rodiny, se kterými byl senior v úzkém kontaktu, potažmo se kterými žil. Zde přichází na řadu často výčitky vůči rodině, která seniora do zařízení dala. Proto je dle pracovníků důležitá adaptační fáze, která by měla být pozvolná, aby měl senior dostatečný prostor poznat nové prostředí a postupně se přizpůsobit ztrátě zraku. Ovšem k úplné adaptaci nemusí dojít ani po letech v zařízení, kdy se senior stále nemusí cítit „jako doma“. Rodinné zázemí, to „doma“ zůstává primárně opravdu v rodině.

Pracovník 4: „*A myslím si, že pro lidi, kteří prožili běžný život, s rodinou, s dětma, prací a tak, je nejhorší opravdu, že skončí takhle mezi cizími lidmi, v zařízení. A ono ani kdyby tam nebylo tolik lidí, to je jedno. Prostě, že nemůžou dožít doma. Jo, ale to je hold teďka taková generace, kdy to prostě nejde. Někdy mají pocit takové jako křivdy, že to nedopadlo tak, jak si třeba zaslouhují. ...Ale jinak zvlášť pro seniory je rodina na prvním místě. Protože i když se tam přistěhují nebo v podstatě nastoupí do toho zařízení a jsou tam dva, tři, čtyři roky, najednou zjistím, že ten člověk už je tam pět let a mně to nepřijde. A ten uživatel si tam pořád připadá jako ne doma.*“

Pracovník 5: „*Tak někdo sem třeba ani nechtěl, ale rodina ho sem musela dát, tak spíš tady z tohoto, že by byli radši doma.*“

Pracovník 2 dodává, že záleží na osobnosti člověka, která dovolí jedinci se více či méně na nově vzniklé podmínky přizpůsobit:

Pracovník 2: „*Že se cítí osaměle, že je tady rodina nechce, že je nemají rádi a že je chtěli někam šoupnout, takže se setkáváme i s tím. To je zase podle povahy člověka, že někdo to nějak vezme a vezme i ten život tady a nějak se s tím sžije a některý to třeba trápí hodně a jde to i poznat na jejich chování, že stagnují, nechtějí nic, jen ležet v posteli a nic nedělat. Tak to potom jsou ty těžší případy.*“

Zhoršující se zdravotní stav může být dalším faktorem, kdy se senior není schopen přizpůsobit na něco dalšího, co např. nečekal nebo to neočekával právě v tu danou chvíli. Když se seskupí takových faktorů více, může docházet ke stagnaci jedince cokoli vykonávat, sebelítosti, vzteku, který si kompenzuje paradoxně na lidech, kteří o něj pečují. Jelikož právě s péčí personálu o seniora je jedinec konfrontován nevratně s tím, že již není schopen se sám o sebe postarat, sám se někam dopravit, dojít bez cizí pomoci atd.

Pracovník 6: „*A zejména teda v té první fázi, v té adaptační, když nastoupí. Potom třeba, ale to už v pozdější době, ale pak už to třeba souvisí s dalším zdravotním stavem, zhoršením a třeba i nějakou psychickou poruchou.*“

Pracovník 3: „*A dokonce bych řekl/a, že to je skupina riziková, kde samozřejmě je problém třeba se sebevraždností, jo. Takže to si myslím. Ale je to ošetřeno tím, že tady jsou dva psychoterapeuti, takže ti na tom pracují, a proto je tady i ta adaptační fáze, v té adaptační skupině, to si myslím, že je nesmírně důležitý a samozřejmě jsou tady deprese a je to tak, že člověk, když ztratí zrak v průběhu života, tak je to pro toho člověka strašně těžký a obzvláště, že když ví, že už není soběstačný a že musí jít do nějakého zařízení. Takže samozřejmě ty začátky mohou být těžký. Anebo se třeba stává, že v průběhu toho pobytu tady se stane to, že ten člověk se zhorší. Najednou zjistí, že nemůže chodit, že ho strašně něco bolí, nebo že mu*

odešly ruce. Nebo, že se mu ten zrak natolik zhoršil, že není schopen se sám o sebe postarat a potřebuje pomoc druhých. To je pro ně těžký.“

5.4 Diskuze

Dříve než se budeme zabývat diskuzí klíčových témat kvalitativní analýzy a interpretace dat, zaměříme se na stanovenou výzkumnou otázku disertační práce. V úvodu praktické části jsme se ptali: Jak přemýšlí senioři se zrakovým postižením o aktivizačních činnostech a kvalitě jejich života? Jednotlivé výpovědi seniorů výše v textu dopodrobna odpovídají na naši otázku. Např. pan Kristián přemýšlí o výše uvedeném v kontextu starosti nebo také pomoci tomu druhému. V jeho vnímání prostupuje časová linka minulosti i přítomnosti, která se akcentuje ve smíření s tím, co bylo a s tím, co je: *„Já si myslím, že se jeden o druhého stará nebo o někoho. ...To, co prožívám momentálně. ...Tak jak žiju, tak jak jsem se narodil, tak takovej jsem.“* Paní Alžběta svou pozornost obrací především ke svému zdraví a schopnosti se sama o sebe postarat: *„Především možnost zúčastňovat se různých činností ve prospěch mého zdraví anebo mého stavu spokojenosti. ...Tak, pro mě v 90 letech to znamená soběstačnost v první řadě. V takových věcech jako je oblékání, hygiena, jídlo.“* Nebo také uvádíme pro srovnání pohled paní Zlaty, která má potřebu být užitečná, také ve smyslu něco po sobě zanechat. Úryvek z rozhovoru s paní Zlatou: *„Aby byl člověk zdravěj a byl schopnej, když potřebuje někdo pomoct, tak pomoct. ...Dycky mě napadaly blbý věci, až nebudu, co se s tím mým nábytkem stane, že to vyházej na chodník a rozmlátěj nějakou palicí a sekyrou. A oni jsou dneska dvě holky šťastný.“* Více odkazujeme na text výše. Od detailních výpovědí jednotlivců se dále posuneme k tématům, která s výzkumnou otázkou úzce souvisejí.

Z analýzy rozhovorů u obou skupin respondentů jsme identifikovali 3 hlavní témata a to: "účast na aktivizačních činnostech", "individualita jedince" a "kyvadlo času". V rámci hlavních témat vznikla další dílčí sub-témata.

U hlavního tématu "účast na aktivizačních činnostech" lze vysledovat propojenost sub-témat u obou skupin. Především je to zdravotní stav seniora, který je zásadní jak z pohledu vnímání jeho zdraví, tak podpory příslušného pracovníka. Zdravotní stav v jeho komplexním měřítku ovlivňuje veškeré fungování seniora. Podpora pracovníků je směřována zejména v zajištění pomoci při běžných denních aktivitách. Pracovníci vyprávěli, že nejdůležitější je seniora někam zavést, dopravit, jelikož mobilita většiny seniorů (míněno z hlediska naší cílové skupiny) je již do jisté míry omezena. To souvisí také se získaným zrakovým postižením, kdy senior často není schopen nebo se již nechce naučit nové trasy, které jsou pro jeho denní fungování potřeba (např. pohyb z pokoje do jídelny).

Senioři také z důvodu ztráty jejich soběstačnosti a samostatnosti mohou stagnovat a motivace pracovníků či vnitřní motivace seniorů k jakékoli činnosti je o to náročnější.

Dalším společným rysem z pohledu obou skupin respondentů je vytváření si sociálních kontaktů během podílení se na aktivizačních činnostech. Z pohledu seniorů či pracovníků jsou velmi oblíbené společné aktivity jako je např. poslech hudby. Také již zmíněnou motivací je z pohledu pracovníků nabídnutá strava, občerstvení. Naopak seniorům více záleží na tom, zda je aktivita smysluplná, zda je poji nějakým způsobem k tomu, co dříve dělali rádi a zda skrze aktivitu mohou něco získat. Získat ve smyslu být k užitku, ať už zachování stávajícího zdravotního stavu a předcházení progresu či užitku ve smyslu potěšení z činnosti, radosti z ní. To souvisí také s charakterem vykonávaných aktivit, které by dle seniorů měly být smysluplné, propojené s činnostmi jim blízkými a něčím užitečné. Pracovníci uváděli více charakteristik jako je např. praktická každodennost, motivace, možnost volby, dobrovolnost. Také Janečková, Kalvach a Holmerová (2004) uvádí, že by aktivity měly co nejvíce připomínat činnosti, které senior během jeho života vykonával. Otázkou zůstává rovněž motivace seniorů, kteří buď nechtějí, nebo se nemohou podílet na činnostech z důvodu např. jejich imobility. S tím souvisí také otázka nadměrné nebo nedostatečné aktivace.

Rovněž podporu v účasti na aktivitách vnímaly obě skupiny velmi podobně. Senioři v rámci podpory zdůrazňovali zejména podporu od personálu ve smyslu pomoci při každodenních aktivitách. Zde je opět zdůrazněna míra soběstačnosti seniorů, která je i vzhledem k vnímání jejich kvality života zásadním hlediskem, společně s aktuálním zdravotním stavem a podporou rodiny.

"Individualita jedince" prosakuje všemi sub-tématy. Každý senior je individuem s odlišnou povahou a osobním příběhem. Pracovníci rovněž vnímají seniory jako jedince se specifickými osobnostními charakteristikami. Na druhou stranu z hlediska náplně práce pracovníků nelze znát veškeré charakteristiky u všech seniorů, jejich životní příběhy a okolnosti, které je v průběhu života formovaly.

Třetí téma s názvem "kyvadlo času" bylo oběma skupinami respondentů vnímáno jako nejvíce se rozcházející. Jsou zde senioři, kteří vzhledem k jejich vysokému věku dosáhli již dávno integrity osobnosti a dosáhli také pocitu smíření s tím, jaký život prožili, ale také s jakými nástrahami se museli vypořádat. Paní Anna se ke ztrátě zraku s ohledem na kvalitu života vyjadřuje následovně: „*Bylo to takový, jaký to bylo. Mělo se to stát a nic se nedá dělat. Dneska už jsem s tím smířená, dlouho ne.*“ Za takový milník lze vnímat jednak ztrátu zraku a nástup do příslušného zařízení, ale také ztrátu rodinných příslušníků, ztrátu

soběstačnosti. Ze slov paní Milady: „*Nejhorší je pro mě, že nevidím. To je pro mě největší trest a to se nejvíc nabrečím, že nic nevidím.*“ Senioři mají tendence vracet se do minulosti, kdy žili v domácím prostředí se svou rodinou. Pro bližší představu uvádíme úryvek z rozhovoru s paní Zlatou: „*Já bych vám takovýho chlapa přála. ...My jsme snad byli ta nejlepší rodina. Holky měl rád a holky jak ho milovaly. ...Holčičko, kdybyste mě bejvala viděla. Anebo vůbec viděla.*“ Pracovníci v rámci tohoto tématu naopak svou pozornost více obracejí na samotnou adaptaci seniora jakožto klíčového momentu a základu pro další jeho fungování.

K podpoře aktivního stárnutí je třeba, aby systémy zdravotnictví braly perspektivu celého života jedince zaměřeného na podporu zdraví, prevenci nemocí a rovný přístup ke kvalitní primární zdravotní péči a dlouhodobé péči (WHO, 2002). Pracovníci, jež se podílí v péči o seniory v institucích, zejména v zajištění aktivit, by se měli zajímat o to, co má senior rád, co mu připomíná domácí prostředí a znát jeho životní příběh. Také motivovat nejen seniora, ale rovněž jeho rodinné příslušníky, aby se podíleli na aktivitách, které senior navštěvuje. Rodina je základním kamenem pro téměř každého jedince. Pracovníci by se mohli orientovat na přiblížení aktivit seniorům jejich domácímu prostředí za účelem motivace. Dalším doporučením pro pracovníky aktivizačních činností je pracovat s biografií seniora a plánovat tak aktivity s ohledem na znalost jejich životního příběhu. Iniciativa se vztahuje také na vedoucí pracovníky institucí, kteří by měli podporovat personál v dalším vzdělávání v takových přístupech, jež se opírají o práci s životní dráhou daných jedinců.

Předložená práce může také přispět ke zlepšení porozumění života seniorů se získaným zrakovým postižením nejen odborné a neodborné veřejnosti. Především lidem, kteří se seniory se zrakovým postižením přicházejí do každodenního kontaktu v rámci příslušných institucí a pomoci tak seniorům předcházet či zmírňovat negativní dopad získaného zrakového postižení na kvalitu jejich života.

Další doporučení by mohlo být pro všechny, kteří se jakýmkoli způsobem podílí či vzdělávají v oblasti tyflopédie zaměřené na osoby seniorského věku, aby si zkusili zažít např. skrze exkurze do jednotlivých zařízení situace, které prožívají senioři se zrakovým postižením.

Závěr

Senioři se zrakovým postižením jsou jedinečnou skupinou. V rámci výzkumného bádání bylo třeba brát v potaz nejen přítomnost zrakového postižení, ale také veškeré změny související s procesem stárnutí. Ať už jsou to změny tělesné, které mohou snižovat soběstačnost seniora se zrakovým postižením, nebo proměny v psychických funkcích či změny v oblasti socializace. V období po 75. roce života člověk již zpravidla dosáhnul tzv. integrity, zpravidla se smířil se svým životem, s tím, co prožil.

Téma disertační práce je aktuálním vzhledem ke stále se zvyšujícímu věku dožití člověka jakožto současného trendu moderní společnosti. Z toho důvodu jsou také kladeny vysoké nároky na péči o seniora v prostředí institucí. O to větší je akcent na péči a podporu seniora, jenž se potýká nejen s projevy stárnutí jako takového, ale také se získaným zrakovým postižením.

Na disertační práci by mělo být nahlíženo jako na celistvý útvar, jakousi „pavoučí síť“, kdy veškerá zjištění nemůžeme bagatelizovat či samostatně od sebe oddělovat. Přeci jen byla v centru našeho zájmu žitá zkušenost každého jednotlivce, která je specifická a nikdy nebude zcela totožná se zkušeností dalších lidí. Na takovou zkušenost jinak nahlíží samotný senior se zrakovým postižením a jinak na něj bude nahlíženo z pohledu pracovníků, kteří se podílí na každodenním životě seniorů v dané instituci.

Nahlédnout do světa seniorů se zrakovým postižením nám bylo umožněno skrze kvalitativní přístup interpretativní fenomenologické analýzy, která respektuje právě onu individualitu každého jedince. Ostatně individualita jedince je tématem, které tzv. prosakuje vším, co senior dělá, na čem se podílí. Do popředí se dostává také částečná či úplná ztráta soběstačnosti seniora, která je více či méně úměrná míře získané ztráty zraku, ale také fyzických či psychických schopností.

V průběhu celé práce jsme se pokusili odpovídat na výzkumné otázky, na které nelze v podstatě nikdy nalézt jednoznačné odpovědi, které by byly obecně platné. Rovněž můžeme konstatovat, že námi prezentované žité zkušenosti mohou jiní výzkumníci vnímat či chápat v jiném světle. V rámci hermeneutického kruhu jsme se vraceli jednak k respondentovi a jeho zkušenosti jako takové, ale do interpretace jsme promítali také individuální vnímání výzkumníka. I proto se nelze na výsledky práce dívat pouze z jednoho úhlu pohledu, v samostatnosti jednotlivých témat. Výsledky prezentují pomyslný kruh života, začátku a konce, zde navíc také v kontextu ztráty zraku a zrakového postižení jako takového.

Seznam použité literatury

1. About PROQOLID-ePROVIDE™. *ePROVIDE™ - Online Support for Clinical Outcome Assessments* [online]. Copyright © Mapi Research Trust 2020 [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: <https://eprovide.mapi-trust.org/about/about-proqolid>
2. ANTONOVSKY, A. (1985). *Health, stress and coping*. 5. vyd. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. ISBN 0-87589-412-7.
3. BENEŠ, M. (2003). *Andragogika*. Praha: EUROLEX BOHEMIA, s.r.o. ISBN 80-86432-23-8.
4. BERGER, S. (2009). *Leisure participation experience among older adults with low vision*. University of Massachusetts Boston. Disertační práce. Vedoucí práce Prof Jan E. Mutschler.
5. BLOOR, M., WOOD, F. (2006). *Keywords in Qualitative Methods: A vocabulary of Research Concepts*. London: Sage. ISBN 0-7619-4330-7.
6. CIOBOTEA, D. et al. (2016). Visual Impairment in the Elderly and its Influence on the Quality of Life. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala* [online]. 54, 66–74 [cit. 2020-03-28]. ISSN 15833410. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=127250033&lang=cs&site=ehost-live>
7. CRESWELL, J. W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage. ISBN 978-1-4129-6557-6.
8. CREWS, J. E., C. F. CHOU, X. ZHANG, M. M. ZACK a J. B. SAADDINE. (2014). Health-related quality of life among people aged <65 years with self-reported visual impairment: findings from the 2006–2010 behavioral risk factor surveillance system. *Ophthalmic Epidemiology* [online]. 21(5), 287–96 [cit. 2020-04-02]. ISSN 17445086. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/09286586.2014.926556>
9. *CSS Brno-Chrlice* [online]. Brno: ©2019 [cit. 2021-01-06]. Dostupné z: <http://www.centrumchrlice.cz/index.asp>
10. ČSÚ (2018). *Statistická ročenka České republiky – 2018* [online]. © 2018 [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/4-obyvateľstvo-77d936ifcb>
11. ČECHÁK, V., SOBOTKA, M., SUS K. (1984). *Co víte o novověké filozofii*. 1. vyd. Praha: Horizont.
12. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R. (2016). *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

13. DIAS, G., N., F., COUCEIRO., M., S. (2017). *Active Ageing and Physical Activity: Guidelines, Functional Exercises and Recommendations*. [online] [cit. 2021-06-05]. ISSN 22117644. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-52063-6.pdf>
14. *Domov PALATA* [online]. Praha: ©2015 [cit. 2021-06-05]. Dostupné z: <https://palata.cz/>
15. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. (2006). *WHOQOL–BREF, WHOQOL–100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.
16. DVOŘÁČKOVÁ, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
17. ERIKSON, E., H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál. ISN 978-80-262-0786-3.
18. ERIKSON, J. (2015). Deváté stádium. In: ERIKSON, E., H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál, s. 109-118. ISN 978-80-262-0786-3.
19. FLEKAČOVÁ, L., HRUBEŠOVÁ, I., JURKOVIČOVÁ, P., PAZOURKOVÁ, L., MICHALÍK, J. (2019). Quality of life in relation to persons of senior age with visual impairment: survey study. *6th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2019*. Conference Proceedings, 26 August – 1 September, 2019, Conference Proceedings vol. 6, Sociology & Healthcare, Issue 3, pp. 659-666. ISBN 978-619-7408-93-5.
20. FLEKAČOVÁ, L. (2019). Aktivizační činnosti a jejich vliv na QoL osob se zrakovým postižením v seniorském věku. In: MICHALÍK, J. a kol. *Kvalita života osob se zdravotním postižením (osob pečujících) – 2019: specifika vybraných skupin*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 28–44. ISBN 978-80-244-5678-2.
21. GAVORA, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
22. GURKOVÁ, E. (2011). *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
23. HALEČKA, T. (2002). Kvalita života a jej ekologicko enviromentálny rozmer. In: *Kvalita života a ľudské práva v kontextech sociálnej práce a vzdelávania dospelých*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. ISBN 80-8068-088-4.
24. HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z. (2007). *Oftalmopedie*. Brno: Paido. ISBN 8073151591.

25. HAŠKOVCOVÁ, H. (2010). *Fenomén stáří*. 2. vyd., přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
26. HAŠKOVCOVÁ, H. (2012). *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
27. HEGYI, L. (2004). Geriatrický maladaptivní syndróm. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. s. 362–364. ISBN 8024705486.
28. HENDL, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
29. HEŘMANOVÁ, E. (2012). Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu / Quality of Life and its Models in Contemporary Social Research. *Sociológia – Slovak Sociological Review / Sociology - Slovak Sociological Review* [online]. 44(4), 47–496 [cit. 2020-03-24]. ISSN 00491225. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/263303947_Kvalita_zivota_a_jeji_modely_v_soucasnem_socialnim_vyzkumu
30. HO, H.K., MATSUBAYASHI, K., WADA, T., KIMURA, M., YANO, S., OTSUKA, K., FUJISAWA, M., KITA, T. and SAIJOH, K. (2003). What determines the life satisfaction of the elderly? Comparative study of residential care home and community in Japan. *Geriatrics and Gerontology International* [online]. 3(2), 79–80 [cit. 2021-04-24]. ISSN 14441586. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1444-1586.2003.00067.x?saml_referrer
31. HOLMEROVÁ, I., VÁLKOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H., JURÁŠKOVÁ, B. (2011). Vybrané aspekty zdravotní a dlouhodobé péče o stárnoucí populaci. *Demografie* [online]. 53(2), 48–50 [cit. 2021-05-26]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/9770617-Vybrane-aspekty-zdravotni-a-dlouhodobpece-o-starnouci-populaci.html>
32. HROZENSKÁ, M. (2013). Kvalita života seniorů. In: HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. s. 20–27. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
33. HRQOL Concepts | CDC. *Centers for Disease Control and Prevention* [online]. [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>
34. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. (2013). *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

35. CHAPPELL, N., L., HAVENS, B., HONORARY, D., HOLLANDER, J., M., MILLER, J., A. a Carol MCWILLIAM. (2004) Comparative Costs of Home Care and Residential Care. *Gerontologist* [online]. 44(3), 389–400 [cit. 2021-04-24]. ISSN 00169013. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/44/3/389/699478#94700646>
36. CHRÁSKA, M. (2016). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.
37. JANEČKOVÁ, H., KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I. (2004). Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. *Geriatric a gerontologie*. s. 436–455. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
38. JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J. (2016). *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5535-9.
39. JESENSKÝ, J. (2000). *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-823-9.
40. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
41. KALVACH, Z. (2004). Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. *Geriatric a gerontologie*. s. 196–201. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
42. KALVACH, Z., MIKEŠ, Z. (2004). Gerontologie. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. *Geriatric a gerontologie*. s. 47–49. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
43. KALVACH, Z. (2004). Tělesné projevy stáří. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. *Geriatric a gerontologie*. s. 99–103. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
44. KALVACH, Z. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
45. KAPLAN, R. M., BUSH, J. W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology* [online]. 1(1), 61-80 [cit. 2020-03-25]. DOI: 10.1037/0278-6133.1.1.61. ISSN 02786133. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=edsovi&AN=edsovi.00003615.198201010.00005&lang=cs&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>

46. KAŠČÁKOVÁ, M., MAJERNÍKOVÁ, C., SLANINKOVÁ, J. (2013). Vplyv zrakového postihnutia na kvalitu života pacientov s diabetickou retinopatiou. *Osetrovateľstvi a Porodni Asistence*. [online] 4(2), 566-572. [cit. 2020-03-23] Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-02/2_kascakova_kol.pdf
47. KLIMEŠ, L. (2010). *Slovník cizích slov*. 3. rozš. a dopl. vyd. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství. ISBN 978-80-7235-446-7.
48. KOK, L., BERDEN, C., SADIRAJ, K. (2015). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *The European Journal of Health Economics* [online]. 16(2), 119–131. [cit. 2021-04-24]. ISSN 16187598. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsjsr&AN=edsjsr.24773847&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>
49. KOSTÍNKOVÁ, J., K., ČERMÁK, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In: ŘIHÁČEK, T., ČERMÁK, I., HYTYCH, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. s. 9–43. ISBN 978-80-210-6382-2.
50. KŘIVOHLAVÝ, J. (2009). *Psychologie zdraví*. 3.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
51. KURIC, J. (1992). *Vývinová psychológia*. Nitra: Vysoká škola pedagogická. ISBN 80-85183-78-1.
52. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. (2000). *Oftalmopedie*. Praha: Paido. ISBN 80-85931-84-2.
53. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
54. LIBIGEROVÁ, E., MÜLLEROVÁ, H. (2001). Quality of life assessment in medicine. *Ceska a Slovenska Psychiatrie* [online]. 97(4), 183-186 [cit. 2020-03-23]. ISSN 12120383. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-0034933558&lang=cs&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
55. LINGEA (2021). *Aktivita – Slovník českých synonym* | Lingeia s.r.o. Nechybujte | Portál o českém jazyce | Lingeia s.r.o. [online]. [cit. 2020-05-25]. Dostupné z: <https://www.nechybujte.cz/slovník-ceskych-synonym/aktivita?>

56. LOPÚCHOVÁ, J., KOLNÍKOVÁ, H. (2017). Examination of the level of awareness, opinions and attitudes of the general public towards the quality of life of individuals with visual disabilities. In: *IV. Olomoucké speciálněpedagogické dny: sborník příspěvků konference: XVII. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami, IV. konference mladých vědeckých pracovníků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017, s. 10-25. ISBN 978-80-244-5256-2.
57. LUDÍKOVÁ, L. a kol. (2012). *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3286-1.
58. LUDÍKOVÁ, L. a kol. (2014). *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. Monografie. ISBN 978-80-244-4296-9.
59. LUDÍKOVÁ, L., STOKLASOVÁ, V. (2006). *Tyflopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1189-X.
60. MAREŠ, J. (2013). Přehledové studie: jejich typologie, funkce a způsob vytváření. *Pedagogická Orientace* [online]. 2013, **23**(4), 427-454. [cit. 2020-04-02]. ISSN 12114669. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1523884272?accountid=16730>
61. MAST, M. E. (1995). Definiton and measurement of quality of life in onkology nursing research: review and theoretical implications. *Oncology Nursing Forum* [online]. 1995, **22**(6), 957-964. [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <https://europepmc.org/article/med/7567613>
62. MÁČEK, M. (2004). Stárnutí a tělesná aktivita. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. *Geriatric a gerontologie*. s. 153–163. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
63. MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
64. MPSV (2006). Zákon č. 108/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. [online]. Ke dni 1. 1. 2018 [cit. 2021-05-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
65. MPSV (2006). Vyhláška č. 505/2006 Sb. o sociálních službách. [online]. Ke dni 1. 7. 2019 [cit. 2021-05-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20190701>
66. MÜHLPACHR, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.

67. MÜHLPACHR, P. (2004). *Základy gerontologie*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-072-2.
68. MÜHLPACHR, P. (2009). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5029-7.
69. MÜLLER, O. (2014). *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.
70. ONDRUŠOVÁ, J. (2009). Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue* [online]. 2009, 7(1), 36-39 [cit. 2020-04-02]. ISSN 1214-0732. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf
71. ORD, L. M., WRIGHT, J., DEANGELIS, M. M., FEEHAN, M. (2015). Quality of Life with Macular Degeneration Is Not as Dark as It May Seem: Patients' Perceptions of the MacDQoL Questionnaire. *Journal Of Clinical Medicine* [online]. 4(9), 1841–1852. [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/jcm4091841>
72. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. (1981). *Gerontologie*. Praha: Avicenum.
73. PAYNE, J. (2005) *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
74. PELIKÁN, J. (2011). *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1916-3.
75. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. (2006). *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: VUP. ISBN 80-244-1475-9.
76. RODRIGUEZ-BLAZQUEZ, C., M. J. FORJAZ, M. E. PRIETO-FLORES, F. ROJO-PEREZ, G. FERNANDEZ-MAYORALAS a P. MARTINEZ-MARTIN. (2012). Health status and well-being of older adults living in the community and in residential care settings: are differences influenced by age? *Aging* [online]. 16(7), 884–91 [cit. 2021-04-24]. ISSN 13646915. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=22621325&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>
77. R CORE TEAM (2014). *R: A language and environment for statistical computing. life* [online]. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <http://www.R-project.org/>
78. ŘÍČAN, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3133-9.
79. ŘÍČAN, P. (2014). *Cesta životem: [vývojová psychologie]*: 3., přepr. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0772-6.

80. SALDAÑA, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers*. 2nd ed. Los Angeles: Sage. ISBN 978-1-44624-736-5.
81. SEEDHOUSE, D. (1986). *Health: the foundations for achievement*. New York: John Wiley and Sons. ISBN 047191035X.
82. SGARAMELLA, T. M., NOTA, L., CARRIERI, L., SORESI, S., SATO, G. (2017). Daily functioning, problem solving and satisfaction for quality of life in visually impaired old persons. *International Journal on Disability & Human Development* [online]. 16(2), 225–232 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1515/ijdh-2016-0010>
83. SHINEBOURNE, P. (2011). The theoretical underpinnings of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Existential Analysis* [online]. 22(1), 16-31 [cit. 2021-05-20]. ISSN 17525616. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsglr&AN=edsglr.A288874145&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>
84. SMITH, J., A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [online]. 1(1), 39–54 [cit. 2021-05-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1191/1478088704qp004oa>
85. SMITH, J. A., FLOWERS, P., LARKIN, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: Sage, 2009. ISBN 978-1-4129-0833-7.
86. SPARLING, P.B., HOWARD, B.J., DUNSTAN, D.W., OWEN, N. (2015). Recommendation for Physical Activity in Older Adults. *BMJ: British Medical Journal* [online]. vol. 350 [cit. 2020-05-24]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h100>
87. SPEIGHT, J., SINCLAIR, A. J., BROWNE, J. L., WOODCOCK, A., BRADLEY, C. (2013). Assessing the impact of diabetes on the quality of life of older adults living in a care home: validation of the ADDQoL Senior. *Diabetic Medicine* [online]. 30(1), 74–80 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2012.03748.x>
88. STÖRIG, H., J., PETŘÍČEK, M., REZEK, P., ŠPRUNK, K. (2007). *Malé dějiny filosofie*. Kostelní Vydří: Karmelitanské nakladatelství. ISN 978-80-7195-206-0.
89. STURGES, J.E., HANRAHAN, K., J. (2004). Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: A Research Note. *Qualitative Research* [online]. 4(1), 107–118 [cit. 2021-05-21]. ISSN 17413109. Dostupné z: [doi:10.1177/1468794104041110](https://doi.org/10.1177/1468794104041110)

90. STURROCK, B. A., et al. (2015). The Influence of Coping on Vision-Related Quality of Life in Patients With Low Vision: A Prospective Longitudinal Study. *Investigative Ophthalmology & Visual Science* [online]. 2015, 56(4), 2416–2422 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1167/iops.14-16223>
91. ŠURÁŇOVÁ, V. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza (IPA). In: GULOVÁ, L., ŠÍP, R. ed. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, s. 105-138. ISBN 978-80-247-4368-4.
92. TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K. a kol. (2017). *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.
93. TRPIŠOVSKÁ, D., VACÍNOVÁ, M. (2006). *Ontogenetická psychologie*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. ISBN 80-7044-792-3.
94. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
95. VÁGNEROVÁ, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
96. VÁGNEROVÁ, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
97. VINCENT, J., A. (2003). *Old Age*. London: Routledge. ISBN 0-415-26823-0.
98. WHO (1997). *WHOQoL Measuring quality of life* [online]. © 1997 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
99. WHO (2001). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2.
100. WHO (2002). *Active ageing: a policy framework*. [online] © 2002 [cit. 2020-05-2]. Geneve: WHO. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=43436F02E8ED9E93F2AC111D4676583E?sequence=1
101. WHO (2011). *Global health and aging* [online]. © 2004 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf?ua=1
102. WHO (2018). *Ageing and health* [online]. © 2018 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
103. WHO (2021). *Blindness and vision impairment*. [online]. © 2021 [cit. 2021-05-24]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

104. YARDLEY, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health* [online]. 15(2), 215–228 [cit. 2021-05-22]. ISSN 08870446. Dostupné z: doi:10.1080/08870440008400302
105. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0326-8.
106. ZEMAN, M. (2008). *Příběh Palaty: ke 120. výročí Domova pro zrakově postižené: 1888–2008*. Praha: Marcom. ISBN 978-80-254-2682-1.

Seznam tabulek

- Tab. 1** Použité nástroje pro měření kvality života u osob se zrakovým postižením seniorského věku ve vybraných empirických studiích z let 2013–2019. Zdroj: Upraveno dle Flekačová, Hrubešová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík (2019).
- Tab. 2** Charakteristika vybraných empirických studií. Zdroj: Autor.
- Tab. 3** Postoje seniorů se zrakovým postižením – přehled významových kategorií a přiřazených kódů, vztah k pojmu aktivizační činnost. Zdroj: Upraveno dle Flekačová (2019).
- Tab. 4** Postoje seniorů se zrakovým postižením – přehled významových kategorií a přiřazených kódů, vztah k pojmu kvality života. Zdroj: Upraveno dle Flekačová (2019).
- Tab. 5** Postoje pracovníků – přehled významových kategorií a přiřazených kódů, vztah k pojmu aktivizační činnosti. Zdroj: Upraveno dle Flekačová (2019).
- Tab. 6** Postoje pracovníků – přehled významových kategorií a přiřazených kódů, vztah k pojmu kvality života. Zdroj: Upraveno dle Flekačová (2019).
- Tab. 7** Shrnutí hlavních témat a jejich sub-témat identifikovaných u obou skupin výzkumného souboru. Zdroj: Autor.
- Tab. 8** Milada – proces kódování (kódy přiřazené k případu R1M1). Zdroj: Autor.
- Tab. 9** Kristián – proces kódování (kódy přiřazené k případu R2S2). Zdroj: Autor.
- Tab. 10** Anna – proces kódování (kódy přiřazené k případu R3S3). Zdroj: Autor.
- Tab. 11** Marie – proces kódování (kódy přiřazené k případu R4S4). Zdroj: Autor.
- Tab. 12** Alžběta – proces kódování (kódy přiřazené k případu R5S5). Zdroj: Autor.
- Tab. 13** Zlata – proces kódování: kódy přiřazené k případu R6S6. Zdroj: Autor.
- Tab. 14** Pracovníci aktivizačních činností – proces kódování: kódy přiřazené k případům R1P1, R2P2, R3P3, R4P4, R5P5, R6P6. Zdroj: Autor.

Seznam obrázků

- Obr. 1** Stáří a jeho vztah k fenomenologii. Zdroj: Autor.
- Obr. 2** Schéma procesu výběru relevantních výzkumných studií pro následnou obsahovou analýzu přehledové studie. Zdroj: Flekačová, Hrubešová, Jurkovičová, Pazourková, Michalík (2019).
- Obr. 3** Počáteční výzkumníková vizualizace o probíhajícím procesu kódování a analýzy rozhovorů vzhledem k výzkumnému záměru. Zdroj: Autor.
- Obr. 4** Hlavní témata a sub-témata vzniklá z analýzy dat primárního výzkumného souboru. Zdroj: Autor.
- Obr. 5** Ukázka přiřazování kódů k případu R3S3 v programu RQDA. Zdroj: Autor.
- Obr. 6** Ukázka vytvořených kódů k jednotlivým případům skrze program RQDA. Zdroj: Autor.
- Obr. 7** Milada – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat. Zdroj: Autor.
- Obr. 8** Kristián – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat. Zdroj: Autor.
- Obr. 9** Anna – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat. Zdroj: Autor.
- Obr. 10** Marie – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat. Zdroj: Autor.
- Obr. 11** Alžběta – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat. Zdroj: Autor.
- Obr. 12** Zlata – vzniklá sub-témata v procesu analýzy dat. Zdroj: Autor.
- Obr. 13** Hlavní témata a sub-témata vzniklá z analýzy dat sekundárního výzkumného souboru. Zdroj: Autor.

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Rozhovor – senior se zrakovým postižením.
Příloha č. 2 Rozhovor – pracovník aktivizačních činností.

Příloha č. 1: Rozhovor – senior se zrakovým postižením.

Dobrý den,

Jmenuji se Lucie Flekačová a jsem studentkou doktorského studijního programu speciální pedagogika na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Ve svém výzkumném zaměření se věnuji tématu aktivizačních činností ve vztahu ke kvalitě života seniorů se zrakovým postižením a chtěla bych Vás požádat a poprosit o poskytnutí rozhovoru na dané téma z pohledu seniora se zrakovým postižením a nahrání rozhovoru na diktafon.

Nejdříve se Vás zeptám na základní informace o Vás (jako např. věk, doba pobytu v zařízení) a poté se zaměříme na otázky k jednotlivým oblastem jako je kvalita života, aktivizační činnosti.

Předem děkuji za Váš čas.

Věk:

Pohlaví:

- Muž
- Žena

Pobyt v zařízení (v letech):

Stupeň nevidomosti:

Čas od diagnózy (v letech):

Obecná část:

1. Co si představíte pod pojmem „aktivizační činnost“? Jak na Vás toto spojení působí a co to ve Vás evokuje? Co si pod tímto pojmem konkrétně představujete?
2. Co pro Vás termín „kvalita života“ znamená?
3. Když se řekne kvalita života a aktivizační činnost – jakou spojitost vnímáte mezi těmito termíny?

Část k tématu – aktivizační činnosti:

1. Jaké aktivity děláte rád/a jen tak pro radost, že Vás baví?
2. Na jakých aktivizačních činnostech se podílíte v rámci zařízení? Co se Vám na nich líbí nejvíce?

3. Účastníte se těchto aktivit pravidelně?
4. Předtím, než jste nastoupil/a do zařízení, jakou činnost/hobby/koníček/aktivitu jste rád/a dělala?
5. Jak je Vám umožněno v této aktivitě pokračovat v rámci zařízení?
6. Jaká je pro Vás největší překážka při vykonávání různých aktivit, když je Váš zrak do jisté míry omezen?
7. Jak zvládáte vykonávat takové aktivity sám/sama? Potřebujete pomoc někoho jiného (přátel, pracovníka aktivizačních činností a podobně...)?
8. Jaké kompenzační pomůcky (např. bílá hůl, brýlová korekce a podobně) potřebujete při vykonávání aktivizačních činností?

Část k tématu – kvalita života (s ohledem na aktivizační činnosti):

1. Jaká pomoc se Vám dostává od ostatních, když se chcete podílet na aktivitách, které máte rád/a?
2. Jakou pomoc potřebujete?
3. Jak hodnotíte kvalitu svého života?
4. Brání Vám zrakové postižení v tom, co potřebujete a chcete dělat? Do jaké míry?
5. Jakým zálibám máte možnost se věnovat?
6. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?
7. Jaké osobní vztahy udržujete? Jste např. s frekvencí těchto vztahů spokojena?
8. Jakou podporu Vám poskytují přátelé nebo rodina?
9. Jak se vyrovnáváte například se smutkem, depresí?
10. Je něco, k čemu byste se chtěl/a vyjádřit a já jsem se

Příloha č. 2: Rozhovor – pracovník aktivizačních činností.

Dobrý den,

Jmenuji se Lucie Flekačová a jsem studentkou doktorského studijního programu speciální pedagogika na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Ve svém výzkumném zaměření se věnuji tématu aktivizačních činností ve vztahu ke kvalitě života seniorů se zrakovým postižením a chtěla bych Vás požádat a poprosit o poskytnutí rozhovoru na dané téma z pohledu pracovníka aktivizačních činností a nahrání rozhovoru na diktafon.

Předem děkuji za Váš čas.

1. Jak dlouho vykonáváte pozici pracovníka aktivizačních činností?
2. Jaké druhy aktivizačních činností seniorům se zrakovým postižením poskytujete?
3. Jak velká je účast seniorů se zrakovým postižením a podílení se na aktivizačních činnostech?
4. Jaké aktivizační činnosti jsou například nejvíce, a naopak nejméně klienty preferované? Jaké aktivizační činnosti seniory se zrakovým postižením baví nejvíce a z jakého důvodu? A naopak?
5. Jak je nastavena podpora z Vaší strany vzhledem k nabídce aktivizačních činností pro seniory se zrakovým postižením?
6. Jak hodnotíte kvalitu života, z Vaší pozice pracovníka aktivizačních činností, seniorů se zrakovým postižením ve Vašem zařízení?
7. Jak je pro seniory se zrakovým postižením důležitá podpora rodiny či přátel?
8. Setkáváte se se smutkem, depresí seniorů se zrakovým postižením? Pokud ano, jakým způsobem se s takovými pocity z Vašeho pohledu vyrovnávají?
9. Jak zvládají senioři se zrakovým postižením podílení se na aktivizačních činnostech? Jak moc velké pomoci je třeba z Vaší strany?
10. Je něco, na co jsem se Vás nezeptala, na co jsem zapomněla?

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. Lucie Flekačová
Obor:	Speciální pedagogika
Rok obhajoby:	2021
Název práce:	Aktivizační činnosti ve vztahu ke kvalitě života osob se zrakovým postižením v seniorském věku
Název v angličtině:	Activation activities related to the quality of life of elderly with visual impairment
Anotace práce:	<p>Disertační práce přibližuje žité zkušenosti seniorů se získaným zrakovým postižením, především ve vztahu k jejich účasti na aktivizačních činnostech. Jsou představena teoretická východiska, která se zaměřují na problematiku stárání a stárnutí s ohledem na seniory se zrakovým postižením. Seniori jsou konfrontováni např. s adaptací na jejich získané zrakové postižení, ale také na adaptaci v rámci změny z domácího prostředí do prostředí jiného zařízení, v našem případě do Domova pro zrakově postižené – Palata. Pracovníci aktivizačních činností byli také zařazeni do výzkumného souboru, přičemž jejich postoje a vnímání vzhledem k seniorům mohou přispět do praktické roviny v práci s touto skupinou. V rámci výzkumného šetření byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza jakožto kvalitativní přístup k datům. Výsledky byly diskutovány jak v rovině teoretické i v rovině samotné výzkumné studie s ohledem na zlepšení kvality života seniorů a jejich účasti na aktivitách v prostředí pobytových služeb pro seniory či dalších institucí.</p>
Klíčová slova:	zrakové postižení, senior, aktivizační činnost, kvalita života, interpretativní fenomenologická analýza
Anotace v angličtině:	<p>The approach of the thesis focuses on the living experience of seniors with acquired visual impairment. The interest lies in their approach towards activation activities. Firstly, there is an introduction of theoretical outcomes that focus on the problematics of ageing regarding visual impairments. Confrontation of elderly occurs either in adaptation to their acquired visual impairment or in adaptation to specific changes from their natural home environment to the environment of specialized facilities of care. The thesis provides further information about the facility of care for people with visual impairments – Palata. The personnel that focus on the activation activities in the facilities are also involved in the research. Their attitudes and perceptions towards seniors are valuable for further study in the practical part of the thesis. Interpretative phenomenological analysis was chosen as a qualitative approach to data in the research survey. There is also discussion from both the theoretical part and a part of an individual research study concerning the improvement of the quality of life of elderly in the</p>

	participation in activities in the environment of residential services or institutions.
Klíčová slova v angličtině:	visual impairment, elderly, activation activity, quality of life, interpretative phenomenological analysis
Přílohy vázané k práci:	Příloha č. 1 Rozhovor – senior se zrakovým postižením. Příloha č. 2 Rozhovor – pracovník aktivizačních činností.
Rozsah práce:	114 stran
Jazyk práce:	český