

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Problematika osob se získaným zrakovým postižením
v dospělosti a seniorském věku.**

**The issue of people with acquired visual impairment
in adult and elderly.**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

Autor:

Bc. Jana Hazuková

Praha 2015

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat MUDr. Jiřině Ondrušové, Ph.D., své vedoucí diplomové práce, za odborné vedení, pomoc a užitečné rady při zpracování, klientům Domova pro zrakově postižené Palata a osobám se získanou ztrátou zraku, za spolupráci a pomoc při řešení výzkumného šetření.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Problematika zrakově postižených v dospělosti a seniorském věku“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Jana Hazuková

Anotace

Ve své diplomové práci se zabývám problematikou získaného zrakového postižení v dospělém a seniorském věku. Práce je rozdělena do sedmi kapitol. Úvodní kapitola je věnována terminologickému vymezení získaného zrakového postižení, dospělosti a stáří. Ve druhé kapitole je nastíněn historický vývoj vztahu společnosti ke zrakově postiženým. Třetí kapitola je zaměřena na klasifikaci osob se zrakovým postižením. Ve čtvrté kapitole jsou popsány nejčastější příčiny a vady zrakového postižení. Pátá kapitola je již zaměřena na psychosociální problematiku, a to především u osob seniorského věku. Šestá kapitola má za cíl nastínit, jak probíhá proces adaptace a integrace takto handicapovaných osob. Sedmá kapitola má praktický charakter a jejím cílem je zhodnotit, jací činitelé nejvíce ovlivňují proces adaptace, a co podporuje psychosociální oblast osob se získaným zrakovým postižením.

Annotation

In my thesis I deal with problems resulting visual impairment in adult and elderly. The work is divided into seven chapters. Introductory current section devoted to terminological definition acquired visual impairment, adulthood and old age. In the second chapter outlines the historical development of the relationship of the visually impaired. The third chapter focuses on the classification of persons with visual disabilities. The fourth chapter describes the most common causes of defects and visual impairment. The fifth chapter is focused on psychosocial issues, especially in the case of older persons. The sixth chapter aims to outline how the process of adaptation and integration of disabled people in this way. The seventh chapter are practical and aims to assess what kind of factors most influence the process of adaptation and what psychosocial supports people with acquired visual impairment.

Klíčová slova

Zrakové postižení, získané zrakové postižení, dospělost, stáří, adaptace, integrace

Keywords

Visual impairment, acquired visual impairment, adulthood, old age, adaptation, integration

OBSAH

OBSAH.....	5
SEZNAM ZKRATEK.....	7
ÚVOD.....	8
1 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ.....	10
1.1 ZRAKOVÝ ORGÁN.....	10
1.2 VIDĚNÍ	10
1.3 OFTALMOLOGIE	10
1.4 TYFLOPEDIE.....	10
1.5 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ	10
1.6 OSOBA SE ZRAKOVÝM HANDICAPEM	11
1.7 ZÍSKANÁ VADA	11
1.8 RESOCIALIZACE	11
1.9 DOSPĚLOST.....	11
1.10 STÁŘÍ	12
2 HISTORICKÝ VÝVOJ VZTAHU SPOLEČNOSTI KE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝM	14
2.1 VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI A ÚSTAVY OVLIVŇUJÍCÍ HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ	15
2.2 SHRNUTÍ VÝVOJE VZTAHU SPOLEČNOSTI KE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝM	19
3 KLASIFIKACE OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	20
3.1 OSOBY SLABOZRAKÉ.....	20
3.2 OSOBY SE ZBYTKY ZRAKU	21
3.3 OSOBY NEVIDOMÉ.....	22
3.4 OSOBY S PORUCHOU BINOKULÁRNÍHO VIDĚNÍ	23
3.5 KLASIFIKACE DLE WHO:.....	23
4 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY A VADY ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ V DOSPĚLOSTI A SENIORSKÉM VĚKU.....	24
4.1 DIABETICKÁ RETINOPATIE.....	25
4.2 GLAUKOM-ZELENÝ ZÁKAL	26
4.3 VĚKEM PODMÍNĚNÁ KULÁRNÍ DEGENERACE (VPMD).....	27
4.4 ATROFIE ZRAKOVÉHO NERVU	28
4.5 ODCHLÍPENÍ SÍTNICE	29
4.6 KATARAKTA – ŠEDÝ ZÁKAL.....	29
4.7 POŠKOZENÍ OKA A JEHO STRUKTUR PŘI ÚRAZECH	30
5 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA OSOB OSLEPLÝCH V SENIORSKÉM VĚKU..	31
5.1 SLEPOTA A STÁŘÍ	31
5.2 AKCEPTACE ZTRÁTY ZRAKU V DOSPĚLOSTI A VYŠŠÍM VĚKU.....	33
6 ADAPTACE A INTEGRACE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH V DOSPĚLOSTI A SENIORSKÉM VĚKU.....	35
6.1 ADAPTACE NA ZTRÁTU ZRAKU.....	35
6.2 AKTIVIZAČNÍ ČINNOST	39
6.3 INTEGRACE	40
6.4 ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE POMOCÍ A PODPOROU ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH	41
6.4.1 Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých – SONS.....	41
6.4.2 Tyfloservis, o.p.s.....	42
6.4.3 TyfloCentrum	42
6.4.4 Rekvalifikační a rehabilitační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s.	43
6.5 KOMPENZAČNÍ (SPECIÁLNÍ) POMŮCKY	43
6.5.1 Optické pomůcky	43
6.5.2 Neoptické pomůcky	44

6.5.3	Elektronické pomůcky.....	44
6.5.4	Vodící psi	45
6.6	TYFLOPSYCHOLOGIE	45
6.7	ÚPRAVA INTERIÉRU PRO NEVIDOMÉ OSOBY	46
7	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ KAZUISTIKY.....	47
7.1	VYMEZENÍ PROBLÉMŮ ŠETŘENÍ.....	47
7.2	CÍLE A ÚKOLY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	47
7.3	METODY ŠETŘENÍ.....	47
7.4	METODIKA ŠETŘENÍ	48
7.5	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	48
7.6	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE	49
7.7	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	66
7.7.1	Nejvýznamnější činitelé ovlivňující proces adaptace a psychosociální oblast osob se získanou ztrátou zraku v dospělosti a seniorském věku.	66
7.7.2	DVO1: Jakou roli sehrála v psychosociální oblasti a v procesu adaptace osob se získanou ztrátou zraku rodina?.....	70
7.7.3	DVO2:Jak ovlivňuje aktivní činnost psychosociální oblast a proces adaptace u osob se získanou ztrátou zraku?	72
7.7.4	DVO3: Jaký vliv mělo sdělení diagnózy lékařem na psychosociální oblast osoby se získanou ztrátou zraku?	73
7.8	SHRNUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	75
	ZÁVĚR.....	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	77
	SUMMARY	85
	SEZNAM PŘÍLOH.....	86
	PŘÍLOHY	87

SEZNAM ZKRATEK

CD- Compact Disk

CZV- Centrum Zrakových Vad

DR- Diabetická Retinopatie

DVO- Dílčí Výzkumná Otázka

HVO- Hlavní Výzkumná Otázka

LSD- Lidové Spotřební Družstvo

PC- Personal Computer

SBČS- Státní Banka Československa

SONS- Sjednocená Organizace Nevidomých a Slabozrakých

TC- TyfloCentrum

VPMD- Věkem Podmíněná Makulární Degenerace

WHO- World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Společnost, ve které žijeme je velice různorodá, a to nejen co do prostředí, ale především co do osob, které v ní existují. Na celém světě je mnoho lidí, ale nikdy nenajdeme naprosto identické jedince. A to se týká i oblasti zdravotní. Pokud člověka zasáhne zdravotní problém, prožívá jeho dopad každý jinak.

Zrak je jedním z nejdůležitějších smyslů, kterým vnímáme největší množství informací. Uvádí se, že až 80% veškerých informací je přijímáno právě zrakem. Proto ztráta schopnosti vidět znamená pro člověka ohromný handicap. Přichází obrovská změna v každodenním životě a to je pro mnoho osob velice těžké až neúnosné. Ještě více, si myslím, že toto platí u osob, které o zrak přišly až v pozdějším věku následkem onemocnění či úrazu. Prožívají zmatek, nevědí, jak budou dále žít, jak se budou bez schopnosti vidět dále realizovat.

Cílem diplomové práce je nastínit problematiku získaného zrakového postižení v dospělém a seniorském věku. Toto téma jsem si zvolila především z důvodu, že mi není cizí a ráda bych si prohloubila dosavadní znalosti. V mém nejbližším okolí se vyskytují osoby, které právě získaná ztráta zraku zasáhla. Vím tedy, že to je velice nelehká situace a velmi záleží na osobnosti každého jedince a jeho nejbližších, jak se, se ztrátou dokážou vyrovnat.

Práce je rozdělena do sedmi kapitol, kdy prvních šest má spíše teoretický charakter, sedmá je zaměřena na výzkumné šetření formou kazuistik. Úvodní kapitola je věnována terminologickému vymezení pojmů, které úzce souvisí se zrakovým handicapem, a definování dospělosti a stáří.

Ve druhé kapitole se snažím nastínit nejen historický vývoj péče o zrakově postižené, ale také představit několik významných osobností a ústavů, které se o rozvoj v oblasti péče o zrakově postižené významně zasloužili.

Třetí kapitola je věnována klasifikaci osob se zrakovým postižením. Zde definuji osoby slabozraké, osoby se zbytky zraku, osoby nevidomé a uvádím i osoby s poruchou binokulárního vidění, přestože tyto přímo nesouvisí s tématem mé práce.

Nejčastější příčiny zrakového postižení v dospělém a seniorském věku jsou uvedeny v kapitole čtvrté. V úvodu je cílem nastínit stručnou anatomii oka. Dále vymezuji nejčastější příčiny zrakového handicapu, které mohou vést až k úplné ztrátě zraku.

Pátá kapitola má za cíl uvést do psychosociální problematiky osob se získaným zrakovým handicapem v seniorském věku, s důrazem na akceptaci ztráty zraku v tomto věku.

Šestá kapitola je věnována adaptaci na získaný zrakový handicap. Vymezují zde pojmy adaptace a integrace a s tím spojené fáze, kterými si člověk se získaným zrakovým postižením prochází. Dále se snažím nastínit problematiku aktivizační činnosti, představit organizace, které se zabývají pomocí a podporou, kompenzační techniky v řešení životních situací, a v neposlední řadě úpravu interiéru pro nevidomé osoby. Součástí této kapitoly je vymezení tyflopsychologie.

Jak jsem již výše zmínila, sedmá kapitola má výzkumný charakter. Cílem je formou kazuistik zhodnotit, jací činitelé se nejvíce podílejí v procesu adaptace a psychosociální podpory u osob se získanou ztrátou zraku v dospělém a seniorském věku. Co pro tyto osoby znamenala rodina, jak jim pomohla aktivní činnost a také jak na ně zapůsobilo sdělení diagnózy lékařem.

1 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ

1.1 Zrakový orgán

Zrakový orgán je **složen** ze tří částí: **receptoru** - zevní oko, **dráhy spojující oko s centrem** - oční nerv a **zrakového centra v mozku**. V každé z těchto částí zrakového orgánu může dojít k poškození vlivem oční choroby, vady či mechanickým poškozením s charakteristickými následky pro vidění. (Hamadová a kol., 2007; www.sons.cz)

1.2 Vidění

Vidění **znamená** schopnost zrakově vnímat, rozlišovat a představovat si prostředí. Dělí se na vidění centrální, kterým jsou vnímány detaily a barvy a vidění periferní, které umožňuje vnímat prostor a orientovat se v něm. Je to velice složitý proces, na němž se kromě oka a nervových drah významnou měrou podílí mozek, který veškeré signály zpracovává ve výsledný zrakový vjem. (Hamadová a kol., 2007; www.sons.cz)

1.3 Oftalmologie

Oftalmologie je obor medicíny, který se zabývá onemocněním a chirurgií zrakových vad. Slovo je řeckého původu ophthalmos – oko, logos - slovo, myšlenka, rozpoznat. Doslovný překlad tedy znamená **věda o očích**. (Květoňová- Ševcová, 2000)

1.4 Tyflopédie

Tyflopédie je pedagogická disciplína zabývající se zrakovým postižením. Slovo je řeckého původu typhlos- slepý, paidea- výchova, a v doslovném překladu znamená **výchovu nevidomých**.

Mezi hlavní úkoly této speciálně pedagogické disciplíny patří všestranný rozvoj osob se zrakovým postižením a snaha o co možná největší míru socializace a společenského uplatnění. (Hamadová a kol., 2007)

1.5 Zrakové postižení

Dle WHO je zrakové postižení, postižením zrakových funkcí trvající i po medicínské léčbě anebo po korigování standardní refrakční vady.

Zraková ostrost je horší než 0,3 až po světlocit či je zorné pole omezeno pod 10 stupňů při centrální fixaci. (Vítková 2004 in Finková, 2011)

Renotiérová (2006, str. 186) definuje zrakové postižení jako „*absenci nebo nedostatečnost kvality zrakového vnímání.*“ Jinou definici nalezneme u Květoňové-Švecové (2000, str. 18), kde jsou zrakové vady definovány jako „*nedostatky zrakové percepce různé etiologie i rozsahu.*“

1.6 Osoba se zrakovým handicapem

Za osobu se zrakovým handicapem je považována ta osoba, která i po optimální korekci (brýlové, medikamentózní, chirurgické, apod..) má v běžném životě problémy se získáváním a následným zpracováním informací pomocí zraku. (Slowík, 2007)

Finková a kol. (2007 str. 37) definují osobu se zrakovým postižením jako „*osobu, která trpí oční vadou či chorobou, kdy po optimální korekci je zrakové vnímání narušeno do té míry, že ji činí potíže v běžném životě.*“

Hamadová a kol. (2007) definují osoby se zrakovým handicapem pomocí tří hledisek, tj. psychologického, medicínského a edukačního. Psychologické hledisko považuje za osobu se zrakovým handicapem tu, u které dochází z důvodu nedostatečného přísunu vizuálních informací k negativnímu ovlivnění jejího psychického i fyzického vývoje. Z medicínského hlediska je za osobu se zrakovým handicapem považována ta osoba, u které tento handicap přetrvává buď po ukončení medicínské léčby, nebo po zajištění optimální brýlové korekce. Edukační hledisko se zaměřuje na výkonnost jedince ve školním prostředí.

1.7 Získaná vada

Získaná vada je vada, která vznikla v důsledku nemoci či úrazu. (Hartl, 2010)

1.8 Resocializace

Resocializace je termín, který označuje navrácení do společnosti, tzn. jedinci, kteří byli z důvodu handicapu vyčleněni z pracovního a společenského života, a jejich následné navrácení zpět. (Renotiérová, Ludíková a kol., 2006)

1.9 Dospělost

Definice dospělosti dle Psychologického slovníku zní, „*období vrcholu zrání jedince, obvykle je dělena na biologickou, emocionální, kognitivní a sociální.*“ (Hartl, 2010, str. 107)

Dospělost se dělí na tři období, mladé, střední a starší dospělosti. Co se týče věkové hranice, Čížková (2013) uvádí mladou dospělost v rozmezí 20-30 let, střední dospělost 30-45 let a starší dospělost 45 a 60 let. Jiné dělení uvádí Vágnerová (2007), mladá dospělost je v rozmezí 20-40 let, střední dospělost 40-50 let, starší dospělost 50 až 60 let.

Mladá dospělost je definována obdobím největší tělesné síly, elánu, energie a zdraví. Roste výkonnost mozku a jedinec je připraven podávat nejen fyzické, ale i duševní výkony. Hlavním úkolem mladé dospělosti je také dosažení intimity a s tím spojené přijetí rodičovské role. Mladá dospělost je tedy fází intenzivního rozvoje a využívání možností dosáhnout žádoucího uplatnění, tzn. Profese a emočního přijetí, tzn. Partnerství.

Střední dospělost je obdobím generativity. Jedinec stojí uprostřed života a své síly dává nejen mladé generaci, ale i starší a to především ve formě péče o svoje rodiče. V tomto období dochází k plné realizaci jak v profesním, tak v partnerském životě. V tomto období dospělosti však přicházejí i krize, tzv. krize středního věku, kdy si člověk začne uvědomovat, co ještě může vykonat a naopak co už nedokáže uskutečnit. Střední věk je nejen vrcholem zralosti, ale také obdobím nárůstu zodpovědnosti a připravenosti ji akceptovat.

Starší dospělost se vyznačuje problémem uvědomování si tělesného i duševního stárnutí. Stárnutí je spojeno s vědomím, že nastal proces postupného zhoršování vlastní tělesné i psychické kondice, a že nastal proces, který je neodvolatelný a nevratný. Existují rozdíly mezi funkčním a kalendářním věkem, ale skutečnost, že člověk dovede udržet svou výkonnost v určité činnosti, neznamená, že se v jiných neprojeví úpadek. Dochází k uvědomování si hodnot, které přesahují život. Objevuje se „syndrom prázdného hnízda“, který může být nahrazen příchodem vnoučat. V tomto období se mění vztah k příslušníkům různých generací a posiluje se pocit většího porozumění s lidmi stejného věku. Hlavním úkolem starší dospělosti je zvládnutí prvních signálů biologického stárnutí a přizpůsobení svého životního tempa aktuálním možnostem. (Vágnerová, 2007; Čížková, 2013)

1.10 Stáří

Stáří je definováno jako „*konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života.*“ (Hartl 2009, str. 562). V literatuře je možné nalézt mnoho studií, které se zabývají teoriemi stárnutí. Stárnutí, je proces univerzální, postihující živou hmotu. Není doposud jasně definováno, ale je popisováno jednotlivými projevy a vlastnostmi. Ty jsou však variabilní a vysoce individuální. (Kalvach et. al., 2004)

V současné době dochází ve světě, zejména ve vyspělých zemích, k posouvání hranice, která určuje stáří, tj. 65let. Tento jev je způsoben především kvalitnější lékařskou péčí a zvyšováním životní úrovně. Vágnerová (2007) dělí stáří do dvou skupin. Období raného stáří od 60 let do 75 let a období pravého stáří od 75 let a více. Dále uvádí tzv. čtvrtý věk, který nastává po dosažení 80. roku, kdy z původní generace žije již jen polovina takto staré populace. (Vágnerová, 2007)

Dle Matějovské - Kubešové (2011, str. 11) stárnutí „*představuje neodvratný fyziologický děj, jenž je poslední ontogenetickou periodou lidského života.*“ Stáří člení na **mladé seniory** (65 let – 74 let), kde orientačně dominuje problematika pensiování, seberealizace, aktivit, volného času. **Staré seniory** (75 let – 84 let), zde se objevuje problematika adaptace, osamělosti, tolerance zátěže. V tomto období začíná stáří v užším slova smyslu. A **velmi staří senioři** (85 a více let). (Matějovská - Kubešová, 2011)

Mühlpachera (2009) rozděluje seniorský věk od 65 let do 74 let – mladí senioři, od 75 let do 84 let- staří senioři a od 85 let a více let – velmi staří senioři.

Projevy raného stáří souvisejí s aktuálním zdravotním stavem jedince. Tyto pak odrážejí, jak člověk žil v minulých životních fázích. U jedince v průběhu stáří dochází postupně ke zhoršování tělesných i duševních funkcí, nastává větší nemocnost, duševní involuce provází především zhoršování zrakového a sluchového vnímání a poruchy paměti. Vzácně se v raném stáří vyskytují demence. Zátěžovými situacemi pravého stáří jsou chronické nemoci, ztráta soběstačnosti, úmrtí partnera, ztráta jistoty soukromí vymezená životem v ústavní péči, a podobně. Kromě nevléčitelných nemocí pohybového aparátu se dalším faktorem trvalé změny stávají demence seniorů. Aktuálním se stává téma smrti a starý člověk o něm potřebuje mluvit se svými blízkými. (Čížková, 2013)

Velký problém, který s sebou nese stáří, je problém adaptability. Starý člověk se velmi těžko přizpůsobuje novým věcem, učí se nové věci. Podrobněji je toto rozpracováno v kapitole 6.

2 HISTORICKÝ VÝVOJ VZTAHU SPOLEČNOSTI KE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝM

„V každé historické době a v každém lidském společenství nacházíme stopy přítomnosti handicapovaných osob – lidí, kteří se s postižením buď narodili, nebo k němu přišli např. následkem vážného úrazu či onemocnění, a podobně.“ (Slowik, 2007, str. 11, 12)

Počátky péče o zrakově handicapované sahají hluboko do historie. Od počátku vývoje lidské populace se souběžně vyvíjely pohledy, přístupy a názory na takto handicapované. Tyto přístupy a pohledy byly úzce spjaty s tradicemi, náboženskou a v neposlední řadě i s kulturní příslušností společnosti. V některých kulturách byli postižení odmítáni, vyčleňováni či usmrcováni, v jiných jim naopak byla projevována pozornost a péče, a byli dokonce považováni za obdařené něčím zvláštním, vyvolení.

S pevnými písemnými zprávami o chorobách oka se můžeme setkat již 18. století před Kristem. Ty jsou zachovány v zákoníku vládce Babylonu, Chammurapiho. Nalezneme v něm například, že za vyjmutí flíčku z oka a následné vyléčení je třeba lékaři zaplatit.

Ve starém Egyptě pak ztělesňoval představy o orgánu zraku bůh Horus. Zde anatomické a klinické poznatky očního lékařství obsahoval papyrus z doby kolem roku 1550 před Kristem. Tento papyrus byl objeven roku 1862 Angličanem Ebersem v Tébách. Popsány jsou zde nemoci oka, jako zánět spojivek, zelený zákal, zánět duhovky, a další.

Významné je také zmínit oční lékařství staré Indie. Zde za základ vnímání světla považovali lékaři oční čočku, ve které hoří věčný oheň. Již v té době popsali 76 očních chorob. Lze tak starou Indii považovat za vysoký stupeň rozvoje v oblasti zrakového postižení.

Ve staré Číně se díky dochovaným poznatkům můžeme setkat s léčením očních chorob pomocí akupunktury. Již v té době rozeznávali 108 druhů očních chorob.

V Evropě se, se zmínkami o nemocích oka setkáváme u Hippokrata (460 př.n.l.). Ten rozpracoval problémy zánětlivých onemocnění oka a rozeznal 20 chorob oka.

V antickém Řecku lékaři uskutečňovali čtyři druhy operací oka. Za zmínku stojí Aulus Cornelius Celsus (r. 25-50), který ve svém díle popsal anatomii oka, oční choroby a věnoval také pozornost i přední části oka, především šedému zákalu čočky.

Claudius Galenus z Pergamonu (129-199) již rozlišoval jednotlivé části oka, čtyři měkké – cévnatku, sklivec, čočku sítnici a tři tvrdé – oční bělmo, spojivku, úpony okohybných svalů.

Za orgán zraku považoval čočku. Jeho léčebné metody zahrnují nejen používání léků všeobecného působení, ale i léky podávané místně, včetně chirurgických zákroků. Například operace zatlačení šedého zákalu (reklínace) a pokusy o jeho odstranění. Tyto jeho práce ovlivnili v následujících 1300 let nejen vývoj očního lékařství, ale i medicínu celkově.

V arabských zemích byl významný Abú Alí Ibr Síná-Avicenna (cca 980-1037), který šedý zákal operoval otevřením oka a kladl velký důraz na klimatickou léčbu.

Dále se na vývoji v léčbě očních vad podíleli i umělci, jako Leonardo da Vinci (1452-1519) či Johannes Kepler (1571-1603).

Nemoci oka tvořili až do 18. století spíše náplň lidového léčení. Teprve v průběhu 18. století nastal posun a oční lékařství, oftalmologie se oddělila od chirurgie a stala se samostatnou vědeckou disciplínou. Začala vznikat specializovaná zařízení a instituce, která se zaměřovala na pomoc a podporu zrakově handicapovaných. Toto se rozvíjelo v průběhu 19. a 20. století a rozvíjí se i dnes. (Oláh, 1998)

2.1 Významné osobnosti a ústavy ovlivňující historický vývoj péče o zrakově postižené

V této podkapitole bych ráda zmínila několik osobností a ústavů, které se zasloužili o rozvoj péče, možností a uplatnění zrakově postižených osob.

Josef Julius Barbier (1767-1841)

Jako první dospěl k závěru, že pro nevidomé jedince je vhodné bodové písmo. Vypouklý bod v papíře je hmatem čitelnější nežli vypouklá přímka či křivka. Sestavil abecedu o dvanácti bodech, avšak pro svůj velký rozměr bylo toto písmo špatně čitelné a vyžadovalo vysoké množství místa. Přesto na základě doporučení Akademie věd v Paříži se roku 1821 začalo využívat v praxi. Toto písmo bylo určeno výhradně nevidomým a nepočítalo se s tím, že by ho mohl vidící člověk lehce zvládat, proto bylo využíváno především pro nevidomé od útlého věku.

Louis Braille (1806-1852)

Tento významný badatel je znám díky zjednodušení Barbierova 12 ti bodového písma, na 6 reliéfních bodů, ze kterých vytvořil obdélníky seřazené do dvou třibodových sloupců, uspořádaných svisle pod sebou. Docílil tak toho, že všechny body byly umístěny v rozsahu hmatového pole jednoho prstu.

Jan Vilém Klein (1765-1848)

Zakladatel a první ředitel Vídeňského ústavu pro nevidomé. Významným se stal také díky jehlovému písmu. (pozn. na jednom konci jsou umístěny kovové hranolky a na druhém znaky Braillova písma. Díky tomuto vypichování je umožněn písemný kontakt s lidmi, kteří nemají zrak nijak postižen.

Oskar Picht (1871-1945)

Oskar Picht sestrojil stroj se sedmi klávesami pro šest bodů Braillovy abecedy a uprostřed mezerník, tzv. Pichtův stroj. Tento stroj je ovladatelný jednou rukou, takže je zde velká výhoda, že nevidomý může druhou rukou číst text, který opisuje.

Alois Klár (1763-1834)

Spoluzakladatel Hradčanského ústavu pro nevidomé. Tento ústav byl pátým slepeckým ústavem v Evropě. Roku 1832, díky neshodám v kuratoriu, odešel a otevřel si vlastní „Klárův ústav“. Roku 1833 založil ústav pro dospělé, kde byly zabezpečeny jejich základní potřeby, a nevidomí byli zaměstnáváni pro ně dostupnou činností.

Pavel Klár (1801-1860)

Syn Aloise Klára, byl předsedou kuratoria Klárova ústavu a zasloužil se o výstavbu nové, velké budovy pro ústav. Byl také literárně činný a popsal „Dějiny Klárova ústavu“. Několik let před svou smrtí oslepl a nemohl již tak ve své činnosti dále pokračovat.

Rudolf Klár (1845-1898)

Vnuk Aloise Klára usiloval o to, aby slepecká péče vyhovovala nejen mládeži, ale i dospělým lidem. Za svého života však realizoval pouze zřízení mateřské školy pro nevidomé děti „Pod Daliborkou“.

Jelikož ztráta zraku je různě závažná, a může nastat v jakémkoliv věku, stojí za zmínku i **Johann Sebastian Bach** (1685-1750), kterého postihla slepota ke konci života a i přes svůj handicap se své záliby a práce nevzdal a komponoval i na dále za pomoci svého syna, kterému diktoval. (Smýkal, 1994; Monatová, 1998)

Deylův ústav

Vznikl roku 1910 v Praze pod názvem „Deylova výchova slepých“. Pojmenován byl po významném lékaři Janu Deylovi, který mimo jiné prosazoval zásadu, že ústav se nesmí omezovat jen na pasivní péči a nevidomé, ale má je vychovávat k jejich pozdějšímu osamostatnění a zrovnoprávnění nevidomých se zdravými. (www.tyflonet.cz)

Domov pro zrakově postižené Palata

Domov pro zrakově postižené Palata byl zřízen roku 1888 ke čtyřicátému výročí vlády císaře Františka Josefa I, jako zaopatřovací ústav pro slepce, kteří nejsou schopni výděлку a vzdělání, jsou chudí a příslušející do Čech. Po svolení panovnického domu 13. prosince 1888 se humanitární zařízení začalo jmenovat Spořitelnou českou založený Ústav pro zaopatřování slepců Francisco Josephinum.

Stanovy Spořitelnou českou založeného Ústavu pro zaopatřování slepců Francisco Josephinum přesně definovaly závazný program a účel nového zařízení. Dále vymezovaly pravomoci devítičlenného ředitelství či správní rady. Na textu Nadační listiny, která ukládala jak pečovat o náležitě, odpovídající a včasné navyšování výtěžku nadačního jmění ve prospěch slepců Ústavu, se shodli všichni členové správní rady, mezi nimiž byl i ředitel Klárova ústavu pro zaopatřování a zaměstnávání dospělých slepců. V předstihu byl vypracován Domácí řád i podmínky pro přijetí chovanců.

K oficiálnímu otevření Ústavu došlo 25. listopadu 1893 s dvacetičlenným personálem. Tehdy to bylo pro 27 žen a 15 mužů. Kronikář Franz Endler zaznamenal ve své kronice, co vše se pro nevidomé už v prvních letech změnilo k lepšímu. Existenční jistota byla zajišťována jednorázovými příspěvky spořitelny a nadacemi, mimo jiné také mimořádnými finančními a věcnými dary u příležitosti návštěv významných státních příslušníků či církevních činitelů. Propojení Ústavu Francisca Josephina a Spořitelny české bylo natolik těsné, že vrcholní úředníci Spořitelny se občas přímo podíleli na řízení ústavu.

S vyhlášením Českosloveské republiky mizí z názvu Ústavu slova Francisco Josephinum a vzniká název Ústav pro zaopatřování slepců na Smíchově Palata. Po první světové válce se vyskytují existenční problémy Palaty související s finančními potížemi Spořitelny české, která ztratila někdejší dominantní postavení mezi pražskými finančními domy. Ředitelství Ústavu se tak často muselo obracet na státní a zemské úřady, podnikatele, veřejné instituce a soukromé osoby. Aby měl Ústav na zaplacení dluhů, do kterých se dostával, využíval okrajové pozemky k pronájmům a prodeji.

Roku 1925 se podařilo ředitelství Ústavu odvrátit návrh generálního inspektora československé branné moci přeměnit Palatu ve výcvikové středisko armádních ošetřovatelek a po dlouhých jednáních také Ústavu přestala hrozit tzv. středobělohorská silnice, která měla vést jen několik desítek metrů od vchodu a zcela by tak narušila klidovou zónu zahrady.

Roku 1929, po příchodu sester dominikánek z kongregace v Olomouci- Řepčíně nastává období uklidnění, všestranného zlepšení a relativní prosperity Ústavu. Sestry vnesly do každodenního života ústavu potřebné organizační jistoty, pořádek a pravidelnost. Po událostech roku 1938 a po okupaci se však začalo schylovat k vyhnání nevidomých z Palaty.

V roce 1940 je ředitelství Ústavu doručen příkaz k bezpodmínečnému vyklizení budovy z důvodu zřízení útulku pro německé vychovatelky. Roku 1941 se tedy bezmála sedmdesát nevidomých žen a mužů stěhuje na druhý konec Prahy, do letních pavilonů Klárova ústavu v Krči. K dalšímu přesunu dochází v roce 1943 do ústavu Pod Bruskou, kde se nacházel i německý polní lazaret. Návrat zpět do prostor Palaty přichází v roce 1945.

V roce 1950 dochází k zestátnění Ústavu pro zaopatřování slepců Palata. Palata se až do sedmdesátých let 20. století potýkala s nedostatkem personálu. Jeden z důvodů byl odchod sester dominikánek. V období normalizace se pak podařilo tehdejší ředitelce zvýšit personální stav o „kolektiv“ řeholnic z Kongregace šedých sester. Přestože trvá značný nepoměr mezi potřebou dalších zdravotních sester, případně ostatních pomocných pracovníků, dějí se pokusy o zavedení moderních metod socioterapie, především „pracovní činnosti nevidomých obyvatel za účelem duševní a tělesné rehabilitace.“

Od roku 1989 dojde ke změně názvu na Domov pro zrakově postižené Palata a stává se příspěvkovou organizací Magistrátu hlavního města Prahy. Posláním Palaty za účasti zástupců slepeckých organizací, členů Poslanecké sněmovny Parlamentu České Republiky, úředníků Magistrátu, ale také samotných klientů je „domov pro staré nevidomé občany, který poskytuje klientům potřebnou péči v plném rozsahu a všechny služby s takovou péčí spojené“.

V současné době je Domov pro zrakově postižené Palata moderní objekt, zajišťující péči v plném rozsahu dospělým a seniorům se zrakovým postižením. (www.palata.cz)

Domov pro zrakově Palata zmiňuji z důvodu, jelikož je jedinečným zařízením pro osoby se zrakovým handicapem a také jsem měla možnost v rámci praxe a výzkumného šetření navštívit jej a komunikovat i s jeho klienty.

2.2 Shrnutí vývoje vztahu společnosti ke zrakově postiženým

Od počátků, kdy se objevily první snahy naučit nevidomé číst a tím je tak pomoci zapojit do společnosti uplynula již dlouhá doba. Nejvýznamnější z historie pro nevidomé je Braillov systém, který se po celém světě dodnes využívá. Revoluční přínos pak měla pro nevidomé moderní elektronická technika, která je schopna informace předat v hmatové či sluchové podobě a zjednodušit tak kontakt mezi nevidomým a zdravým člověkem. Toto se týká především jedinců, kteří přijdou o zrak v pozdějším věku, kdy již schopnost naučit se hmatem Braillovo písmo je velmi nereálná. Hmatové buňky na konečcích prstů u starších osob již nejsou tak citlivé, aby dokázaly jednotlivé body rozpoznat. Je možné využívat moderní elektronickou techniku, která mnohé usnadní a z části pomůže se, se získaným handicapem naučit žít, ale to se týká především osob „mladších“, v dospělém věku. Pro osoby v seniorském věku je většinou velmi obtížné a často i nereálné moderní techniku využívat. Velkou roli zde hraje, zda jedinec před ztrátou byl v kontaktu a pracoval s jakoukoli technikou – počítače, mobilní telefony, a podobné. Z vlastní zkušenosti vím, že senior, který pracoval před získáním tohoto handicapu, s počítači, využíval mobilní telefon, měl přehled v této problematice, má pak menší problém využívat kompenzační pomůcky tohoto typu.

Vztah společnosti ke zrakově postiženým, a nejen k nim, byl úzce spjat s vývojem společnosti samotné. V období starověku bylo přežití a existence člověka spojeno především s jeho zdatností. Pokud tedy nastala situace, že jedinec nebyl schopen se o sebe postarat a být prospěšný i pro společnost, byl ztracen. V období středověku se rozvíjí křesťanství a s tím spjaté charitativní postoje. Novověk se již vyznačuje zájmem o člověka a jeho důstojnost.

Zlom přichází v období nejnovějších dějin a následné moderní společnosti, když již dochází k opravdovému rozvoji v péči o zrakově postižené a společnost takto handicapované neztracuje. Jednou z příčin tohoto zvratu byly války, které s sebou nesli mnoho zranění, nevyjímaje zranění zraku a následnou ztrátu. V dnešní době je plně rozvinuta pomoc a podpora jedincům, kteří vlivem úrazu nebo věku ztratili zrak. Společnost na ně nenahlíží, jako na jedince, který by měli být vyčleněni, ale naopak se snaží zajistit mu takové podmínky, aby mohl i nadále žít plnohodnotný život, jako zdravý člověk. (Jesenský, 2000)

3 KLASIFIKACE OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Mnoho autorů například Květoňová-Švecová (2000), Nováková (in Vítková, 2004) nebo Ludíková (2006) vymezují klasifikaci zrakového postižení dle následujících kritérií:

Podle **příčin vzniku** zrakového postižení – zrakové postižení **orgánové** a **funkční**. Při orgánovém postižení bývá poškozen přímo zrakový orgán, při postižení funkčním je jeho výkon pouze oslaben.

Podle **doby vzniku** – **vrozené** a **získané**.

Ludíková (2006) rozlišuje dělení zrakových vad podle délky trvání na zrakové postižení **akutní** (krátkodobé), **chronické** (dlouhodobé) a na **recidivující** (opakující se) nebo podle prognózy na **stacionární** (ustálený stav) a **progresivní** (postupně zhoršující se stav).

V odborné literatuře se nejčastěji dočteme o klasifikaci zrakových vad podle stupně zrakového postižení. Autoři jako například Květoňová-Švecová (2000) uvádějí v rámci tohoto dělení dva stupně zrakového postižení – slabozrakost a nevidomost.

Vágnerová (2004) rozlišuje tři stupně zrakového postižení – slabozrakost, praktickou nevidomost a nevidomost.

Osoby se zrakovým postižením se rozdělují podle stupně postižení na:

- osoby nevidomé,
- osoby se zbytky zraku,
- osoby slabozraké,
- osoby s poruchami binokulárního vidění (Ludíková, 2006; Nováková in Vítková, 2004; Renotiérová, 2003).

3.1 Osoby slabozraké

Slabozrakost je charakterizována jako nezvratný úbytek zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně nebo je zorné pole zúženo na 20 stupňů bilaterálně bez ohledu na centrální zrakovou ostrost.

Projevuje se snížením rychlosti a přesnosti zrakových schopností a deformací zrakových představ. Objevují se těžkosti v samostatném pohybu a v prostorové orientaci. Důležitá je reedukace zraku. (Hamadová a kol., 2007)

Slabozrakost je „*ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně.*“ (Kraus in Ludíková, 2006, str. 13) Jedná se o orgánovou vadu, kdy může být poškozeno jak zevní, tak i vnitřní oko, zrakové dráhy či zrakové centrum v mozku. Příčinou je buď vrozené či získané postižení způsobené vlivem onemocnění jako je krátkozrakost, dalekozrakost, nebo atrofie zrakového nervu. (Květoňová, 1993)

Podle stupně postižení zrakové ostrosti autoři rozlišují dva, jiní tři stupně slabozrakosti.

Kraus (in Ludíková, 2006) rozlišuje slabozrakost **lehkou** (zraková ostrost od 6/18 do 6/60 nebo je zorné pole zúženo pod 20 stupňů) a **těžkou** (zraková ostrost od 6/60 do 3/60).

Jiní autoři jako Ludíková (2006), Hamadová, a kol. (2007) dělení doplňují o stupeň **střední slabozrakosti**. Podle nich se slabozrakost rozděluje na slabozrakost **lehkou** a **střední** – zraková ostrost od 6/18 do 6/60 a slabozrakost **těžkou** – zraková ostrost od 6/60 do 3/60.

Slabozraké osoby mívají omezené, neúplné či zkreslené zrakové představy o světě, snížený grafický výkon, v oblasti společenského nebo pracovního uplatnění mívají potíže, pokud nedojde k potřebným úpravám. Jejich práce musí být založena na přísné zrakové hygieně, tzn. Zajištění vhodné světelné intenzity, odpovídajícího typu nebo velikosti písma nebo časového omezení práce postiženého do blízka, zajištění kontrastnosti sledovaných jevů, zamezení oslnění. (Ludíková, 2006)

3.2 Osoby se zbytky zraku

Lidé se zbytky zraku patří do skupiny osob s druhým nejtěžším stupněm zrakového postižení. Částečně vidící osoby představují skupinu mezi slabozrakými a nevidomými osobami. Vizus se nachází v rozmezí 3/60-1/60 nebo je zorné pole omezeno na 5 až 10 stupňů kolem centrální fixace. Tyto osoby využívají brýlovou korekci, kdy jsou schopny rozpoznávat prsty těsně před očima a za pomoci optických pomůcek jsou schopny číst plakátové písmo. Dochází zde ke snížení až deformaci zrakových schopností a k obtížím při prostorové orientaci, při které nejsou vždy schopni využít zrak.

V minulosti se tato skupina označovala jako osoby částečně vidící, osoby s praktickou slepotou, osoby těžce slabozraké. Jedná se o skupinu osob s praktickou nevidomostí, jelikož se u nich projevuje pokles zrakové ostrosti v rozmezí od 3/60 do 1/60 nebo je zorné pole omezeno v rozmezí 5-10 stupňů. Stav zrakového vnímání se může zlepšit, stagnovat nebo může dojít k progresi, v nejhorším případě může postižený jedinec úplně oslepnout. Důvodem vzniku této skupiny bylo psychologické a speciálně pedagogické hledisko. Tito lidé vyžadují

odlišný přístup než lidé pouze slabozrací nebo nevidomí. (Hamadová a kol., 2007; Ludíková, 2006)

U osob se zbytky zraku jsou projevy jako u osob nevidomých, ale i osob vidomých. Podle Hamadové a kol. (2007) lze rozdělit tyto osoby do dvou skupin na osoby, které dávají přednost poznávání nevidomých a na ty, jež dávají přednost poznávání vidomých. Při výuce nebo reedukaci se snaha obrací k využívání jejich zbylého zrakového vnímání, a to za přísných pravidel zrakové hygieny. Je zde snaha o vhodné naučení kompenzovat své postižení hmatem, sluchem nebo různými kompenzačními pomůckami. (Hamadová a kol., 2007)

3.3 Osoby nevidomé

Osoby nevidomé se řadí do skupiny osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení. Kraus (in Ludíková 2006, str. 12) definuje nevidomost jako „*ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 – světlocit*“.

Nevidomost se rozlišuje na **nevidomost praktickou**, kdy pokles centrální zrakové ostrosti se nachází v rozmezí od 3/60 do 1/60 nebo je poškozeno zorné pole v rozmezí 5-10 stupňů. **Skutečná nevidomost** je charakterizována poklesem centrální zrakové ostrosti v rozmezí 1/60 až po zachovaný světlocit nebo poruchou zrakového pole pod 5 stupňů. **Plná slepota**, jejíž vymezení se pohybuje od zachovaného světlocitu s chybnou světelnou projekcí až po ztrátu světlocitu, neboli úplnou ztrátu zrakového vnímání. (Kraus in Ludíková, 2006; Ludíková in Valenta, 2003)

Autoři jako Květoňová (1993) či Nováková (in Pipeková, 2006) rozdělují nevidomost pouze na **praktickou** – pokles zrakové ostrosti od 3/60 do 1/60 nebo poškození zorného pole v intervalu 5-10 stupňů, a **totální** – pokles zrakové ostrosti od 1/60 až po zachovaný světlocit nebo po stav úplné ztráty zrakového vnímání. Tato kategorie tedy zahrnuje dvě předešlé Krausovy kategorie – skutečnou a plnou nevidomost.

Důsledkem zrakového postižení na stupni nevidomosti je úplná neschopnost vnímat okolní svět zrakem. Určitý informační deficit je pak nutné kompenzovat nižšími a vyššími kompenzačními činiteli. V případě nižších kompenzačních činitelů se jedná především o sluch a hmat, v případě vyšších kompenzačních činitelů jde o paměť, představivost, koncentraci, myšlení nebo řeč.

Nevidomí mají potíže v oblastech života, jako je prostorová orientace, samostatný pohyb, společenské a pracovní uplatnění. Při svém handicapu využívají mnoho kompenzačních pomůcek, ať už se jedná o speciálně upravené počítače s hlasovým nebo

hmatovým výstupem nebo pomůcky každodenní potřeby. (Nováková in Pipeková, 2006; Hamadová a kol., 2007; Ludíková, 2006)

3.4 Osoby s poruchou binokulárního vidění

Binokulární vidění je schopnost obou očí vytvořit obraz pozorovaného předmětu. Není vrozené, ale vyvíjí se od narození přibližně do šesti až sedmi let věku. V rámci této kategorie se rozlišují dvě zrakové vady – tupozrakost (amblyopie) a šilhavost (strabismus). Jedná se o funkční vady, které způsobují výrazné potíže v prostorovém vnímání, ve zrakové syntéze a analýze, špatnou koordinaci zraku a motorických činností rukou. Vždy je důležitá včasná diagnostika a následná medicínská a speciálně pedagogická péče. Čím dříve se s nápravou poruch binokulárního vidění začne, tím lépe je možné dosáhnout jejich omezení nebo úplného odstranění. (Ludíková, 2006)

Tuto klasifikaci jsem zde uvedla, přestože přímo nesouvisí s tématem mé práce, z důvodu, protože si myslím, že v dnešní době je toto aktuální téma a mnoho rodičů přesto podceňuje následky této vady, které v dospělosti mohou mít pro jedince nepříznivý dopad.

3.5 Klasifikace dle WHO:

World Health Organization – Světová zdravotnická organizace uvádí rozdělení zrakového postižení podle nejlepší možné zrakové ostrosti na lépe vidoucím oku a podle omezení zrakového pole. Osoba bez těžké zrakové vady by měla mít zrakovou ostrost lepší než 6/18. (Ludíková, 2006)

1. **Střední slabozrakost** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí – maximum menší než 6/18 – minimum rovné nebo lepší než 6/60
2. **Silná slabozrakost** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí – maximum menší než 6/60 – minimum rovné nebo lepší než 3/60
3. **Těžce slabý zrak** – a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí – maximum menší než 3/60 – minimum rovné nebo lepší než 1/60, b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4. **Praktická nevidomost** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebí omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena
5. **Úplná nevidomost** – ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí (www.sons.cz)

4 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY A VADY ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ V DOSPĚLOSTI A SENIORSKÉM VĚKU

V této kapitole se věnuji příčinám zrakového postižení v dospělosti a seniorském věku, proto bych blíže specifikovala nejčastější z nich. Patří mezi ně Diabetická retinopatie, věkem podmíněná kulární degenerace, atrofie zrakového nervu, Glaukom, Katarakta. V úvodu kapitoly je uvedena stručná anatomie oka.

Stěna oční koule (bulbus oculi) je tvořena třemi vrstvami.

- **Zevní** vrstvou, která se diferencuje na **rohovku** (kulár) a **bělimu** (sclera).

Rohovka (kulár) zaujímá 1/6 přední části, tvoří průhledný přední díl a je vyklenuta dopředu. **Bělina** (sclera) tvoří 5/6 povrchu zadní části. Je podpůrnou tkání tvořenou kolagenním vazivem. Udržuje tvar oka a poskytuje mechanickou ochranu.

- **Střední** vrstvou, která je nazývána **živnatka** (uvea), a je tvořena **cévnatkou**, **řasnatým tělískem** a **duhovkou**.

Živnatka je tvořena z kolagenního vaziva, které obsahuje četné cévy a melanocyty. Zadní část je označována jako **cévnatka** (choroidea). Její vlásečnice (kapiláry) zajišťují výživu sítnice (retina). V přední části se cévnatka (choroidea) mění v **řasnaté tělísko** (corpus ciliare) a duhovku (iris). **Duhovka** (iris) má vzhled tenké cirkulární ploténky s kruhovým otvorem uprostřed. K řasnatému tělísku je připojena závěsným aparátem čočka (lens). Jedná se o průhlednou tkáň, která se ovšem s přibývajícím věkem postupně zakaluje. Může docházet tímto zakalením ke zhoršenému vidění (vznik katarakty).

- **Vnitřní** vrstvou, kterou tvoří **sítnice**.

Sítnice (retina) se rozprostírá ve vnitřní vrstvě oka. Vystýlá celou dutinovou stranu oční koule až k okraji duhovky. Dělí se na **dva oddíly**. V zadní části oční koule se nachází optická část sítnice, **zadní oddíl**, který je podstatný pro vidění. Jedná se o tenkou a křehkou blánu, která má červené až oranžové zbarvení, které je zapříčiněno prosvítáním cév cévnatky. **Přední oddíl** se nazývá slepá část sítnice. Ten je přiložen k vnitřní straně řasnatého tělesa a duhovce. V zorné ose oka leží část sítnice, která je místem nejostřejšího vidění. Má žlutozelené zbarvení, proto se nazývá **žlutá skvrna** (macula lutea). Část sítnice, která

postrádá fotoreceptory, se nazývá **slepá skvrna**. Zde z oční koule vystupuje **zrakový nerv** (nervus opticus). (Kraus a kol., 1997; Rozsival et. Al., 2006 ; Synek, Skorkovská, 2004)

Příčinami zrakového postižení jsou poruchy či vady v části zrakového ústrojí – v oblasti zevního oka-receptoru, nervových drahách, které zajišťují spojení mezi okem a mozgovým centrem, tzv. oční nerv, nebo postižení přímo ve zrakovém centru v mozku. (Slowík, 2007)

4.1 Diabetická retinopatie

Diabetická retinopatie je jedním z nejčastějších postižení a je úzce spjata s pozdní orgánovou komplikací diabetu. Objevuje se až po nějakém čase, v řádu mnoha let. Platí úměra, čím lépe je diabetes kompenzován, tím později se oční komplikace mohou objevit.

Toto postižení je způsobeno **dvěma příčinami**. **První** je komplikace v souvislosti s proliferativní diabetickou retinopatií. Zde dochází ke krvácení do sklivce a trakční odchlípení sítnice. Postižení jsou převážně mladí diabetici závislí na inzulinu (diabetes 1. Typu). Typický je zde sklon k tvorbě nových cév, které jsou velmi křehké a bývají tak zdrojem krvácení.

Druhou příčinou jsou potíže spojené se vznikem diabetické makulopatie. Vlivem změny, jako je vysoká hladina cukru v krvi, dochází k poškozování cévní stěny kapilár, tím i k propustnosti jejich stěn a tedy průniku tekutiny do tkáně sítnice. To má za následek vznik edému, dochází k uzavírání cév a k hypoxii sítnice. Ta pak vyvolá vznik novotvořených cév, které jsou nekvalitní a mají tendenci krváčet do sklivce. Toto pak vede až k trakčnímu odchlípení sítnice. To pak může vést až k úplné nevidomosti. V tomto případě bývají převážně postižení lidé, kteří překročili střední věk, a jsou na inzulinu nezávislí nebo užívají antidiabetika ve formě tablet (diabetes 2. Typu.) (Finková a kol., 2012; Kolín, 2007)

Základem **léčby** diabetické retinopatie je plná kompenzace diabetu a úzká spolupráce oftalmologa a diabetologa. Ta spočívá především v pravidelných kontrolách očního pozadí. U proliferativní formy DR je jediná účinná léčba, a to pomocí laseru. V několika sezeních se ošetří celá sítnice a dojde tak k zlepšení oběhových poměrů a především její výživy v okulární oblasti. Také je možné podstoupit tzv. vitrektomii (odstranění sklivce nitrooční mikročirurgickou operací), kdy u 50 – 90 % operovaných dojde k obnovení zrakové ostrosti alespoň pro orientaci v prostoru. (Kraus a kol., 1997)

4.2 Glaukom-zelený zákal

Glaukom je charakterizován skupinou chorobných stavů, kdy dochází k poškození terče zrakového nervu, neuropatii zrakového nervu. Z tohoto pak vycházejí i změny zorného pole. Typickým znakem je vyšší nitrooční tlak, který uvedené změny způsobuje. (Kraus, 1997)

Glaukom lze klasifikovat dle příčiny vzniku na primární a sekundární glaukom a dle šíře komorového úhlu na glaukom s otevřeným a uzavřeným komorovým úhlem. (Finková a kol., 2012)

Glaukom s otevřeným úhlem

U této formy glaukomu dochází ke zvýšení nitroočního tlaku v trabekulárním systému, kam se ale tekutina dostává bez překážek. U Prostého glaukom, neboli primárního glaukomu s otevřeným úhlem se nitrooční tlak postupně zvyšuje. Toto zvyšování není spojeno s jiným onemocněním.

Počátek i postup onemocnění bývají velmi plíživé. Dochází k postupnému zužování zorného pole, které je však velice nenápadné a onemocnění tak bývá většinou zachyceno pozdě. U sekundárního glaukomu s otevřeným úhlem dochází k omezení odtoku oční tekutiny patologickým materiálem z jiného očního onemocnění.

Glaukom s uzavřeným úhlem

Tento typ glaukomu se projevuje uzavřením odtokové cesty. Nitrooční tekutina se nedostává do trabekulární tkáně. Primární glaukom s uzavřeným úhlem, tzv. angulární glaukom vzniká u anatomicky predisponovaných očí, tzn. Malé oči, kde je přítomen uzávěr komorového úhlu naléhající na duhovku. Projevem je zpravidla akutní glaukomový záchvat – bolest hlavy a oka, pocity na zvracení, rychlý pokles vidění. Díky těmto obtížím bývá diagnóza často odhalena včas. Sekundární glaukom s uzavřeným úhlem pak vzniká uzávěrem komorového úhlu patologickým materiálem z jiného onemocnění. (Kraus a kol., 1997)

Glaukom je druhou nejčastější příčinnou nevidomosti. Jeden z důvodů je, že zpravidla probíhá dlouhou dobu bez příznaků. Nemocný člověk nepocítuje žádné obtíže a nemá tak potřebu vyhledat očního lékaře. Díky tomu je pak bohužel stanovena pozdní diagnóza. Často až v terminální fázi onemocnění, při zhoršení centrální zrakové ostrosti. Postihuje přibližně 2% populace nad 40 let a s přibývajícím věkem toto procento narůstá. Ačkoliv se vyskytuje převážně u osob seniorského věku, může vzniknout kdykoliv během života. Doporučuje se po 45tém roku absolvovat alespoň jednou za dva roky oční vyšetření. Oftalmolog dokáže pomocí přístrojů rozpoznat i počínající zelený zákal. (Rozsival, 2006)

Akutní glaukom

Ve vzácných případech se může objevit zelený zákal náhle, tzv. záchvat. V takovém případě jsou příznaky nepřehlédnutelné (mlhavé vidění, zarudlé oči a oční víčka, nevolnost, bolest oka, která může vystřelovat i do jiných částí těla). Nemocný člověk vyhledá lékařskou pomoc neprodleně. (www.zeleny-zakal.cz)

4.3 Věkem podmíněná kulární degenerace (VPMD)

Věkem podmíněná makulární degenerace bývá nejčastější příčinou praktické slepoty u osob nad 60 let. Podle zdravotnických statistik se odhaduje počet nových pacientů s VPMD v České Republice na tisíc ročně. VPMD představuje závažný zdravotně sociální problém a je především projevem stárnutí. Toto onemocnění je charakterizováno postupným progresivním úbytkem kapilár v choriokapilaris. Ta zajišťuje látkovou výměnu kulární oblasti sítnice. Pokud je úbytek kapilár vysoký, dochází k nedostatečné výživě makuly a následně tak nezvratně klesá zraková ostrost. (Rozsival, 2006)

U Věkem podmíněné kulární degenerace (VPMD) lze rozlišit dvě formy: suchou a vlhkou

Suchá forma je způsobena zánikem kapilár v choriokapilaris kulární oblasti. Postižený jedinec si stěžuje na pomalý pokles zrakové ostrosti. Projevem jsou zprohýbaná písmena či linie (metamorfopsii), vznik malých skotomů (míst na sítnici, které nereagují na dopadající světlo) v centrální části zorného pole. Obtíže nastávají především při čtení. Postupně vzniká centrální skotom až praktická nevidomost. V souvislosti s degenerací pigmentového epitelu, může vznikat chrupavčitý materiál (malá okrouhlá běložlutavá ložiska hluboko v sítnici) tzv. drúzy. Tyto se obvykle dlouhou dobu, i několik let, nemění a nemají vliv na vidění. Ovšem v okamžiku, kdy se začnou zvětšovat a splývat, znamenají vysoké riziko progresu do formy vlhké.

Vlhká forma je způsobena růstem novotvořených cév z cévnatky. Tyto cévy pronikají pod pigmentový epitel a později i pod sítnici, kde se šíří jako podsítnicová (subretinální) membrána. Problém nastává kvůli jejich patologicky zvýšené propustnosti tekutiny pod sítnici. Dochází k odloučení pigmentového epitelu, což je spojeno s náhlým a výrazným poklesem zrakové ostrosti a vznikem rušivých metamorfopsií. Často se stává, že novotvořené cévy prosakují a krvácejí do subretinálního prostoru. Toto stimuluje tvorbu vazivové tkáně a v makule se vytváří vazivový útvar. Ke zhoršení zraku dochází během několika týdnů, což je oproti suché formě rychlejší a dramatictější průběh. (Rozsival, 2006)

Projevy věkem podmíněné kulární degenerace (VPMD) jsou zpočátku velmi nenápadné. Dochází ke zhoršení zraku za soumraku či za tmy, vidění je jakoby zamlžené, barvy nejsou již tak jasné. Většinou dochází k postižení nejprve jen u jednoho oka, tím se může snížit možnost subjektivního rozpoznávání příznaků jako již zmíněný zamlžený pohled, šedá místa v centru vidění (centrální skotom), zprohýbaná písmena či linie. Vysoké riziko je u osob, které nosí brýle, jelikož často prvotním příznakům nevěnují pozornost a považují je za součást své vady. Odhalit onemocnění v počátečním stadiu je možné jednoduchým testem doma, tzv. Amslerovou mřížkou (viz příloha č. 1). Pokročilejší stadia nemoci, se již projevují zřetelněji, avšak poškození makuly je již bohužel nevratné. (www.degeneracemakuly.cz)

Na vzniku věkem podmíněné kulární degenerace (VPMD) se podílejí jak vlivy prostředí, tak vlivy genetické. Díky odborným studiím existují důkazy o tom, že výskyt VPMD v rodině je rizikovým faktorem pro rozvinutí tohoto onemocnění. U sourozenců pacientů s VPMD je přibližně čtyřikrát vyšší riziko rozvoje nemoci než u ostatní populace. (Kolář, 2008)

Mezi **rizikové faktory**, které bývají spojovány se vznikem a rozvojem VPMD patří cerebrovaskulární onemocnění, ateroskleróza, vyšší hladina cukru v krvi, diabetes, kouření, UV záření, užívání antihypertenziv, stres, apod. Největším rizikovým faktorem je však věk. Je prokázáno, že prevalence – počet nemocných na 100 000 obyvatel k určitému datu i incidence – počet nemocných s nově vzniklým onemocněním na 100 000 obyvatel za období přesně definované, a také progresse veškerých forem VPMD, narůstá s věkem. (Kolář, 2008)

V oblasti **léčby** se u vlhké formy využívá fotodynamická terapie a anti-VEGF léčba. U suché formy se podávají antioxidanty, jako vitamin C, vitamin E, karotenoidy. Léčba bohužel zatím není k dispozici. (Kolář, 2008)

4.4 Atrofie zrkového nervu

Atrofie zrkového nervu bývá nejčastějším onemocněním zrkového nervu a zrkových drah. Jedná se o výsledný stav, který vznikl vlivem různých patologických procesů a způsobil tak odumření nervových vláken.

Projevuje se změnou barvy papily, z normální růžové na bledou, bílou nebo šedou. To je základním klinickým oftalmoskopickým znakem. Příčinou této změny je vymizení drobných cév a kapilár na terči. Na terči se zároveň ztrácí kapilární kresba, fyziologická jamka se mění na patologickou. Nejčastějšími **příčinami** bývají mechanické úrazy zrkového nervu, zánětlivá, toxická poškození, dědičnost, tumory.

U **léčby** je důležitá včasná diagnostika, jelikož atrofie zrakového nervu je nevratná. V dnešní době se mimo medikamentů využívá magnetoterapie. (Hamadová a kol., 2007; Hycl, 1999; Oláh, 1998)

4.5 Odchlípení sítnice

Odchlípení sítnice je závažné onemocnění, které vratně i nevratně ohrožuje vizus. **Příčinou** je odloučení sensorické části od pigmentového epitelu, který zůstává fixován k cévnatce, a dochází k hromadění tekutiny mezi neuroretinou a pigmentovým epitelem. Díky tomuto odchlípená část postupně odumírá pro nedostatek živin, jelikož je oddělena od podpůrných vrstev.

Rizikovými faktory jsou degenerativní změny sítnice při diabetu, úrazy, vysoká myopie, a podobně. **Symptomy** se projevují jako světelné záblesky, snížená zraková ostrost, výpadky zorného pole. **Léčba** je prováděna chirurgickým zákrokem. Dále se při léčbě využívá opásání oční koule, laserová fotokoagulace či kryoterapie, dále optické pomůcky, úprava osvětlení. (Autrata, 2002)

4.6 Katarakta – šedý zákal

Šedý zákal postihuje především jedince ve věku nad 65 let (50%) osob, je však zřejmé, že ho lze nalézt i u mladších osob. (Kraus, 1997) Vedle senilní katarakty existují katarakty posttraumatické, toxické, při jiném onemocnění, a podobně. Základní příčinou u senilní katarakty je ztráta vody a s ní související změny v komplikovaných metabolických procesech, které udržují průhlednost čočky. (Oláh a kol., 1998)

Patogeneze tvorby šedého zákalu má vzhledem k věku multifaktoriální charakter. Změny jsou provázeny nižšími koncentracemi draslíku, vyššími koncentracemi vápníku a sodíku, dále chemickými změnami čočkových proteinů s tvorbou pigmentace a zvýšenou hydratací čočky. Toto je doprovázeno zvyšováním hmotnosti čočky, zvětšováním předozadní délky což má za následek pokles akomodační schopnosti. (Finková a kol., 2012)

Příčinami katarakty může být traumatické poškození, Diabetes Mellitus (cukrovka), Hypokalcemie, poruchy výživy, genetická zátěž (výskyt v rodině). (Finková a kol., 2012)

Rozsival, (2006) uvádí rizikové faktory jako UV záření, konkrétně pak dlouhodobá expozice. Zde je doporučena ochrana slunečními brýlemi. Jako další rizikový faktor je uvedeno kouření. Cigaretový kouř obsahuje látky, které narušují antioxidační obranný mechanismus čočky. Dále Diabetes Mellitus – cukrovka, a v neposlední řadě dlouhodobé podávání kortikosteroidů.

Léčba katarakty je v současné době chirurgická. Indikací pro operaci katarakty je u dospělých osob snížený vizus (zraková ostrost). Podstatou zákroku je odstranění zákalu (zakalená čočka je malým řezem pomocí ultrazvuku vyjmuta a implantací je nahrazena čočkou novou), tzv. extrakce. (Oláh a kol., 1998)

Katarakta – šedý zákal je v současné době celosvětově nejčastější příčinou poruchy zraku a v zemích třetího světa nejčastější příčinou slepoty. Pokud je včas podstoupen chirurgický zákrok (transplantace čočky), nemusí vést šedý zákal k slepotě. Dochází pouze ke snížení zrakové ostrosti. V České Republice a ve vyspělých zemích v drtivé většině ke slepotě nevede.

4.7 Poškození oka a jeho struktur při úrazech

Oko a jeho pomocné struktury jsou svým složením velmi komplikované. Na malém prostoru je uloženo mnoho tkání důležitých pro funkci, a proto z traumatologického hlediska je vždy nutná velmi přesná diagnóza poranění. Úrazy oka jsou způsobeny různými příčinami, jako poraněním tupým předmětem, chemickými látkami, teplem, ostrým předmětem, a podobně. Vždy záleží, jaká část oka byla poškozena. Mezi nejčastější úrazy patří mechanické poškození bulbu, víček, spojivek. Důležitá je vždy včasná první pomoc, rychlé odborné ošetření a včasná diagnostika. (Finková a kol., 2012)

5 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA OSOB OSLEPLÝCH V SENIORSKÉM VĚKU

Ztráta zraku v každém věku s sebou nese mnoho negativních vlivů. Takto postižený jedinec se náhle ocitne v situaci, kdy nemůže vykonávat téměř žádné činnosti, tak jak na to byl celý předešlý život zvyklý. Nedokáže se s jistotou pohybovat a orientovat ve svém bytě, nemůže vykonávat běžné denní činnosti, to co do té doby bylo samozřejmostí, jako oblékání, stravování, a podobně, je problémem. Člověk nedokáže bez pomoci vyjít z bytu či domu a dojít si nakoupit, jít do práce, nemůže číst ranní noviny, napsat sms... To vše s sebou nese velice negativní vliv na jeho psychiku. Velmi důležité je tedy zajistit, aby se takto „zraněný“ necítil méněcenný a jeho psychický stav byl podpořen v pozitivním slova smyslu. Důležité je, aby se nebránil a naučil se takové dovednosti, které mu umožní provádět základní denní úkony s co nejnižší mírou podpory druhého, a alespoň částečně mu umožní cítit se plnohodnotně a nezávisle.

Na mysl se vkrádá otázka, jaká doba musí uplynout, nežli člověk, který ztratí zrak je opět schopen zapojit se, postarat se o sebe, vyjít na ulici. Jestli tedy toho schopen vůbec někdy je.

Velký vliv na vyrovnání se, se ztrátou zraku má psychické rozpoložení, věk, osobnost zrakově postiženého, rodina a jeho okolí. Je to tedy velmi individuální proces. Velkou roli hraje, i zda se jedná o náhlou ztrátu zraku či je ztráta postupná. Někdo má chuť do života a bere svůj handicap tak, že se může naučit nové věci, snaží se s ním žít a sžít, jiný ho naopak přijímá jako trest, uzavře se do sebe a přestane komunikovat a spolupracovat s okolím. Pro většinu lidí však znamená ztráta zraku a tedy slepota v dospělosti či seniorském věku konec života. Neumí, nedokážou si představit, že takto někdo žije a že slepotou život nekončí. Objevuje se však strašák zvaný strach, strach z neznámého. (Čálek, 1991; Wiener, Rucká, 2006)

5.1 Slepota a stáří

Seniorský věk, stáří s sebou nese mnoho změn, nejenom těch tělesných ale i psychických. Každý se s těmito změnami vyrovnává jinak. U seniorů nebývají důsledky ztráty zraku již tak emočně vypjaté, jako u dospělých či dětí, projevují se spíše steskem a lítostí. Toto je spojeno s tím, že se mnohdy již vyskytují sekundární zdravotní problémy, které často omezují více, než samotné zrakové postižení. (Wiener, Rucká, 2006)

Bromley (In Wolf, 1982) uvádí, že přijímání stáří má několik strategií. První strategií je strategie **konstruktivní, tzv. optimální přístup ke stáří**. Člověk se stářím smířil a snaží se svým nastalým tělesným a duševním možnostem přizpůsobit. Postoj k životu je optimistický, snaží se o soběstačnost, přizpůsobivost novým situacím, tolerantnost. Druhou strategií je **závislost**, která se projevuje očekáváním péče ze strany druhých lidí. Centrem zájmu se stává vlastní osoba. Senior své problémy zveličuje, což mu umožňuje snadnější manipulaci s lidmi, kteří jsou v jeho blízkosti. Další strategií může být **obránný postoj**. Ten zaujímají osoby, které se nechtějí smířit se svým stářím. Snaží se být soběstační, obávají se závislosti na druhé osobě a hrozí se ztráty aktivního života. Projevují nepřátelství vůči mladým lidem. Mají tendence svalovat vinu na druhé osoby. Sebe nenávisť bývá obrácená proti sobě. Smrt je považována za možné vysvobození ze svého života. (Čížková, 2013, str. 84/85)

Tyto strategie tak mají velký vliv na to, jak se senior vyrovnává se svým onemocněním, handicapem, ztrátou zraku. U některého seniora může dojít ke změně strategie stáří, kterou doposud měl, ve většině případů v negativním slova smyslu. Jiný pak může prohloubit tu, ve které se nacházel před ztrátou zraku. (Čížková, 2013)

U osob v seniorském věku je třeba počítat s celkově nižší adaptabilitou. Hmatová práce bývá již značně obtížná, dochází k problémům v oblasti stability, sluchu i paměti. Senioři velmi často odmítají využívat kompenzační pomůcky. Důvodem je, „že je to příliš složité“. Typické také bývá podceňování vlastních možností a pasivita, která je opřena o spoléhání se na pomoc rodiny či pečovatelské služby, což je ale v tomto věku obecně obvyklé. Senioři často chápou návštěvy terapeutů i rodiny, jako společenskou událost a vyplnění volného času. S ohledem na vysoký věk handicapovaných je potřeba zaměřit se na činnosti, které přinášejí okamžitou pomoc, úlevu, radost. Určitou komplikací, která se u zrakově handicapovaných vyskytuje, jsou léty zažitá stereotypy.

Základní činností s handicapovaným seniorem by mělo být přizpůsobení technik pohybu takto postiženého a ovládnutí vlastního bytu a okolí, zaměřit se především na známá či důležitá místa, která přinášejí určité uspokojení. Dále vysvětlit nutnost zcela jiného pohybu po bytě, tak aby se handicapovaný senior cítil bezpečně a jistě, jelikož získaná jistota může probudit znovu životní vitalitu a motivaci k řešení problému. (Wiener, Rucká, 2006)

Jak již bylo zmíněno, stáří s sebou nese mnoho změn, objevují se nemoci oběhového systému, pohybového ústrojí, poruchy sluchu, objevují se deprese, poruchy paměti, demence. Je pak tedy zřejmé, pokud přidáme ztrátu zraku, je to pro mnoho seniorů bezvýchodná situace, která může vést až k sebevraždě, přestože jejich strategie stáří byla konstruktivní. (Čížková, 2013)

5.2 Akceptace ztráty zraku v dospělosti a vyšším věku

Velkým „strašákem“ při ztrátě zraku je její akceptace. Z velkých rolí zde hraje, jakým způsobem zraková vada nastala, zda se jednalo o pozvolnou, postupnou ztrátu zraku nebo naopak ztráta byla náhlá. Pokud se diagnóza vlekla několik let, jedinec si prošel obrovskou psychickou zátěží, především pokud se jednalo o střídavý stav zraku. Depresivní nálady jsou zde na denním pořádku, jsou dlouhodobé a opakují se. Jedinec má však možnost začít využívat psychoterapeutická či poradenská zařízení, kde mu mohou pomoci vyrovnat se a především určitým způsobem se připravit na přicházející ztrátu nežli jedinec, který o zrak přijde náhle. (Čálek, 1991)

Velice častou a velmi tvrdou překážkou při akceptaci zrakové vady jsou falešné naděje. *„V našich podmínkách se velmi často děje to, že oční lékař, který sám nedokáže věc akceptovat jako svůj ‘neúspěch’, udržuje osleplého pacienta ve ‘falešné naději’ i po celá dlouhá léta. Výjimkou nejsou ani desítky marných operativních zákroků. Takový pacient, místo aby se rehabilitoval a znovu zapojoval do společnosti, v nečinnosti čeká na ‘zázrak’ a dochází k celkovému úpadku.“* (Čálek, 1991, str. 80)

Moje osobní zkušenost je taková, že se toto děje. Z jakého důvodu ale? Proč udržovat člověka v marné naději tolik let, zatěžovat ho tolika náročnými operacemi, frustrujícími cestami, a podobně. Na jednu stranu postižený člověk tu naději chce, možná i potřebuje slyšet, ale musí být připraven i na tu variantu nepříznivou. Vždy je přeci lepší „počítat“ s horším a pak namísto toho třeba „přijde to lepší“. Nebát se oslovit odborníky, poradit se s nimi, nechat se tak trochu dopředu připravit. Nejtěžší situace nastává, pokud „falešnou naději“ podporuje i blízká osoba. Ta by naopak měla být „pevně nohama na zemi“ a postiženého podporovat. Samozřejmě nevyvracet mu „naději“, jelikož zbytečně mohou vznikat konflikty, které pro psychický stav nejsou přínosem nikomu, ale hovořit všeobecně o možnostech další existence i se získanou vadou.

Podle mého názoru je největším problémem u seniorů se získanou ztrátou zraku osvojování si speciálních dovedností, jakými jsou práce s kompenzačními pomůckami, chůze s bílou holí a v neposlední řadě především sebe obsluha. V mnohých případech se u seniorů objevují přidružená onemocnění, která jsou většinou spojena s jeho mobilitou. Pokud již senior používá opěrnou hůl, je pro něho těžké naučit se zacházet s holí pro nevidomé.

Je pravda, že existují hole, které splňují jak opěrnou, tak signalizační funkci. Ale problém zde vyvstává hned ve dvou případech. Za prvé toto seniorovi neumožní lepší orientaci v prostoru, pouze to signalizuje, že je nevidomý, a za druhé s tím právě spojené to, že mnoho lidí ani neví, jaký význam bílá barva hole má.

Dalším negativním vlivem může být, že senioři žijí v izolaci. Je pak o to těžší naučit je specifickým dovednostem. Řada z nich může mít pocit, že učit se něco nového již nemá cenu. Vlivem ztráty zraku přišli o své koníčky, tak proč se zaobírat nějakými novými. A v tomto sehrává další roli pocit osamělosti. V dnešní době mnoho seniorů žije v samostatné domácnosti. Jejich duševní stav je tak ztrátou zraku ještě více zasáhnut, jelikož nemají nikoho, kdo by jim pomohl a podpořil je.

V České Republice se péče o zrakově postižené opírá o zákon o sociálních službách (108/2006 Sb.), který vymezuje pomoc jako aktivizační služby, pečovatelské služby, odborné sociální poradenství, průvodcovské služby, a podobně. Osoby se zrakovým postižením mohou využít domovy pro zrakově postižené, jako jsou Domov pro zrakově postižené Palata v Praze nebo v Brně – Chrlicích Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením. Ráda bych ještě zmínila, co se týká finanční podpory, senior může získat příspěvek na péči.

Bezpochyby je ztráta zraku v seniorském věku obrovsky náročnou životní situací, se kterou je těžké se vyrovnat. Pokud se senior úplně neizoluje, a alespoň trochu se snaží, nemusí ztráta zraku ani u seniora znamenat konec smysluplného života.

6 ADAPTACE A INTEGRACE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH V DOSPĚLOSTI A SENIORSKÉM VĚKU

Jeden z hlavních problémů po ztrátě zraku jedince je emoční dopad, který s sebou nese celou řadu mnohých komplikací. Jedinec může mít pocit, že je někým pozorován a nemá možnost si vizuálně ověřit, zda tomu opravdu tak je. Naopak ale také může mít pocit, že stejně jako on nevidí, tak že jeho také nikdo nevidí, nepozoruje a může dojít k oslabení sociálních návyků jako je kultura oblečení, ochablá mimika, gestika. Často dochází k tomu, že se nevidomému nenechá dostatek času, aby si mohl udělat svoje činnosti sám, ale raději je to dokončeno za něj. Při takovém to jednání dochází k tomu, že se u handicapovaného prohlubuje pocit zbytečnosti a posiluje se jeho pasivita. V případě samostatného pohybu je pak velmi nepříjemné pro nevidomého mlčenlivé postrkování. Důležité je, aby nevidomý člověk zůstal držen v reálném světě, bylo mu vysvětleno, že přesto že on nevidí, svět zůstal dál. Například při procházkách mu popisovat okolí, říci co má na sobě, jak vypadá, a podobně. (Wiener, Rucká, 2006, str. 19- 40)

6.1 Adaptace na ztrátu zraku

Adaptace na zrakové postižení je velmi individuální proces. Závisí nejen na stupni postižení, zda se jedná o slabozrakost, zbytky zraku či úplnou ztrátu zraku, ale i na osobnosti každého člověka, na tom, jak se jedinec dokáže s nově vzniklou situací vyrovnat.

Adaptivní chování je definované jako takové, které „*směřuje k uspokojení potřeb a vyrovnání se s požadavky okolí, projevuje se jako hledání prostředků nebo řešení problémů, je vědomé, koncentrované, u člověka též splňování subjektivních přání a tužeb.*“ (Hartl, 2009, str. 211)

Adaptace je „*obecná vlastnost organismů přizpůsobovat se podmínkám, ve kterých existují, zahrnuje přizpůsobení se chování, vnímání, myšlení, postojů.*“ (Hartl, Hartlová, 2009, str. 16). V sociálním pojetí termín adaptace spočívá v procesu postupného přizpůsobování se jedince sociálním podmínkám. (Hartl, Hartlová, 2009)

Schopnost adaptace je u osob se získanou ztrátou zraku nejvíce zatěžována. Pro osoby s handicapem je náročnější přizpůsobit se podmínkám prostředí. Aby mohl postižený dosáhnout adaptace, je neustále nucen uchýlovat se k nejrůznějším kompenzačním technikám a řešení životní situace. (Kohoutek, 2009)

Mezi nejčastější kompenzační techniky patří například **agrese**, což je obranný dynamismus, který je považován za druh obrany útokem. Dále **ambivalence**, která je prožívána jako střetnutí vzteku a odpuštění, lásky a nenávisti, chladu a vřelosti, úcty a pohrdání, naděje a zoufalství, jde o tzv. dvojznačnost prožívaných pocitů. **Izolace** neboli zůstávání stranou. **Anestezie**, jedná se o druh únikové obrany před neadekvátními pocity. Může se jednat buď o obranu psychologickou anestezí (popření, vytěsnění) nebo obranu fyziologickou anestezí (alkohol, sedativa, analgetika). **Kompenzace**, je velice důležitý adaptační prostředek, který osobnosti umožňuje vyrovnat se především s vnitřními pocity a nedostatky a překonat tak pocit méněcennosti. Existuje mnoho způsobů kompenzace, kdy jejich společným znakem je, že nahrazují a využívají jen skutečnou nebo jen prožívanou méněcennost. **Potlačení** je charakteristické tím, že se osobnost snaží o nepřipouštění si a o zapomenutí skutečnosti. **Racionalizace**, tato obrana probíhá většinou v podobě ospravedlňování, zdůvodňování. Je to únikový manévr, který jedince chrání před tím, přiznat si, to co je tak těžké. Vypadá jako klamání sebe nebo druhých, ale není v ní přítomen úmysl lhát. **Únik**, tato obrana nastává, když utrpení z úzkosti nebo vnitřního napětí již nelze vydržet a když jedinec nedokáže bojovat. (Smékal, 2009)

Každý jedinec prochází fázemi postupného vyrovnávání se s nastalou situací. Americká psychologička Elisabeth Kübler Rossová (1992) charakterizuje **několik fází, kterými prochází nejen postižený člověk, ale i jeho rodina a nejbližší.**

První fází je **vlastní zjištění nemoci**. Pacient v této etapě prožívá počáteční šok, který bývá spojen se strachem a tísní, nejen z bolesti, ale i z lékařských výkonů a především blízké budoucnosti. Tento šok postupně začne přecházet v **popření nemoci**. Pacient se začíná domnívat, že je možnost pochybení ze strany lékařů a že došlo k omylu v diagnostice onemocnění. Dále navazuje **fáze hněvu, zloby a agrese**, která je směřována především proti blízkému okolí pacienta. Jedinec pociťuje velkou životní nespravedlnost. V této etapě je nutná trpělivost a porozumění.

Další reakcí na onemocnění je **období smlouvání**. Jedinec si najednou začíná uvědomovat, že je situace opravdu vážná. Dochází přitom k reorganizaci hodnotového systému, kdy na prvním místě je touha po uzdravení se a snaha zvrátit nastalý zdravotní stav.

Po období smlouvání se objevuje **etapa deprese**. Zde jde o reakci na dlouhodobou, psychicky náročnou situaci. Dochází ke střídání nálad. Na jedné straně malé úspěchy a změny mohou pacienta znovu naplňovat nadějí na uzdravení se, na druhé straně má však nemocný strach z neznáma, z bolesti, z finančního zajištění rodiny, a podobně.

Poslední fází je **akceptace pravdy**. To má dvě podoby. První se projevuje jako smíření a vyrovnání se s danou situací. A přichází nastolení klidu. Druhá je naopak v podobě zoufalství a rezignace. Pacient se uzavírá do sebe, odmítá žít. Jednotlivé etapy jsou charakteristikami pocitů, psychických odezev a emocionálních reakcí na onemocnění závažnou chorobou, a prožívání těchto fází je velmi individuální. Každá fáze může trvat různě dlouho, některé se mohou opakovat. (Jesenský, 2003)

Přestože je toto schéma vytvořené primárně pro onkologicky nemocné pacienty, myslím si, že i pro osoby se získaným zrakovým postižením se dá velmi hezky uplatnit, jelikož diagnóza ztráty zraku je pro člověka také něco, s čím se jen těžko může vyrovnat.

Psycholog Jan Souček (1992) rozdělil průběh adaptace na ztrátu zraku na dvě na sebe navazující stádia.

První fází je **krize**. Takovýto stav nastává bezprostředně po ztrátě. Projevuje se taktéž individuálně v závislosti na osobnosti člověka. Délka a intenzita prožívání krize je úzce spjata s tím, zda ke ztrátě zraku došlo náhle, například vlivem úrazu, či jedinec trpěl postupnou ztrátou a tento stav určitým způsobem očekával. V této fází je typické pro postiženého zoufalství, strach z budoucnosti, strach ze ztráty sociálního statutu a izolace. Dostavují se negativní pocity, proto je velmi užitečné zajištění psychické podpory postiženého. Ta ho posune dál, a to směrem k uvědomění si, že handicapem život nekončí, ale pokračuje, jen je třeba začít jinak. Postupně dochází k tomu, že si jedinec začne ujasňovat a srovnávat v mysli, jak bude žít dál. A jak se postará sám o sebe. Toto Souček nazývá jako kognitivní adaptaci. A v návaznosti na ni dochází i k postupnému uklidnění a oživení sociálních kontaktů.

Uklidnění je pak druhou fází. Přicházejí pocity jistoty a bezpečí. Významnou roli zde hraje nejbližší okolí handicapované osoby, které může probudit pocit důvěry nejen v sebe sama, ale pomoci nastavit také emocionální a kognitivní adaptaci. Může však nastat i opačný proces, pokud dojde k odmítnutí. To pak může odradit zrakově postiženého jedince a vést k pocitům nesamostatnosti, neschopnosti, odepsání. Při správném průběhu se však tato etapa vyznačuje klidem. Jedinec se soustředí na rehabilitaci a integraci zpět do života a bolest a úzkost mizí. Smutek ze ztráty zraku však nikdy úplně nevymizí. (www.brailnet.cz)

Oproti tomu O. Čálek (1991) ve své knize *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených* popisuje tři stádia vyrovnávání se, se získanou ztrátou zraku.

Po sdělení zdravotního stavu pacientovi dochází k silnému psychickému otřesu, šoku. Člověk se většinou stáhne do sebe, navenek se projevuje výrazný pokles zájmu o kontakt se svým okolím, minimum řečových projevů, je ztlumena neverbální komunikace. Dostavuje se lhostejnost až apatičnost v uspokojování základních potřeb. Tuto fázi nazývá Čálek jako **počáteční šok**. V této fázi je velmi důležité zajistit dohled nad postiženou osobou, neměl by zůstat sám, opuštěný.

Poté nastává **reaktivní deprese**. Bolest ze ztráty, která se předtím projevovala paralyzací vlastního prožívání může nyní vyústit až v motiv sebevražedného činu. Mohou se dostavit suicidiální myšlenky. Formy prožívání tohoto stádia mohou být velmi odlišné. Mohou přecházet od výrazu nenápadného utrpení až po tzv. agitovanou depresi, pro kterou je typický neklid a agresivita. V této fázi je přínosné ujistit postiženého, že na vyjádření svých emocí má právo, zajistit mu empatickou podporu. Proběhnutí a odeznění této bouřlivé reakce je pak důležitým předpokladem pro úspěšné zvládnutí rehabilitace a přeměny současného života.

Třetím stádiem je **reorganizace**. Ta nastává, když se předchozí stádia začnou postupně měnit v určité prodlužující se mezidobí, ve kterých přichází uklidnění. Člověk si postupně začne uvědomovat, že by nemusel být tak bezmocný. Začne se učit novým, sebe obslužným, činnostem a základům orientace, nejen v prostoru, ale i v životě. Tato reorganizace poté plynule přechází do procesu celoživotního přizpůsobování. (Čálek, 1991)

V procesu adaptace na získanou ztrátu zraku jsou velice přínosné kompenzační pomůcky, kterých je celá řada. Oblasti, ve kterých se projevují negativní důsledky zrakového postižení a v nichž kompenzační pomůcky mohou vadu částečně kompenzovat, jsou: oblast orientace v prostoru, oblast získávání a zpracování informací a v neposlední řadě oblast uspokojování základních životních potřeb. Mezi kompenzační pomůcky tedy patří:

- Pomůcky usnadňující orientaci v prostoru: bílé hole
- Pomůcky usnadňující a umožňující záznam a dokumentaci informací: magnetofony, diktafony, mobilní telefony speciálně upravené
- Časoměrné pomůcky, měřicí přístroje a indikátory s hlasovým výstupem: indikátor hladiny, světla, budík, hodinky s hlasovým výstupem, a podobně.

V dnešní době se využívají především pomůcky, které mají hlasový výstup. Kompenzační pomůcky s hmatovými výstupy se moc nevyužívají, jelikož osoba v dospělém či seniorském věku má značné potíže s její obsluhou a celkovým využitím. Kompenzačním pomůckám je níže věnována samostatná podkapitola, kde jsou rozděleny a popsány podrobněji. (www.sons.cz)

6.2 Aktivizační činnost

„Aktivizační činnost,, neboli „aktivizace,, je termín, který představuje něco, co handicapovaného nějakým způsobem aktivuje a stimuluje. Nenechá ho je tak někde ležet, ale naopak mu pomáhá bránit se nejen psychickému, ale i fyzickému chátrání. (Finková a kol., 2012)

Zásadní roli v této oblasti sehraávají sociální služby. Podle zákona 108/2006 Sb. §3 lze za sociální službu považovat činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení a to u osob s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Mezi sociálně aktivizační služby pro seniory se zrakovým handicapem patří tyto základní činnosti:

- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- Sociálně terapeutické činnosti.
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(Zákon č. 108/2006 Sb.)

Tyto informace by měl získat každý handicapovaný člověk. Ale jak se o nich dozví? První, kdo přijde do kontaktu se seniorem, který právě ztratil zrak je oftalmolog. Ten sdělí pacientovi diagnózu a případně prognózu, a také by měl poskytnout kontakt na organizace (např. Centrum zrakových vad), které nabízejí služby osobám s tímto typem handicapu, případně i kontakt na psychologickou poradnu. Tyto informace by měl lékař poskytnout i nejbližší rodině, jelikož pacient, který je často v šoku ze ztráty, je většinou velmi skeptický. (Finková a kol., 2012)

Zdravotnickým zařízením poskytující komplexní služby a péči je Centrum zrakových vad - Motol(CZV). Toto centrum je jediným zdravotnickým zařízením v České Republice, nachází se v Praze, a již téměř 70 let se stará o pacienty se zrakovými vadami všech věkových kategorií. Poskytování služeb je zajištěno týmem odborných pracovníků v oborech oftalmologie, zrakové terapie, klinické psychologie, sociálního a profesního poradenství, speciálními pedagogy. Samozřejmě je doplněno týmem zdravotních sester. Přehled služeb je uveden v příloze č. 6. (www.fnmotol.cz)

6.3 Integrace

Termín integrace je v dnešní společnosti běžně užívaný pojem, ačkoliv není vždy úplně jasné, co se jím opravdu míní. V nejobecnější rovině jím rozumíme začleňování či spojování určitých částí v jeden celek.

České slovo integrace má svůj původ v latinském *intergratio*, *integer* – nenarušený, úplný. V literatuře se vyskytuje několik definic a pohledů na pojem integrace. Ve slovníku cizích slov reflektuje původní znění latinského překladu. (Klimeš, 1998)

Podle Jana Jesenského (1998) znamená integrace *„Sjednocování postojů, hodnot, chování a směřování aktivit různého druhu. Ovlivňuje jak interpersonální a skupinové vztahy, tak identitu jednotlivců a skupin. Její potřeba vzniká při kontaktu dvou navzájem odlišných jevů, situací, postojů nebo aktivit. Tyto se mohou projevit ve formě stresů, konfliktů a problémů narušujících rovnováhu a harmonii vztahů, jistotu a spokojenost životního běhu. Integrace je jeden z prostředků, které pomáhají takovéto rozpory překonat.“* (Jesenský, 1998, str. 23)

Profesor Sovák (1980) definuje integraci, jako úplné zapojení handicapovaného člověka, u něhož byly důsledky vady zcela a beze zbytku překonány. (Sovák, 1980)

U zdravotně handicapovaných lze integraci rozdělit na širší, tzn. integrace zdravotně handicapovaných do společnosti a integraci dílčí, tj. řešení specifických oblastí života zdravotně handicapovaných. (Michalík in Müller, 2001)

V souvislosti s handicapovanými lidmi je integrace označována, jako nejvyšší stupeň socializace. Sociální integrace je označením pro proces rovnoprávného začleňování jedinců do společnosti a týká se každého člověka. Komplikace však vyvstávají ve specifických případech některých osob, tj. osob, které se odlišují a nejsou schopny přirozeným způsobem dosahovat vysoké míry socializace a resocializace. Je tedy nezbytně nutné jejich integraci

aktivně podporovat a vytvářet vhodné podmínky pro jejich další život. U osob se získaným zrakovým handicapem je důležitá pracovní integrace, tzn. zaměstnávání osob s handicapem a společenská integrace, tzn. sociální pomoc a podpora. (Slowík, 2007)

Pokud se na problematiku integrace podíváme z jiného úhlu, je nezbytně nutné, aby byla vychovávána společnost k tomu, aby dokázala s handicapovanými občany žít, dokázala a uměla porozumět jejich potřebám, zvláštnostem a přáním. Pak mohou tito jedinci lépe žít svůj plnohodnotný a spokojený život.

V současné době, přestože společnost je vyspělá a mnohé umí, se stále setkáváme s negativními přístupy nejen ke zrakově postiženým, ale handicapovaným osobám obecně. Jak již v předchozích kapitolách bylo zmíněno, náhlá ztráta zraku s sebou nese mnoho psychického i fyzického vypětí pro jedince. Dospělý člověk přijde o práci, své zájmy, koníčky, společenské vazby, musí přehodnotit celý svůj život, toto samé postihne i seniora. Najednou se stanou závislími na pomoci druhých a je velmi těžké jak pro dospělého, tak pro seniora zapojit se zpět. Senior to má o to těžší, jelikož se často projevují i přidružená onemocnění stáří. Mohou však nalézt oporu a pomoc v organizacích, které se zabývají integrací, resocializací, adaptací. Důležitá je také podpora v oblasti psychiky, kde má své pole působnosti aplikovaná odvětví tyflopsychologie. (Čechová a kol., 2004)

6.4 Organizace zabývající se pomocí a podporou zrakově postižených

Osobám se zrakovým postižením nabízejí pomoc a podporu na cestě k samostatnosti organizace, které se zabývají právě těmito jedinci. Jedná se především o neziskové organizace, mezi které patří SONS, Tyfloservis a Tyflocentrum.

6.4.1 Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých – SONS

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České Republiky - SONS je občanským sdružením, které pomáhá klientům s těžkým zrakovým postižením. V současné době sdružuje přes 12000 těžce zrakově handicapovaných občanů, jejich rodinných příslušníků a příznivců. Mezi poskytované služby tohoto sdružení patří základní poradenství, asistentské služby, rozvoj a výcvik dovedností, speciální sociálně a pracovně právní poradenství, poradenství v oblasti pomůcek a nácvik jejich obsluhy, jejich zapůjčení, vydávání metodických nejen studijních, ale i popularizačních materiálů, vydavatelské a informační služby (na audiokazetách, ve formě digitálního záznamu, atp.), výcvik vodících psů a zácvk budoucích majitelů, a podobně.

Motto: „*Nejsme organizace, která za nevidomé rozhoduje a jedná; jsme nevidomí občané, kteří rozhodují a jednají sami za sebe. Zásady našeho počínání jsou: svépomoc, partnerství, solidarita, úcta k lidské důstojnosti, svobodná volba, zdravý rozum.*“
(www.sons.cz)

6.4.2 Tyfloervis, o.p.s.

Tyfloervis, o.p.s. je obecně prospěšná společnost, která nabízí terénní a ambulantní sociální rehabilitaci nevidomým a slabozrakým osobám starším patnácti let po celém území České Republiky prostřednictvím sítě krajských středisek. Projekt Tyfloervis je realizován nepřetržitě od roku 1991.

Tyfloervis nabízí podporu, informace a nácvik dovedností osobám, které i přes zrakový handicap hledají cestu k co možná nejsamostatnějšímu životu. Snaží se působit i na společnost, aby dokázala přispívat k samostatnosti zrakově handicapovaných a pomohla tam, kde je to třeba.

Náplní středisek je u svých klientů podporovat převzetí odpovědnosti za vlastní život s handicapem, samostatnost a aktivitu, využívání svých potenciálů (tzn. vybavit zrakově handicapovaného jedince takovými dovednostmi a informacemi, aby byl schopen v maximální možné míře samostatně naplňovat své životní potřeby, získal sebevědomí, a zaměřil se na možnosti svého dalšího rozvoje, ale zároveň aby dokázal rozpoznat své meze a požádat o pomoc), a celospolečensky podporovat zájem o druhé, toleranci a pomoc (tzn. informovat okolní společnost, aby byla schopna odstraňovat a nevytvářet nové architektonické ani mezilidské bariéry, které by nadbytečně ztěžovaly situaci nevidomých a slabozrakých, a aby byla schopna rozpoznat jejich možnosti a limity a v případě potřeby jim poskytnout konkrétní pomoc). (www.tyfloervis.cz)

6.4.3 TyfloCentrum

TyfloCentrum je obecně prospěšnou společností, která nabízí odbornou pomoc a poradenství po celé České Republice prostřednictvím svých krajských středisek. TyfloCentra začala vznikat v letech 2000-2003, kdy se SONS rozhodla založit dceřiné regionální organizace v podobě obecně prospěšných společností. V současné době tvoří síť center ve třinácti krajských městech, kde se snaží zavádět nové služby podle regionálních poměrů a požadavků. Hlavním posláním TC je podpora zrakově postižených k aktivnímu přístupu k životu s handicapem a povzbuzení k motivaci a vůli k dalšímu růstu.

Náplní těchto společností jsou školící střediska PC pomůcek, včetně technického poradenství při výběru PC a denní centra sociálních služeb, kde probíhají aktivizační a vzdělávací programy.

Dále společnosti zajišťují služby prvního kontaktu pro těžce zrakově postižené občany včetně jejich vyhledávání, sociálně právní a pracovní právní poradenství, základní poradenství o možnostech kompenzace handicapu zrakového postižení i o poskytovatelích služeb takto postiženým lidem, služby osobní asistence (průvodcovské, předčitatelské a jiné asistentské služby), technické poradenství při výběru kompenzačních pomůcek včetně nácviku obsluhy, podpora volnočasových aktivit zrakově postižených občanů (kulturních a sportovních aktivit) a další. (www.tyflocentrum.cz)

6.4.4 Rekvalifikační a rehabilitační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s.

Rekvalifikační a rehabilitační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s. je pobytovým střediskem jediné svého druhu v České Republice. Umožňuje nevidomým a těžce zrakově postiženým osobám absolvovat kurzy v programu sociální rehabilitace, sociálně terapeutických dílen a pracovní rehabilitace. Na tyto pak navazuje rekvalifikace s následným pracovním uplatněním. Služby tohoto střediska pomáhají zrakově postiženým naučit se žít a pracovat dle své vlastní volby. Metodou práce je zde individuální přístup ke klientům a práce v malých skupinách. Cílem střediska je samostatný a plnohodnotný život zrakově handicapovaných jedinců. (www.dedina.cz)

6.5 Kompenzační (speciální) pomůcky

Speciální pomůcky mají v životě osob se zrakovým postižením významnou roli, jelikož posilují samostatnost a soběstačnost takto handicapovaných jedinců. Jednu z definic termínu „speciální pomůcky“ uvádí A. Keblová (1999), jsou to nástroje a zařízení, které využívají či kompenzují poškozený smysl. V odborné literatuře lze nalézt dělení speciálních pomůcek dle různých kritérií. Nejčastěji se používá dělení na optické a neoptické. Dále se ještě objevuje kategorie elektronických pomůcek. (Moravcová, 2004)

6.5.1 Optické pomůcky

Mezi optické pomůcky lze zařadit různé typy lup a dalekohledových systémů. Jsou určeny slabozrakým lidem nebo lidem se zbytky zraku. Základním principem práce s těmito pomůckami je zvětšení obrazu, které však často vede ke zkrácení pracovní vzdálenosti, omezení zorného pole a zhoršení hloubkového vidění. Tyto pomůcky jsou vhodné jak pro dospělé, tak pro seniory, jelikož používání a práce s nimi není náročná. (Matysková, 2009)

6.5.2 Neoptické pomůcky

Do neoptických pomůcek lze zařadit úpravu prostředí, tzn. osvětlení, využití kontrastních barev, apod., přizpůsobení textového materiálu, tzn. použití vhodného typu, velikosti, barvy písma, kvality papíru, apod., podložky, záložky, atp. (Moravcová 2004) Ve vysoké míře se využívají především v domácím prostředí pomůcky jako např. podpisové šablony, navlékač nití, nůžky pro nevidomé, měřiče hladiny vody v hrnku, atp. (Finková a kol., 2007)

Lze do této skupiny zařadit i různé tyflografické mapky a plánky, reliéfní glóbus, které slouží k orientaci a představě o plánované trase. V neposlední řadě patří do této skupiny pomůcek bílá hůl, která slouží pro samostatný pohyb osobám se zrakovým postižením, plní tedy funkci orientační, dále ochrannou, signalizační a opěrnou. Tyto pomůcky jsou vhodné jak pro dospělé, tak pro seniory, jelikož jejich využití a práce s nimi není náročná. (Michalík, 2011)

6.5.3 Elektronické pomůcky

Elektronické pomůcky jsou určeny především osobám slabozrakým a nevidomým. Tyto kompenzační pomůcky přispívají k samostatnosti a ulehčení denních činností a pro zvýšení komfortu. (Hamadová a kol., 2007)

Elektronických pomůcek pro nevidomé osoby je mnoho a velká část je na bázi počítačových. Nevidomé osoby mohou využívat např. odečítač obrazovek, který je tvořen počítačem se skenerem umožňující práci s programy, přístup k internetu, zpracování informací v digitální podobě. (Finková a kol., 2007)

Dále pomůckou usnadňující samostatný pohyb a orientaci v prostoru je elektrická orientační pomůcka, kterou má zrakově handicapovaný umístěnou na hrudi (senzor), dochází přitom k snímání prostoru před postiženým a po vyhodnocení možné překážky je přenesen impuls (vibrace, tlaků prostřednictvím hmatu na tělo klienta. Mezi další kompenzační elektronické pomůcky patří např. kapesní kalkulač s hlasovým výstupem, budíky s hlasovým nebo hmatovým výstupem, slepecké hodiny a hodinky s hmatovým či hlasovým výstupem, měřicí přístroje pro domácnost, jako teploměry, kuchyňské nebo osobní váhy, upravené mobilní telefony, atp. (Ševčíková, 2008) Běžně využívanými pomůckami jsou také indikátory barev, hladiny, dávkovače tekutin, atp., které usnadňují běžné každodenní činnosti. Tyto pomůcky využívají spíše dospělí, pro seniory přináší nesnáze naučit se pracovat s „novou technikou“. (Finková a kol., 2007)

6.5.4 *Vodící psi*

Vodící psi jsou také kompenzační pomůckou pro nevidomé osoby. Více se využívají u osob dospělých než u osob v seniorském věku, jelikož pes je náročný na pohyb. To u seniorů bývá často velký problém, a pokud nemají někoho, kdo mu s péčí o čtyřnohého přítele pomáhá, nedoporučuje se jeho pořízení. U dospělých naopak pomáhá vodící pes při pohybu právě venku, a handicapovaný člověk se tak může pohybovat i v místech, kde by to jinak nebylo možné.

Podle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb., se vodící pes řadí mezi pomůcky pro nevidomé a těžce zrakově postižené. Pes je pro nevidomého majitele velkým přínosem, pomáhá mu zvládat nejen orientaci v prostoru, ale je také velkou psychickou oporou. (Michalík, 2011)

6.6 **Tyflopsychologie**

V rámci psychologie existuje aplikované odvětví, tyflopsychologie, která se přímo zabývá jedinci s těžkým zrakovým handicapem. Toto odvětví psychologie má široký záběr v oblasti potřeb osob se získaným zrakovým postižením.

Tyflopsychologie představuje aplikovanou psychologickou disciplínu, která je zaměřena na problematiku zrakově handicapovaných, na studium jejich psychiky a zákonitostí jejího vývoje a projevů. Čálek uvádí cíl tyflopsychologie vymezený Solencevovou: „.....cílem tyflopsychologie (tj. aplikace psychologie na zrakově postižené)“ „je nalézt a ukázat cesty k překonání obtíží, které vznikají v souvislosti se ztrátou zraku, zúžení senzomotorické báze činnosti a vývoje.“ (Čálek, 1992, str. 217)

„V případě potřeby poskytnout psychologickou první pomoc a krizovou intervenci u osoby, která aktuálně ztratila zrak, vést klienty k dodržování zásad psychohygieny a nabídnout jim pomoc ke snižování aktuální tenze pomocí regulačních technik, v průběhu sociální rehabilitace klientovi a jeho rodinným příslušníkům poskytovat psychologickou podporu, rozšířením spektra sociálních dovedností klienta přispět k posílení jeho adaptačního chování, informování veřejnosti o důsledcích zrakových postižení a možnostech snižování jejich negativního dopadu, provádět výběr a systematická školení nových pracovníků, kteří se stávají instruktory sociální rehabilitace nevidomých (např. zásady duševní hygieny, principy ochrany před negativními vlivy dlouhodobé práce s klientem /burn-out syndrom/, vysvětlovat kontext postojů a předsudků atd.), a další.“ (www.nevidomimezinami.cz)

Kontakty na tyflopsychology poskytují organizace jako SONS, Tyflocentrum, Tyfloservis.

6.7 Úprava interiéru pro nevidomé osoby

Uspořádáním nejbližšího okolí je jednou z dostupných možností, jak usnadnit bezpečný a účelný pohyb a orientaci v prostoru. Platí to jak pro zdravého člověka, tak pro člověka se zrakovým handicapem.

Nevidomé osoby při samostatném pohybu spoléhají především na hmatové vjemy, které získávají pomocí rukou a nohou. Proto je důležité dbát právě na vybavení jejich blízkého okolí, ve kterém žijí. Důležité jsou vodící linie, jako struktura či rozdílné výšky povrchů. Dále jsou důležité orientační body, tedy výrazná, snadno rozpoznatelná místa, jako dveře do sousední místnosti, okna, některé kusy nábytku. Svou roli hrají i zvukové zdroje, jako např. tikající hodiny, rádio, hluk z ulice přes okno. Toto vše pomáhá nevidomému člověku zorientovat se ve svém okolí a pohybovat se s jistotou, převážně bez hole. V pomoci při orientaci jim, jak již bylo výše zmíněno, pomáhají ruce před tělem a hmat nohama.

Aby se nevidomý mohl ve svém bytě a okolí pohybovat, je důležité dbát na to, aby každá věc měla své místo. Nepořádek a nesystematičnost způsobují zmatek a pro nevidomého je to několikanásobně horší. Nevidomý si své věci uspořádá sám, a je důležité dbát na dodržování, jelikož pak se může cítit soběstačný.

Mezi typické hmatové bariéry v bytě patří překážky ve výši hlavy (poličky na zdech, otevřená dvířka u nábytku), překážky vodící linie (nedovřené dveře, květiny podél zdi, židle podél zdi či v prostoru, změna povrchu), vratné předměty na stole a kuchyňské lince (sklenice, hrnky, kastroly na okraji). (www.tyflonet.cz)

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ KAZUISTIKY

V předchozích kapitolách byl předložen text, týkající se problematiky získaného zrakového postižení v dospělosti a seniorském věku. V páté a šesté kapitole bylo cílem nastínit psychosociální oblast, proces adaptace a integrace takto postižených osob. Cílem výzkumného šetření je formou kazuistik zhodnotit, jací činitelé se podílejí nejvíce v procesu adaptace a v oblasti psychosociální podpory takto postižených osob.

7.1 Vymezení problémů šetření

HVO: Nejvýznamnější činitelé ovlivňující proces adaptace a psychosociální oblast osob se získanou ztrátou zraku v dospělosti a seniorském věku.

DVO1: Jakou roli sehrála v psychosociální oblasti a v procesu adaptace osob se získanou ztrátou zraku rodina?

DVO2: Jak ovlivňuje aktivní činnost psychosociální oblast a proces adaptace u osob se získanou ztrátou zraku?

DVO3: Jak ovlivnilo osobu se získaným zrakovým postižením sdělení diagnózy lékařem?

7.2 Cíle a úkoly výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření diplomové práce, je zjistit, jací činitelé významně ovlivnili proces adaptace a psychosociální oblast osob se získanou ztrátou zraku v dospělosti a seniorském věku. Výzkum je prováděn s klienty Domova Palata a s osobami v domácím prostředí. Během interviu se snažím zjistit, jací činitelé měly pozitivní, ale i negativní dopad na proces adaptace a psychosociální oblast jedince.

Toto šetření je svou povahou kvalitativního charakteru, a nekladu si za cíl vyhodnocovat zjištěná data vědeckými metodami.

7.3 Metody šetření

V rámci výzkumného šetření je uplatněna empirická metoda zkoumání – kvalitativního charakteru. Při tomto šetření dochází k hledání struktur a pravidelností v získaných datech.

Pro získání potřebných údajů jsem využila metodu polostandardizovaného interview. Pro tento typ rozhovoru je typická kombinace uspořádanosti a nestrukturovanosti určitých

částí rozhovoru. Výzkumník klade doplňující a upřesňující otázky. Cílem je rekonstrukce subjektivních teorií. Používají se teoretické otázky otevřené.

V rámci interview byl i částečně uplatněn narativní rozhovor, který spadá do kategorie nestrukturovaných rozhovorů. Cílem tohoto rozhovoru je získat, co nejautentičtější materiál z pohledu samotného jedince. Probíhá tedy spíše vyprávění, než klasická konverzační výměna. (Hendl, 2008)

Rozhovory byly po předchozím informovaném souhlasu nahrávány na diktafon, poté přepracovány do písemné podoby. Jeden z dotazovaných odmítl nahrávání, proto byla data hned zpracována písemně. K analýze dat případových studií bylo využito prvků techniky otevřeného kódování, které představuje proces vedoucí k rozebrání, konceptualizování a složení jednotlivých údajů novým způsobem. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

7.4 Metodika šetření

Sběr dat probíhal formou rozhovorů od září 2014 do března 2015 v Praze v Domově pro zrakově postižené Palata, v domácím prostředí v Praze a v Jindřichově Hradci. Obsah rozhovorů se týkal osobní a rodinné anamnézy, procesu adaptace a psychosociální oblasti. Otázky byly respondentům kladeny přímo. Přehled otázek je uveden v příloze č. 8.

7.5 Charakteristika zkoumaného vzorku

Ve výzkumu byl použit účelový výběr respondentů. Kontaktovala jsem osoby, které splňovaly předem stanovená kritéria výběru respondentů. Podmínky výběru byly stanoveny tak, aby respondenti tvořili reprezentativní výzkumný vzorek osob se získanou ztrátou zraku v dospělosti a seniorském věku. Zprostředkování kontaktu mi umožnil Domov pro zrakově postižené Palata a dále jsem kontaktovala osoby ve svém okolí.

Podmínky pro výběr respondentů

Získaná ztráta zraku ve věku nad 18 let

Schopnost sebereflexe

Určitý nadhled nad svými životními situacemi

Výběrový soubor tvořilo celkem **7 respondentů**. Všichni z respondentů byli poučeni o průběhu rozhovoru, o tom že získané informace budou použity pouze pro potřeby výzkumu a jsou anonymní. Všichni poskytli informovaný souhlas k uskutečnění interview. Účast v rozhovorech byla dobrovolná. Pokud některý z respondentů nechtěl na určitou otázku odpovídat nebo ji dále rozvíjet, mohli rozhovor kdykoliv ukončit. Místo uskutečnění záleželo vždy na respondentovi. Ve všech případech se rozhovory uskutečnily u dotazovaných doma či na pokoji domova. Totožnost respondentů je za účelem zachování anonymity pozměněna. Výsledky byly zpracovány průběžně od ledna 2015 do dubna 2015.

Z celkového počtu sedmi respondentů byli čtyři mužského pohlaví ve věku 47 let, 48 let, 65 let, 73 let a tři ženského pohlaví ve věku 37 let, 45 let, 84 let. Čtyři respondenti žijí v domácím prostředí, tři v Domově pro zrakově postižené Palata. Podrobnější informace jsou uvedeny u jednotlivých kazuistik. Ve výsledcích šetření jsou uvedeni nejprve respondenti žijící v domácím prostředí, poté žijící v Domově pro zrakově postižené Palata.

7.6 Výsledky šetření a jejich interpretace

JAN

Tabulka 1: Informace o respondentovi

Pohlaví	Muž
Věk	47 let
Bydliště	Město, byt
Zaměstnání	Invalidní důchod
Rodinný stav	Svobodný
Stupeň zrakového postižení	Praktická nevidomost
Onemocnění způsobující ztrátu zraku	Degenerace sítnice
Věk, kdy se objevily první příznaky poruchy zraku	22 let
Věk získání zrakového handicapu	27 let
Délka průběhu zrakového onemocnění	5 let
Uplynulá doba od získání zrakového postižení	20 let

Pan Jan na mou žádost o rozhovor reaguje pozitivně, ujišťuje mě, že pokud bude schopen o věci hovořit, vše mi rád sdělí. Celý rozhovor bere velmi vážně a souhlasí s nahrávkou rozhovoru na diktafon.

Pan Janovi je 47 let. Narodil se do úplné rodiny jako druhorozený syn. Vztahy v rodině byly vždy dobré. Rodiče se dětem hodně věnovali, brali je na výlety, pomáhali jim se školou, snažili se jim vždy se vším pomoci. Se svým bratrem vycházel vždy dobře, přestože se v dětství často škádli a prali. Rodina bydlela v domě na okraji menšího města, takže často vyrážel s bratrem a kamarády na výlety do okolních lesů. Časté návštěvy probíhaly i u prarodičů, se kterými pan Jan vycházel, a trávil tam mnoho času.

Pan Jan vystudoval odborné učiliště technického zaměření-automechanik. Této profesi se věnoval až do ztráty zraku. Toho, že s jeho zrakem není něco v pořádku, si všiml během výkonu svého povolání. Najednou přestával vidět na jednotlivé součástky do aut a to ho také donutilo navštívit očního lékaře. Byl přesvědčen, že se jedná o klasickou poruchu zraku, že dostane brýle a půjde domů. Byl však velmi překvapen, když byl od očního lékaře doporučen do nemocnice, kde podstoupil mnohá vyšetření a byla mu sdělena oftalmologická diagnóza. V té době mu bylo 22 let. Zhoršování zraku trvalo 5 let. Od 27 let do současnosti, tj. 20 let, je jeho zrak na úrovni praktické slepoty. Má zachovaný světlocit a je schopen identifikovat v prostoru velké předměty.

Diagnóza týkající se jeho zraku mu byla sdělena stroze, bez většího vysvětlení. Vlastně ani pořádně stále neví, co se mu to stalo. Psychologická či jiná odborná pomoc pro takto postižené osoby mu ze strany lékaře poskytnuta nebyla. Vše si musel zjišťovat sám, respektive jeho rodina, která mu byla vždy oporou a snažila se mu dle svých možností pomoci. Plně ho podporovala a snažila se s ním řešit problémy způsobené ztrátou zraku.

Po sdělení diagnózy probíhalo u pana Jana nejobtížnější období po dobu dvou let. Tuto dobu trvalo, než se byl schopen, alespoň částečně, se ztrátou vyrovnat. Obrovským impulzem pro něho bylo setkání s lidmi, kteří na tom zdravotně byli stejně jako on nebo i hůře. Díky těmto lidem poznal, že život bez zraku nekončí.

Stav po sdělení diagnózy popisuje pan Jan jako emocionální zmatek. Byl zdrcen, zároveň překvapen. Nevěděl, co má dělat, jak bude dál žít, co na to řeknou ostatní. Pokládal si otázku, proč se to stalo právě jemu. Nejtěžší a nejhorší byl pro něho první rok. Učil se žít nový život. Život závislý na pomoci druhých. S tím se však nikdy nechtěl smířit. Druhý rok byl o něco jednodušší, avšak myšlenky na smrt ho napadaly stále. Velice mu tehdy pomohl, jak již uvedl, kontakt s druhými, kteří měli stejný handicap. Začal navštěvovat odborná centra, kde poznával, že může i se svým handicapem zvládat základní věci. Zpětně hodnotí

proces smíření a adaptace jako těžkou životní zkoušku, kterou dokázal ustát. Sám sebe považuje v rámci možností, za člověka, který se, se svou ztrátou byl schopen nějak vyrovnat.

Dnes pan Jan žije sám v bytě 1+1 v panelovém domě. Má mnoho přátel, kteří ho podporují a pomáhají mu. Přestože již nemá rodiče, pomáhá mu jeho bratr s manželkou a jejich děti. Několikrát zmínil, že svou neteř i synovce považuje za své vlastní děti, které nikdy nebude mít.

Při překonání adaptačního období, pomohlo panu Janovi získání bílé hole, díky které si opět začal připadat částečně nezávislý. Později si pořídil vodícího psa Manyho. Zpočátku měl z vodícího psa strach, z toho důvodu, jak zvládne péči o něj, jak mu zajistí potřebnou péči, kterou takové zvíře potřebuje. Avšak poté co se seznámil s nevidomým člověkem, který již vodícího psa měl, zjistil, že jeho obavy jsou naprosto zbytečné. Pejsek je k tomuto určen a velice mu pomůže. Největší přínos pro něho měl v oblasti psychiky. Nejen rodina, ale právě Many mu velice pomáhal. Bylo pak velmi těžké, když Many zemřel, ale pan Jan podle svých slov truchlil jen chvíli. Důvod je jednoduchý, dlouhé truchlení a uzavírání se do sebe by byla cesta zpět. A to nechtěl. Nechtěl přijít o to, co mu Many dal. V současné době čeká na nového pejska, respektive fenku a těší se. Ví, že už nikdo nebude jako Many, ale bude zase něco nového. Nyní se věnuje pomoci druhým. Snaží se na svých besedách podporovat nevidomé „kolegy“, tak aby se pokusili se svým získaným handicapem, alespoň částečně vyrovnat jako on, přestože říká, že osoba s těžkým zrakovým postižením zraku již nikdy nemůže stát sama na vlastních nohou a vždy je určitým způsobem závislá na pomoci druhých.

Z příběhu pana Jana je možné identifikovat, že v procesu adaptace a psychosociální podpory mu nejvíce pomohla rodina, setkání s lidmi, kteří mají stejný „problém“ a jeho čtyřnohý přítel Many. Pan Jan měl a má stále obrovskou chuť do života a to mu dodává sílu žít, žít v rámci možností plnohodnotný život, nelitovat se, předat zkušenosti druhým. Ve svých 47 letech, ví, co může od života čekat, že nemá cenu žít minulostí, ale hledět kupředu, snažit se vnímat pozitivní vjemy kolem sebe a nepoddávat se ničemu. Prostě bojovat.

IVANA

Tabulka 2: Informace o respondentovi

Pohlaví	Žena
Věk	37 let
Bydliště	Město, dům
Zaměstnání	Invalidní důchod
Rodinný stav	Vdaná
Stupeň zrakového postižení	Úplná nevidomost
Onemocnění způsobující ztrátu zraku	Úraz – poranění hlavy při autonehodě
Věk, kdy se objevily první příznaky poruchy zraku	22 let
Věk získání zrakového handicapu	22 let
Délka průběhu zrakového onemocnění	0 let
Uplynulá doba od získání zrakového postižení	15 let

Paní Ivana s poskytnutím rozhovoru ochotně souhlasila. Řekla, že když je to pro dobrou věc, tak se velice ráda podělí o své zkušenosti a prožitky. Rozhovor se nesl ve velmi přátelské atmosféře, a byl brán velmi vážně. Přítomen byl manžel paní Ivany, který však nijak nezasahoval, a tudíž k ovlivnění výsledků nedošlo. Na žádost, zda si rozhovor mohu nahrát na diktafon, reagovala paní Ivana kladně.

Paní Ivaně je 37 let a narodila se do úplné rodiny jako prvorozené dítě. S bratrem vždy vycházela dobře, nikdy se nehádali. Otec paní Ivany se svým dětem moc nevěnoval, jelikož byl pracovně velmi vytížený a také měl mnoho zájmových aktivit. Matka se oběma dětem věnovala od malička, a trávila s nimi mnoho času. Snažila se jim vykompenzovat čas, který na ně otec neměl. Ivanin bratr Filip měl od narození problémy se zrakem. Rodina bydlela v Praze v Dejvicích v bytovém domě a děti velice často jezdili na víkendy a prázdniny k prarodičům na sever Čech.

Paní Ivana vystudovala střední odborné učiliště kadeřnické. To byl vždy její sen stát se kadeřnicí. Školu měla nedaleko bydliště, takže měla ušetřeno mnoho cestování. Když byla malá, prodělala plané neštovice a spálu. Kolem 15. roku začala mít pocit, že špatně vidí a byly jí doporučeny brýle. Lékařka ji diagnostikovala myopii, 1 a půl dioptrie na obou očích. Nebylo to pro ni nic zvláštního. Krátkozrakých lidí je. Když dokončila učiliště, rozhodla se za podpory svého přítele pokusit se otevřít si vlastní kadeřnictví. Podporovala ji i její rodina i rodina přítele. Proto se to nakonec podařilo a paní Ivana měla své vlastní malé kadeřnictví. Tehdy jí bylo 20 let.

Paní Ivana si žila, tak jak si přála, měla před svatbou, dělala, co ji baví, vše se jí dařilo. Ovšem přišlo léto roku 2000 a vše se najednou změnilo. Vraceli se s přítelem z víkendové dovolené strávené na Šumavě a na křižovatce jim bohužel protijedoucí automobil nedal přednost. Došlo ke střetu, nejhůře dopadla paní Ivana, která utrpěla vážná poranění hlavy a následkem tohoto přišla o zrak. Po probuzení v nemocnici nevěděla co se děje. Měla okolo sebe svoji rodinu, ale nikoho neviděla. Lékaři ji sdělili, že vlivem nehody přišla o zrak. Dostala mnoho informací kam se může obrátit a že může využívat služeb psychologů. Po týdnů byla propuštěna domů. Celý život se jí obrátil na ruby. Věděla, že její sny jsou pryč, že už nebude vykonávat svou profesi, a co její přítel. Dokáže ji pomoci se, se ztrátou vyrovnat nebo ji opustí. Z tohoto měla největší strach. Přítel i rodina se k nastalé situaci postavili čelem a plně paní Ivanu podporovali. Za dva měsíce měla být svatba. Paní Ivana uvažovala o tom, že ji zruší a nechá přítele odejít, aby si nezkažil život. On o tom však nechtěl slyšet. Svatba proběhla a nyní spolu žijí již 15 let.

Manžel jí podporuje a ve všem pomáhá. Žijí společně v domku i s rodiči, který si před deseti lety pořídili a přizpůsobili handicapu paní Ivany. Nyní plánují potomka, protože má paní Ivana pocit, že je připravena. Svě profese se sice nevěnuje tak jak by chtěla, ale kadeřnictví se nevzdala. S manželem si jej nechali a nyní tam zaměstnává mladé, šikovné kadeřnice. Často tam chodí a ráda poslouchá o nových trendech.

Po sdělení diagnózy prožívala paní Ivana ohromnou úzkost a strach. Nevěděla, jak co bude dál. Nejvíce se bála ztráty svého přítele, přestože ho nechtěla omezovat. Neustále si říkala, *„Proč právě já? Proč je ten život tak nespravedlivý? Vždyť se celý život snažím být spravedlivá, nepodváděla jsem, pomáhala jsem druhým. Chtěla jsem jen normálně žít.“* Přiznala se, že ji občas napadla myšlenka na smrt, ale jen na zlomek sekundy, jelikož celá její rodina a blízcí ji nikdy nedali větší prostor nad tímto uvažovat. Zajistili ji péči psychologů a také setkání s lidmi se stejným handicapem. Paní Ivana si tak uvědomila, že žít s takovým to handicapem není jednoduché, ale není v tom sama, a pokud se, se životem popere, zvládne to. A zatím se jí to podle jejích slov daří. Přesto že nevidí na to, jak vypadá její manžel, jak ona se za těch spousty let změnila a nyní, jestli se jim podaří počít potomka, že ho neuvidí. Ale ucítí lásku.

A to je podle jejích slov pro ni to nejdůležitější. *„Je mnoho lidí, kteří vidí, jsou zdraví, ale nemají nikoho, trápí se bez lásky, já je sice nevidím, ale cítím, cítím mnoho dobrého, mnoho lásky a podpory a to je pro mě to nejdůležitější, bez nich bych to nezvládla, to vím, ale mám je a věřím jim.“*

Paní Ivana využívá mnoho kompenzačních pomůcek, má bílou hůl, se kterou se výborně szila, pořídila si před třemi lety vodícího psa, fenku Kopretinu, naučila se pracovat s počítačem, tiskárnou, scannerem pro nevidomé. Dochází do odborných center, kde se snaží pomáhat lidem, kteří procházejí tím, čím ona si před lety prošla. Doma pořádá setkání se svými přáteli, navštěvuje kamarádku v kadeřnictví, kde si nechává vyprávět o nejnovějších trendech. Snaží se žít. Je velice aktivní, a přesto že usíná každý večer s vědomím, že kdyby tenkrát ze Šumavy jeli déle nebo dříve, nebo kdyby tam nejeli, nemuselo jí toto potkat, děkuje, že má kolem sebe takovéto lidi, kteří jsou jí opravdovou podporou a její handicap se jí snaží všemi možnými způsoby nahradit.

Z příběhu paní Ivany je možné identifikovat, že v procesu adaptace a psychosociální podpory jí nejvíce pomohl její manžel a rodina. Uvědomovala si, že je nemůže zklamat, že jí věří a ona věřila jim. Rodina a manžel ji dali sílu dál žít i se svým handicapem. O návštěvách v psychologických poradnách moc nehovořila, ale určitě to byla obrovská pomoc s vyrovnáním se s handicapem. A postupně se připojovaly kompenzační pomůcky, dům, bílá hůl, vodící fenka Kopretina, elektronické pomůcky.

HELENA

Tabulka 3: Informace o respondentovi

Pohlaví	Žena
Věk	45 let
Bydliště	Město, byt
Zaměstnání	Invalidní důchod, zaměstnána
Rodinný stav	Vdaná
Stupeň zrakového postižení	Úplná nevidomost
Onemocnění způsobující ztrátu zraku	Atrofie zrakového nervu
Věk, kdy se objevily první příznaky poruchy zraku	26 let
Věk získání zrakového handicapu	27 let
Délka průběhu zrakového onemocnění	0,5 roku
Uplynulá doba od získání zrakového postižení	18 let

Paní Helena s poskytnutím rozhovoru ochotně souhlasila. Rozhovor se nesl v přátelské atmosféře, a byl brán velmi vážně. Na žádost, zda si rozhovor mohu nahrát na diktafon, reagovala kladně.

Paní Heleně je 45 let. Pochází z neúplné rodiny a má dva sourozence, kteří jsou o 9 let a 10 let starší. Maminka Heleny obstarávala celou domácnost, a proto měla na své děti málo času. Otec od rodiny odešel, když byla Helena ještě malá, takže si na něho moc nepamatuje. Z vyprávění od svých sourozenců ví akorát to, že nebyl vůbec doma, a když přišel, tak z něho byl cítit alkohol a choval se agresivně. V kontaktu s ním nikdy nebyla. S bratry a matkou se měla vždy ráda. Nikdy matce nevyčítala, že na ni neměla moc času, jelikož věděla, že vše dělá kvůli nim.

Paní Helena vystudovala odborné učiliště, obor zahradnice, a po absolvování studia začala tuto profesi vykonávat.

V 26 ti letech se u ní objevilo první onemocnění zraku. Do té doby nikdy se zrakem problémy neměla. Progrese jejího zrakového onemocnění byla velice rychlá. O zrak přišla během půl roku. Heleně nastaly potíže se zrakem velice náhle. Všimla si toho při výkonu svého povolání, když začala špatně rozeznávat květiny a špatně vytrhávat plevel. Později se přidaly návaly na oči a létající černé fleky před očima. Toto jí již donutilo navštívit odborného lékaře. Sdělení diagnózy proběhlo velice stroze, bez vysvětlení vlastního onemocnění. Psychologická ani jiná odborná pomoc jí nabídnuta nebyla. Zrak se zhoršoval, až jednoho dne po mnohých vyšetřeních si lékaři paní Helenu nechali v nemocnici asi týden, kdy jí podávali infuze, kapali do očí kapičky a nechávali ji v jakési naději. Zázrak se však nekonal, jak ona říká, a o zrak definitivně přišla. V tu chvíli měla obrovský strach, co bude dál. Jak bude žít. Bylo jí teprve 27 let, měla celý život před sebou. Chtěla mít svatbu, rodinu, děti, jezdit na dovolené, pracovat, starat se o své blízké. Najednou však nic neviděla, neviděla co je kolem ní, neviděla ani vnitřně žádnou radost. Měla pouze zlost a obrovský strach. Zlobila se na okolní svět, proč se to stalo právě jí. Proč jí lékaři nepomohli, vždyť přece přišla včas. Velkou oporou jí tehdy byla její maminka, která jí chytla za ruku a řekla jí, že to zvládne. Že byla vždycky silná holka a ani tohle jí neskolí. To paní Heleně velice pomohlo. Po návratu domů matka zajistila přestavbu nábytku a uspořádání věcí v bytě tak, aby paní Helena se mohla bez větších obtíží pohybovat a být zde soběstačná. Jelikož měla dva starší sourozence, pomoc o to byla jednodušší.

Paní Helena do té doby, než přišla o zrak, neměla představu o tom, jestli fungují nějaká zařízení pro osoby se ztrátou zraku. O existenci těchto zařízení se dozvěděla od svého bratra, který se o nich dočetl v novinách. Sdělil jí, že existují zařízení jako Tyfloservis. Paní Helena hned chtěla kontakt a navázala s touto organizací spolupráci, a také díky tomuto se stala samostatnou soběstačnou ženou, sice bez zraku, ale byla to ona.

Velice významné pro ni bylo, že absolvovala rekvalifikační masérský kurz a následně poté získala nové zaměstnání, které ji zvedlo sebevědomí. Začala si připadat užitečná a prospěšná druhým a neměla pocit, že ona je ten chudák, který nevidí. Dokud nezaložila rodinu, byla její práce jejím naplněním a dávala jí smysl. V procesu adaptace bylo pro paní Helenu velice přínosné seznámení se, se svým nynějším manželem. Poznala se s ním ve své práci, a najednou měla dva směry, které ji naplňovaly. Seznámení také proběhlo v době, kdy paní Heleně zemřela maminka a často si říká, že to byl maminky dárek pro ni, aby tady nebyla sama, přestože má dva sourozence. Co se týká sociálních kontaktů, myslí si paní Helena, že bylo několik přátel, kteří ji opustili, vlivem ztráty zraku. Nemohla již s nimi vykonávat ty činnosti jako předtím a pro ně zase činnosti paní Heleny byly také nezajímavé. Přestože o nějaké přátele přišla, mnoho nových získala a nemůže si je vynachválit.

V procesu adaptace a psychosociální podpory měla pozitivní vliv rodina, aktivní činnost, absolvování rekvalifikačního kurzu, spolupráce s organizací zabývající se zrakovým handicapem, nalezení životního partnera. Jako negativní shledává paní Helena změnu sociálních vazeb a především nízkou úroveň osvěty veřejnosti.

PAVEL

Tabulka 4: Informace o respondentovi

Pohlaví	Muž
Věk	65 let
Bydliště	Město, byt
Zaměstnání	Starobní důchod
Rodinný stav	Ženatý
Stupeň zrakového postižení	Úplná nevidomost
Onemocnění způsobující ztrátu zraku	Katarakta, Věkem podmíněná makulární
Věk, kdy se objevily první příznaky poruchy	45 let pravé oko
Věk získání zrakového handicapu	56 let pravé oko
Délka průběhu zrakového onemocnění	17 let
Uplynulá doba od získání zrakového postižení	3 roky

Pan Pavel s poskytnutím rozhovoru ochotně souhlasil. Rozhovor se nesl v přátelské atmosféře, a byl brán velmi vážně. Na žádost, zda si rozhovor mohu nahrát na diktafon, byla reakce kladná.

Panu Pavlovi je 65 let. Pochází z úplné rodiny a má jednoho sourozence sestru, která je o 2 roky starší. Se sestrou vycházel vždy velmi dobře. Otec byl zaměstnán jako úředník SBČS (Státní Banka Československa). Matka byla na pozici úřednice v LSD Jednota (Lidové Spotřební Družstvo Jednota). Celá rodina bydlela ve státním bytě ve městě. Často jezdili k prarodičům do nedalekého malého městečka. S prarodiči vždy vycházeli velmi dobře a trávili tam mnoho volných chvil. Dědečkovi z matčiny strany byl v 65 ti letech diagnostikován glaukom - zelený zákal, díky kterému následně přišel o zrak.

Pan Pavel vystudoval Pedagogickou fakultu obor matematika - tělesná výchova. Poté se začal živit jako učitel (16 let), poté jako ředitel (14 let) základní školy. Celý život byl velice aktivní, měl mnoho koníčků, které ho naplňovaly. První příznaky poruchy zraku nastaly v 45 ti letech, jednalo se o šedý zákal pravého oka. Příznaky se projevovaly zhoršeným viděním. Na základě tohoto se rozhodl navštívit očního lékaře, který diagnostikoval rozvíjející se šedý zákal. Podstoupil operaci, kde mu byla vyměněna čočka. V roce 2003 (53let) se toto opakovalo i na levém oku. Průběh byl stejný. Zrak po operaci byl v pořádku, pouze byla doporučena brýlová korekce.

V 55 ti letech došlo ke zhoršení vidění na pravém oku. Ihned navštívil odborného lékaře. Oftalmolog diagnostikoval odchlípení sítnice. Na základě tohoto podstoupil v 56 ti letech sedm operací pravého oka, sítnici se však nepodařilo zachránit a byla diagnostikována úplná ztráta zraku na pravém oku. Lékaři neposkytli vysvětlení, proč k tomuto došlo, ani nenabídlí odbornou či jinou pomoc. Otec přesto dále pracoval a v dalším životě ho tato ztráta nijak výrazně neomezovala. V 62 letech se to samé opakovalo na levém oku. Docházelo k postupnému trhání sítnice. Absolvoval tedy osm operací během několika měsíců, v rámci jedné z nich došlo k transplantaci rohovky. Přesto se zrak na levém oku také nepodařilo zachránit. Zde byla lékařská péče na velice dobré úrovni, lékař s pacientem diagnózu probíral a poučil ho o dalším postupu léčby. V 62 letech nastala úplná nevidomost.

Pan Pavel se po sdělení oftalmologické diagnózy cítil bez naděje. Deprese se střídavě dostavovaly a dostávají do dnes. Do té doby byl velice aktivním státním úředníkem na vysokých postech i v politické sféře, kdy byl v neustálém kontaktu s lidmi. Jeho největším koníčkem byla četba, o kterou bohužel díky ztrátě zraku přišel. Vždy byl soběstačný a plně fungující člověk s energií. V současné době stále dochází na oční kliniku, na pravidelné kontroly. Pan primář se stále snaží o změnu stavu, ovšem pan Pavel již nevěří, že by ještě někdy mohl vidět.

Ztráta zraku u pravého oka probíhala čtyři měsíce a u levého oka měsíce tři.

S variantou úplné nevidomosti nikdy moc nepočítal, proto to byl obrovský šok, se kterým se dodnes nevyrovnal.

Příčinou ztráty zraku byl mimo jiné i vysoký stres a zátěž. Málokdy dokázal zvolnit. V procesu adaptace a psychosociální podpory měla obrovsky pozitivní vliv především manželka, děti a nejbližší přátelé. Vlivem ztráty zraku došlo ke ztrátě mnoha sociálních kontaktů. Po oslepnutí ho přestalo kontaktovat mnoho „dobrých“ přátel, kterých měl během své funkce nespočet. Cítí se nyní nepotřebný a je velice těžké nalézt si nový životní směr.

V současné době žije v bytě 2+1 s manželkou, synem a zlatým retrívrem jménem Gery. Přestože Gery není vodící pes, je obrovskou psychickou podporou. Kompenzační pomůcky nevyužívá. Jeho život se snížil do úzkého kruhu, kdy je odkázán na poslech televize a rádia. Dostavily se i poruchy spánku, spojené se stresovými situacemi z orientace v čase. V procesu adaptace a psychosociální podpory měla pozitivní vliv především rodina pana Pavla. Naopak jako negativní sledává ztrátu sociálních kontaktů a koníčků.

VĚRA

Tabulka 5: Informace o respondentovi

Pohlaví	Žena
Věk	84 let
Bydliště	Město, Domov pro zrakově postižené Palata
Zaměstnání	Starobní důchod
Rodinný stav	Vdova
Stupeň zrakového postižení	Úplná nevidomost
Onemocnění způsobující ztrátu zraku	Pravé oko úraz, Levé oko Katarakta, VPMD
Věk, kdy se objevily první příznaky poruchy zraku	Pravé oko – 6 let
Věk získání zrakového handicapu	6 a 80 let
Délka průběhu zrakového onemocnění	0
Uplynulá doba od získání zrakového postižení	78 let pravé oko a 4 roky levé oko

Paní Věra na mou žádost o rozhovor reaguje velice pozitivně, a ujišťuje mě, že pokud bude znát odpověď na moje otázky, velice ráda mi je sdělí. Také mě upozorňuje na to, že se jí velmi často stává, že odbočí od tématu, tudíž ať ji upozorním, kdyby se tak stalo. Celý rozhovor bere velmi vážně a souhlasí s nahrávkou rozhovoru na diktafon.

Paní Věře je 84 let a pochází ze Slovenska z malé vesničky, kde žila do svých 30 ti let. Narodila se do úplné rodiny, avšak během války byl její otec ve věku 37 let zabit a od 15 ti let vyrůstala sama se svou matkou a dvěma mladšími sourozenci. Vystudovala pouze základní školu, a jelikož se musela starat o rodinu, začala pracovat již od 17 ti let v konzervárnách. V průběhu pracovních úvazků si doplňovala vzdělání, například výchovný kurz, kdy poté pracovala několik let jako výchovná pracovníce v Trenčíně. V roce 1961 se s manželem přestěhovala do Čáslavi, kde začala pracovat na letišti a absolvovala účetní kurz, aby mohla pracovat na vyšší pozici a byla zařazena do vyšší platové třídy.

Již v 6 ti letech přišla o pravé oko následkem úrazu. Píchla si nůž do oka. Dříve však nebyla lékařská péče na vysoké úrovni a především dosah lékařů byl malý, proto se oko nepodařilo zachránit. Lékaři jí chtěli dát oko skleněné, jelikož však byla paní Věra stále ve vývinu a neustále by se jí měnila velikost oční náhrady, rodiče tuto variantu odmítli. Paní Věra je přesvědčena, že pokud by se jí to stalo dnes, oko by jí třeba zachránili. Od šesti let tedy viděla pouze na jedno oko. Nikdy si nepřišla nijak handicapovaná, vždy vše zvládala, nikdy nechtěla žádné úlevy.

V roce 2011 podstoupila v nemocnici v Havlíčkově Brodě operaci šedého zákalu. Vše po operaci bylo v pořádku, neměla žádné komplikace. Pouze nosila brýle. Chodila na pravidelné kontroly k paní doktorce, nic ji nebolelo, cítila se dobře. Dne 22. července 2013 přišla na pravidelnou kontrolu ke své oftalmoložce. Po běžném vyšetření ji lékařka sdělila, že se jí něco nelíbí na její sítnici a že ji raději objedná do nemocnice na podrobnější vyšetření. Termín však byl až v září. Paní Věře to přišlo divné, proč až za tak dlouhý čas, proč ne hned. Ptala se na to paní doktorky a ta jí sdělila, že je čas dovolených, a že zářijový termín je naprosto vyhovující. Paní Věra se dále nevyptávala, do té doby lékařce plně důvěřovala.

Dne 1. srpna 2013 večer byla paní Věra na dvorku, povídala se svou sousedkou, dobrou přítelkyní, a poté šla spát jako každý den. Vzbudila se kolem půl druhé v noci, šla se napít. Vše bylo v pořádku, nic ji nebolelo, hlava se jí nemotala. Lehla si a usnula. Ovšem poté, po probuzení, přišel šok. Vzbudila se do tmy.

V první chvíli si myslela, že byla v noci bouřka, která vyřadila elektriku, proto je všude taková tma. Vzala si tedy baterku, ovšem nic. Žádné světlo. Věděla, že je baterka funkční, že ji zapnula, ale nic neviděla, stále byla jen tma. V tu chvíli v ní hrklo. Hlavou jí proběhlo, co to říkala paní doktorka o té sítnici. V šoku vstala z postele a vyšla na chodbu. Kolem zdi a zábradlí se „dosoukala“ ke dveřím sousedů. Zazvonila, otevřel pán, který ovšem netušil co se děje.

Paní Věra se ho začala ptát kolik je hodin a že nevidí, že se vzbudila do tmy. Pán nevěděl co se děje, co má dělat, jak má pomoci. Doběhl vzbudit manželku a rychle zavolali sanitku. Než sanitka přijela, museli paní Věru, podle jejích slov, křísit. Byla naprosto nervově zhroucena. Nechápala, co se to stalo. Po příjezdu RZS jí byla podána uklidňující injekce, aby byla alespoň schopna převozu do nemocnice do Kolína. Tam jí po mnoha vyšetřeních potvrdili úplnou nevidomost levého oka. Lékaři kontaktovali dceru s rodinou o tom, co se stalo.

Všichni byli naprosto zdrceni, jelikož vše přišlo tak náhle. Paní Věra tomu stále nechtěla věřit, proto ji dcera objednala v pražské soukromé oční klinice. Zde ji pan primář řekl, že došlo k ucpání cévky, která vyživuje hlavní oční tepnu, a ta pokud není po dobu dvou minut vyživována, tak odumírá a tím dochází i k odumírání sítnice. Paní Věra si začala promítat v hlavě, že kdyby ji její lékařka poslala na vyšetření hned, nemuselo vůbec k tomuto dojít, mohla dále vidět. Dcera kontaktovala paní doktorku, aby jí sdělila, co se s maminkou stalo. Lékařka byla ohromena a slibovala pomoc. Od té doby paní Věra o paní doktorce neslyšela. Pouze má na ni špatné vzpomínky a svým způsobem ji dává za vinu, co se stalo.

Po propuštění paní Věry z nemocnice si ji její rodina vzala k sobě, jelikož by sama v bytě žít nedokázala. V roce 2010 ji zemřel manžel na rakovinu a celé tři roky se s tím smířovala, učila se žít sama. Poté nastala tato další, pro ni, tragická událost. V prvních měsících pomýšlela i na sebevraždu. Stála u otevřeného okna v chodbě a říkala si, že může vše ukončit. Pak si ovšem uvědomila, že má krásnou, hodnou rodinu, a že by jim to nemohla udělat. Že by se ani třeba nedozvěděli, proč to udělala.

Po sdělení diagnózy ji z lékařského personálu nikdo neřekl, jaké služby může využívat, na koho se může obrátit. Myslí si, že základní informace podali dceři, ale pouze z toho důvodu, že je velmi starostlivá a pečlivá. Dcera zjistila, že existuje zařízení, které je specializované pro osoby nevidomé a s poruchou zraku, a tak podala žádost.

Po dvou a půl měsících od podání žádosti byla paní Věra přijata do domova pro zrakově postižené Palata, 14. listopadu 2013. Po nástupu do Palaty měla paní Věra strach. Bála se nového prostředí, nevěděla, co jí čeká, především to neviděla. Ovšem po pár týdnech byla velice spokojena. Personál je velice milý a přátelský, pořádá se mnoho kulturních akcí a aktivit, které může paní Věra i se svým handicapem vykonávat. To ji velmi naplňuje. Uvědomila si, že je to místo, kde může dožít svůj život. Stále je v kontaktu se svými přáteli z Čáslavi, volají ji. A když se jí zeptají na to, jak se jí vede, většinou je její odpověď stejná: „*Já žijem, ale moj život už je bezvýznamný.*“

Paní Věra si porovnává život v Palatě, a kdyby žila u svých dětí. Je přesvědčena o tom, že doma, i když by byla se svými blízkými, by jen seděla a vůbec nic by nemohla dělat. Nebyl by čas na to ji doprovázet na jednotlivé aktivity, nějak ji zaměstnat. Proto je zde v tomto směru velmi spokojená. Rodina ji pravidelně navštěvuje, volají si a ona ví, že jim šetří mnoho času a energie. Dcera ji koupila hodinky pro nevidomé, aby měla přehled o čase a mobilní telefon, který je určen seniorům, má velká tlačítka, a paní Věra se s ním naučila perfektně pracovat a ovládat ho. Jiné kompenzační pomůcky nevyužívá. Bílou hůl nechce, jelikož se pohybuje pouze po místech, kde to v Palatě zná a má své krokové metody. Ven si sama netroufne, tam chodí vždy s rodinou, která jí nahrazuje zrak. A jiného nic nepotřebuje. V Palatě jsou pracovnice a pracovníci, kteří jí se vším pomohou.

Dne 2. srpna 2015 to budou dva roky, co paní Věra přišla o zrak na levém oku. V současné době, je se ztrátou vyrovnaná, ví, že už s tím nic neudělá, a také hraje velkou roli věk. Říká si, že si mnoho za svůj život užila, a přestože před ztrátou zraku byla na svůj věk velmi aktivní a nyní ji to občas chybí, ví, že už je stará. Je přesvědčena, že je mnohem horší, když se to stane mladšímu, který má před sebou celý život a najednou se musí začít přizpůsobovat nelehké situaci.

Z příběhu paní Věry je možné identifikovat, že v procesu adaptace a psychosociální podpory jí nejvíce pomohla rodina, a její nejbližší okolí. Kvůli rodině se rozhodla dále žít a neukončit svůj život. Po nástupu do Palaty zjistila, že přestože je handicap velký, může svůj život plnohodnotně dožít.

LUBOMÍR

Tabulka 6: Informace o respondentovi

Pohlaví	Muž
Věk	73 let
Bydliště	Město, Domov pro zrakově postižené Palata
Zaměstnání	Starobní důchod
Rodinný stav	Vdovec
Stupeň zrakového postižení	Úplná nevidomost
Onemocnění způsobující ztrátu zraku	Glaukom, Degenerace sítnice
Věk, kdy se objevily první příznaky poruchy zraku	3 roky levé oko
Věk získání zrakového handicapu	34 let
Délka průběhu zrakového onemocnění	7 let
Uplynulá doba od získání zrakového postižení	39 let

Panu Lubomírovi se zpočátku do rozhovoru moc nechtělo, byl odměřený a stroze odpovídal na otázky. Spíše se vyptával on mě. Přibližně po 15 ti minutách došlo k tzv. prolomení ledu a pan Lubomír se alespoň v základních informacích rozpovídal. Velký vliv na to mělo mé ujištění, že si rozhovor nebudu nahrávat. To pro něho bylo obrovským impulzem.

Panu Lubomírovi je 73 let. Narodil se do úplné rodiny, kde se rodiče chovali ke svým dětem velice hezky a snažili se jim co nejvíce věnovat. Lubomír má o tři roky staršího bratra a dvě mladší sestry, o dva a tři roky. Otec pana Lubomíra pracoval v pivovaru jako bednář a jeho žena, maminka, byla v domácnosti a starala se o děti. Dříve to tak bylo běžné. Bydleli v malém domku, kde měli pouze dvě místnosti bez sociálního zařízení, které bylo na dvorku. Po čase získali byt v novostavbách, které postavil pivovar. Zlepšila se tak kvalita jejich bydlení. Zrakovou vadou, z výpovědi pana Lubomíra, nikdo netrpěl, jen otec nosil brýle.

Pan Lubomír vystudoval Střední odborné učiliště obchodního zaměření. Po absolvování SOU, začal pracovat jako účetní v železářství.

Problémy se zrakem měl pan Lubomír o dětství. Již ve třech letech byl po operaci levého oka. Ta se ovšem nepovedla a pan Lubomír přestal na jedno oko vidět. Nikdy mu handicap nevadil a vše zvládal, jako kluk co má obě oči zdravé. Obtíže se začaly objevovat okolo 27 roku. Onemocnění se mu začalo projevovat objevením se zelené skvrny, která se rozšiřovala. Nastala barvoslepost, a vše bylo vidět jako by přes zelenou blánu. Problémy se zrakem, které vedly k úplné nevidomosti, trvaly 7 let.

Pan Lubomír se oženil ve 22 ti letech a s manželkou měli hned po svatbě nejprve jednoho potomka, posléze druhého. Jelikož ztráta zraku byla postupná, pan Lubomír s variantou velmi špatného zraku tak trochu počítal, a připravoval se i na to nejhorší. Přesto že stále doufal. Rodina ho podporovala. Manželka se dle jeho slov nechtěla s touto možností vyrovnat, ale když viděla, že se stav horší, velice panu Lubomírovi pomohla a podpořila ho, že to společně zvládnou.

Ve 34 letech podstoupil pan Lubomír operaci sítnice, ta ovšem nedopadla dle očekávání a panu Lubomírovi byla sdělena diagnóza úplná nevidomost. Přestože s touto variantou počítal, byl ochromen a paralyzován. Nebyl najednou schopen samostatně přemýšlet a hledat cesty, jak to bude dál. V tu chvíli mu velmi pomohla jeho žena Marie. Řekla mu, aby se zaměřil na vnitřní rozhodnutí, zda tuto situaci zvládne nebo ne on sám v sobě. Ona ví, že společně to zvládnou, ale musí chtít on. To bylo pro něho impulsem, že to zvládne, a zaměřil se na své síly osvojování si nového způsobu života. Pronásledoval ho však strach z toho, aby ho neopustila vůle, kterou má.

Největší radost mu v těžkém počátečním období přinášelo to, když se mu začalo něco dařit nebo když překonal překážky, které se objevily. Z každého, ať sebemenšího úspěchu měl radost. Začal ho zas těšit život a hlavně to, že měl skvělou manželku a výborné děti, které velice pomáhaly a snažily se svému otci zprostředkovat i okolní svět.

Pan Lubomír byl již od začátku svých problémů se zrakem členem SONS. V té době se snažil pomáhat lidem, kteří na tom byli se zrakem ještě hůře než on. Výkon činnosti v této organizaci mu zajistil přehled problematiky o zrakově postižených a také mu o něco usnadnil proces adaptace. Pan Lubomír se přiznává, že tím, jak s lidmi se zrakovým postižením již pracoval, nijak mu nepomohlo vědomí, že v tom není sám.

I po ztrátě zraku se pan Lubomír vždy snažil zapojovat do prací a různorodých činností. Nejprve začal s domácími pracemi. Snažil se i o nalezení zaměstnání. To se mu však nepodařilo, přesto, že snaha byla vysoká. Nikdy nepocíťoval žádnou souvislost mezi ztrátou zraku a ztrátou sociálních kontaktů. Opravdová přátelství se upevnila. Nejtěžším shledává pan Lubomír přizpůsobení se novému způsobu života, respektive nepřesná orientace v prostoru. Za podpory jeho rodiny byl byt 3+1 přestavěn tak, aby to nevidomému panu Lubomírovi plně vyhovovalo. Kompenzační pomůcky využívá jen základní. Zvykl si na bílou hůl, která mu pomáhá v orientaci venku. Vodícího psa si pořídit nikdy nechtěl, přestože je velmi obdivuje. Vadí mu omezenost v rámci péče o psa.

V současné době se pan Lubomír cítí být vlivem samoty a tmy krajně nespokojen. Před třemi lety mu zemřela manželka a dodnes se s tím nedokázal vyrovnat. Ztrátu své ženy považuje za největší tragédii svého života. Je pravda, že děti i vnoučata ho pravidelně navštěvují, a starají se o něho, podporují ho, ale manželku mu nenahradí. Pan Lubomír nyní žije v domově pro zrakově postižené Palata necelý rok. Byl to nápad jeho dětí, jelikož tam má mnoho činností. Snaží se využívat co nejvíce nabízených aktivit, které mu alespoň částečně pomáhají odpoutat se od myšlenek na ženu, která mu byla obrovskou oporou.

Z příběhu pana Lubomíra je možné identifikovat, že v procesu adaptace a psychosociální podpory mu nejvíce pomohla jeho žena a děti. Jelikož byl před ztrátou aktivní člověk, velice mu pomohla i běžná činnost v domácnosti. Negativní dopad na něho mělo to, že nemohl se svým handicapem získat zaměstnání. Jako kompenzační pomůcky využívá bílou hůl, hodinky pro zrakově postižené a mobilní telefon, čtečky, mp3 přehrávač, rádio. Přestože ztráta přišla v poměrně brzkém věku, nikdy neměl snahu učit se Braillovo písmo. Měl vždy svou ženu, která mu nahrazovala jeho handicap.

KAREL

Tabulka 7: Informace o respondentovi

Pohlaví	Muž
Věk	48 let
Bydliště	Město, Domov pro zrakově postižené
Zaměstnání	Invalidní důchod
Rodinný stav	Svobodný
Stupeň zrakového postižení	Úplná nevidomost
Onemocnění způsobující ztrátu zraku	Diabetická retinopatie
Věk, kdy se objevily první příznaky poruchy	25 let
Věk získání zrakového handicapu	28 let
Délka průběhu zrakového onemocnění	3 roky
Uplynulá doba od získání zrakového postižení	20 let

Pan Karel s poskytnutím rozhovoru ochotně souhlasil. Rozhovor se nesl v přátelské atmosféře. Na žádost, zda si rozhovor mohu nahrát na diktafon, byla reakce kladná.

Panu Karlovi je 48 let. Pochází z rodiny, kde byly velice špatné vztahy mezi rodiči. Matka se o pana Karla nestarala, zanedbávala jeho péči. Otec vlivem pracovního vytížení neměl čas se o syna starat. Po dvou letech od narození pana Karla se otec s matkou rozvedl. Po rozvodu svěřil otec syna do péče jeho rodičů, prarodičů pana Karla. Následkem zanedbané péče v dětství, se u pana Karla rozvinula cukrovka.

S prarodiči vycházel vždy dobře, ovšem nikdy ho nenaučili správné zásady, jak žít s cukrovkou. Proto si do života nesl špatné návyky. Jak řekl, nic ho nenaučili, především v oblasti jeho nemoci, cukrovky. Nedodržoval dietu, nestaral se o sebe. Žil jako zdravé dítě. Kolem 15tého roku si ho otec vzal zpět do péče k sobě do Prahy a snažil se napravovat chyby, které si pan Karel do života nesl.

Otec ho několikrát varoval, pokud nebude dodržovat dietu, nebude chodit na pravidelné kontroly a nepřizpůsobí se své nemoci, tak že oslepne. Bohužel měl tehdy

pravdu, pan Karel přišel o zrak ve svých 28 letech. Pan Karel vystudoval odbornou střední školu zahradnickou a poté se této profesi věnoval. Byl vždy velice aktivní. Jeho největší zálibou byla jízda na kole.

O zrak začal přicházet postupně. Nejprve se mu vytvořil glaukom na pravém oku. S tím byl spojen vysoký nitrooční tlak. Také se přidal zánět trojklaného nervu a pan Karel si procházel obrovskými bolestmi, kdy se nemohl dotknout ani vlasů. Vzpomíná, že tehdy měl dlouhé husté vlasy. Dnes si hlavu holí, jelikož je to pro něho pohodlné a bez starostí. Podstoupil operaci, kdy mu byla podána alkoholová injekce, bohužel však došlo k atrofii a zadní část bulvy vyschla. Od té doby má pravé oko zapadlé. V listopadu roku 1992 se mu začala odchlípnout sítnice na pravém oku. Podstoupil tedy operaci, která tehdy byla úspěšná. Ovšem po třech letech přišel pan Karel o zrak i na levém oku a stal se nevidomým.

Pan Karel je přesvědčen, že kdyby se k sobě choval lépe, dodržoval zásady, které měl, a kdyby byla medicína na takové úrovni jako nyní, mohl o zrak přijít až v pozdějším věku. Že ztráta jednou přijde, věděl. Ačkoliv je pravda, že velmi často polemizuje nad tím, co je lepší. Kdyby ke ztrátě došlo až v pozdějším věku, měl by již rodinu, děti, auto, užíval si svůj koníček, kolo, věnoval se své práci, a najednou by o vše přišel. Tehdy byl schopen se, se svým handicapem poprat, učit se novým věcem a zkusit se s tím nějak vyrovnat.

V procesu adaptace a psychosociální podpory byl důležitým činitelem jeho otec. Podporoval ho, staral se o něho a dal mu chuť do života. Pan Karel během celého rozhovoru nezmínil, to jak se cítil bezprostředně po sdělení diagnózy, ani kdy přesně k tomu došlo. Víc než ztráta zraku, ho tehdy trápila nešťastná láska a vzhled. Nechtěl nic dělat, vycházet ven, byl malátný, pořád jen spal. Jednoho dne přišel otec za ním do pokoje, bouchl těžítkem o skleněný stůl a řekl „*K sakru už se seber!*“. To pana Karla najednou probralo. Začal hledat náplň svého času. Na kole již jezdit nemohl. Měl rád hudbu, tak se rozhodl, že se bude věnovat jí. Poprosil otce, aby mu zařídil koupi HIFI soustavy a začal sbírat CD. Dnes jich má přes 1500 a stále se mu sbírka rozrůstá.

Pan Karel nyní žije v domově pro zrakově postižené Palata. V létě to budou čtyři roky. Žádost si podal po smrti svého otce, jelikož se necítil na to žít v bytě 2+1 sám, přestože má mnoho přátel, kteří by mu pomohli. Využívá mnoho kompenzačních pomůcek, bílou hůl, čtečku, počítač, mobilní telefon, mp3 přehrávač, naučil se bez obtíží se vším pracovat a nedělá mu problém komunikace

elektronickou formou. Zmiňuje, že uvažoval kdysi dávno nad vodícím psem, ale jelikož mu péče přijde náročná, od nápadu opustil. Pan Karel si je vědom toho, že kdyby se k sobě choval, tak jak se chová dnes, nemuselo to třeba takto být. Ztráta zraku ho změnila, a dnes je z něho úplně jiný člověk než předtím, lepší. V procesu adaptace a psychosociální podpory měl pozitivní vliv otec pana Karla, nalezení nového koníčka.

7.7 Interpretace výsledků

7.7.1 Nejvýznamnější činitele ovlivňující proces adaptace a psychosociální oblast osob se získanou ztrátou zraku v dospělosti a seniorském věku.

Na proces adaptace a psychosociální oblast působilo u každého respondenta mnoho činitelů. Není jednoduché rozpoznat a popsat vše, co proces vyrovnávání se, se získanou ztrátou zraku ovlivnilo, proto uvádím ty činitele, kteří měli největší vliv.

Pan Jan

V procesu adaptace a v oblasti psychosociální podpory mělo pro pana Jana největší pozitivní vliv seznámení se a komunikace s lidmi, kteří na tom byli obdobně jako on. Dále ho významně podpořila rodina a aktivní činnost, získání bílé hole, což mu pomohlo k samostatnosti, a v neposlední řadě vodící pes. Negativní vliv na pana Jana mělo zpočátku, nemožnost samostatné orientace v prostoru.

Tabulka 8: Činitele nejvíce ovlivňující proces adaptace a psychosociální oblasti

	+	-
1.	Setkání s lidmi, kteří mají stejný handicap	Závislost na pomoci druhých
2.	Rodina	Nesamostatnost
3.	Aktivní činnost – zájmy a koníčky	Nepřesná orientace v prostoru
4.	Získání bílé hole	
5.	Vodící pes	

Paní Ivana

V procesu adaptace a v oblasti psychosociální podpory měla pro paní Věru největší pozitivní vliv podpora rodiny a psychologická pomoc. Dále ji velice pozitivně ovlivnily úspěchy v procesu adaptace, aktivní činnost, nové zájmy a koníčky. Negativní vliv na paní Ivanu měla ztráta zaměstnání, nesamostatnost, ztráta orientace v prostoru, ztráta sociálních vazeb.

Tabulka 9: Činitele nejvíce ovlivňující proces adaptace a psychosociální oblasti

	+	-
1.	Rodina	Ztráta zaměstnání
2.	Psychologická pomoc	Závislost na pomoci druhých
3.	Přátelé	Nesamostatnost
4.	Aktivní činnost – zájmy a koníčky	Nepřesná orientace v prostoru
5.	Kompenzační pomůcky	Ztráta sociálních vazeb
6.	Bílá hůl	
7.	Vodící pes	
8.	Úspěchy v procesu adaptace	
9.	Plánování dětí	

Paní Helena

V procesu adaptace a v oblasti psychosociální podpory měla pro paní Helenu největší pozitivní vliv její rodina. Dále ji velice pozitivně ovlivnila aktivní činnost, rekvalifikační kurz a následné zaměstnání, nalezení životního partnera. Negativní vliv na paní Helenu měla nesamostatnost, ztráta orientace v prostoru, ztráta sociálních vazeb, ztráta koníčků a zájmů.

Tabulka 10: Činitelé nejvíce ovlivňující proces adaptace a psychosociální oblasti

	+	-
1.	Rodina	Nepřesná orientace v prostoru
2.	Aktivní činnost	Závislost na pomoci druhých
3.	Nalezení životního partnera	Nesamostatnost
4.	Aktivní činnost – zájmy a koníčky	Ztráta sociálních vazeb
5.	Rekvalifikační kurz	Ztráta koníčků a zájmů
6.	Bílá hůl	
7.	Zaměstnání	
8.	Úspěchy v procesu adaptace	
9.	Spolupráce s organizacemi	

Pan Pavel

V procesu adaptace a v oblasti psychosociální podpory měla pro pana Pavla největší pozitivní vliv jeho rodina. Dále ho velice pozitivně ovlivnili nejbližší známí, úspěchy v procesu adaptace, pes. Negativní vliv na pana Pavla měla ztráta zaměstnání, ztráta sociálních vazeb, nesamostatnost, ztráta orientace v prostoru, ztráta koníčků a zájmů.

Tabulka 9: Činitelé nejvíce ovlivňující proces adaptace a psychosociální oblasti

	+	-
1.	Rodina	Ztráta zaměstnání
2.	Nejbližší přátelé	Ztráta koníčků a zájmů
3.	Úspěchy v procesu adaptace	Ztráta sociálních vazeb
4.	Pes	Nesamostatnost
5.		Závislost na pomoci druhých

Paní Věra

V procesu adaptace a v oblasti psychosociální podpory měla pro paní Věru největší pozitivní vliv podpora rodiny a přátel. Dále ji velice pozitivně ovlivnil nástup do Domova pro zrakově postižené Palata, kde získala nové přátele, zájmy a koníčky. Negativní vliv na paní Věru měla nesamostatnost, ztráta orientace v prostoru, ztráta sociálních vazeb.

Tabulka 10: Činitelé nejvíce ovlivňující proces adaptace a psychosociální oblasti

	+	-
1.	Rodina	Závislost na pomoci druhých
2.	Přátelé	Nesamostatnost
3.	Aktivní činnost – zájmy a koníčky	Nepřesná orientace v prostoru
4.	Kompenzační pomůcky	Ztráta sociálních vazeb
5.	Život v Palatě	Ztráta manžela

Pan Lubomír

V procesu adaptace a v oblasti psychosociální podpory měla pro pana Lubomíra největší pozitivní vliv jeho manželka a podpora rodiny. Dále ho velice pozitivně ovlivnila aktivní činnost, a získání bílé hole. Negativní vliv na pana Lubomíra měla ztráta zaměstnání, nesamostatnost, ztráta orientace v prostoru, ztráta sociálních vazeb, ztráta ženy.

Tabulka 11: Činitelé nejvíce ovlivňující proces adaptace a psychosociální oblasti

	+	-
1.	Manželka - Rodina	Závislost na pomoci druhých
2.	Rodina	Nesamostatnost
3.	Aktivní činnost – zájmy a koníčky	Nepřesná orientace v prostoru
4.	Kompenzační pomůcky	Ztráta sociálních vazeb
5.	Bílá hůl	Ztráta manželky

Pan Karel

V procesu adaptace a v oblasti psychosociální podpory měl pro pana Karla největší pozitivní vliv jeho otec. Dále ho velice pozitivně ovlivnily úspěchy v procesu adaptace, nové koníčky a zájmy, osvojování si nových věcí. Negativní vliv na pana Karla měla ztráta koníčků a zájmů, nesamostatnost, ztráta orientace v prostoru, ztráta zaměstnání, ztráta lásky.

Tabulka 12: Činitelé nejvíce ovlivňující proces adaptace a psychosociální oblasti

	+	-
1.	Otec - Rodina	Ztráta koníčků a zájmů
2.	Úspěchy v procesu adaptace	Ztráta sociálních vazeb
3.	Nové koníčky a zájmy	Nesamostatnost
4.	Osvojování si nových dovedností	Závislost na pomoci druhých
5.	Kompenzační pomůcky	Ztráta lásky
6.		Ztráta zaměstnání

7.7.2 DVO1: Jakou roli sehrála v psychosociální oblasti a v procesu adaptace osob se získanou ztrátou zraku rodina?

Tato otázka výzkumného šetření byla ověřena na základě volné odpovědi na otázku v rozhovoru „Kdo nebo co Vám nejvíce pomohlo při procesu adaptace a v oblasti psychosociální podpory?“ Cílem otázky bylo sledovat, zda budou respondenti ve svých odpovědích zmiňovat činitele rodinu. Pokud v odpovědi tento činitel byl zmíněn, byly dále pokládány otázky týkající se hodnocení rodiny, jako činitele majícího vliv na proces adaptace a psychosociální oblasti. Cílem tedy bylo zjištění role rodiny v procesu adaptace a psychosociální podpory.

Pan Jan

Pan Jan uvedl, že rodina byla pro něho obrovskou podporou v procesu adaptace. Bez ní by si to nedovedl představit. V psychosociální oblasti ji uvedl spíše až na druhém místě. Více mu zde pomohlo setkání s lidmi se stejným handicapem.

Paní Ivana

Pro paní Ivanu byla v procesu adaptace a psychosociální podpory největší oporou rodina, především její manžel. Vypověděla, že bez své rodiny by nikdy nedokázala to, kde je nyní, a jak se cítí.

Paní Helena

V oblasti psychosociální podpory byla pro paní Helenu nejdůležitější rodina, její maminka a bratr. V procesu adaptace uvádí rodinu také, ale myslí si, že jí nejvíce pomohl kontakt s organizacemi a rekvalifikační masérský kurz, který jí opět zapojil do života.

Pan Pavel

V procesu adaptace a psychosociální podpory byla pro něho nejdůležitější rodina. Mohl se o ni opřít a vždy ho podporovala a podporuje.

Paní Věra

Paní Věra ví, že rodina byla zásadní činitel, který jí pomohl jak v psychosociální podpoře, tak v procesu adaptace. Kdyby neměla svou dceru s rodinou, neměla by pro koho žít a suicidální myšlenky by pravděpodobně, podle svých slov, naplnila.

Pan Lubomír

V oblasti psychosociální podpory a procesu adaptace byla největší oporou pro pana Lubomíra jeho žena a děti, tedy rodina. Pomohla mu nalézt opět smysl života, podporovala ho, což pro něho bylo velice důležité.

Pan Karel

Pan Karel uvedl ve své výpovědi, že nejvíce mu pomohl v oblasti psychosociální podpory i v procesu adaptace otec, tedy rodina. Pomohl mu získat opět sebevědomí a postavit se svému handicapu.

Z výše uvedených výpovědí vyplývá, že u všech sedmi respondentů měl zásadní roli v oblasti psychosociální podpory a v procesu adaptace činitel rodina. Všichni uvedli, že se jim rodina snažila být vždy oporou, přestože to vždy nebylo jednoduché, snažila se vytvářet takové podmínky, aby smíření se, se získanou ztrátou zraku bylo jednodušší, ačkoliv se to vždy nepodařilo. O. Čálek (1987) uvádí, že rodina má v procesu adaptace i v oblasti psychosociální, významnou roli.

7.7.3 DVO2: Jak ovlivňuje aktivní činnost psychosociální oblast a proces adaptace u osob se získanou ztrátou zraku?

Tato otázka výzkumného šetření byla ověřena na základě jednotlivých odpovědí respondentů na různé otázky v rozhovoru.

Pan Jan

Pan Jan přišel o zrak v poměrně mladém věku, kdy měl velmi aktivní život, proto pro něho byla ztráta velice těžká. Snažil se tedy o aktivní život i po ztrátě. Kontakt s druhými lidmi postiženými stejným handicapem ho postavil opět na nohy a začal se věnovat aktivitám, které jsou pro jeho handicap možné. Začal plavat, to ho velice baví, dále pořádá besedy s nevidomými, kde se snaží předávat své zkušenosti.

Paní Ivana

Paní Ivana je velice aktivní žena, kterou práce vždy bavila a naplňovala. Nejtěžší pro ni bylo, když díky ztrátě musela zanechat svého zaměstnání. Nikdy se však nevzdala a našla si aktivity, které může i se svým zrakovým handicapem vykonávat. Dochází do svého kadeřnictví, které s manželem vlastní, kde se snaží zapojovat se svými znalostmi, které načerpává z internetu, dále se věnuje plavání a také výcviku svého psa.

Paní Helena

Absolvování rekvalifikačního masérského kurzu hrálo v procesu adaptace u paní Heleny významnou roli. Nalezla novou aktivitu, nové zaměstnání a nové životní obzory.

Pan Pavel

Pan Pavel byl před ztrátou zraku velice aktivní člověk, který měl mnoho zájmů a koníčků, proto pro něho ztráta zraku byla velice skličující. Stále se snaží nalézt něco, co by ho opět aktivně naplňovalo, jelikož by mu to velice usnadnilo vyrovnat se, se ztrátou. Do dnes se mu však nepodařilo nalézt nové aktivity, které by ho naplňovaly.

Paní Věra

Paní Věra, přestože přišla o zrak ve věku 80 ti let, byla před ztrátou velice aktivní. Pracovala na zahradě, jezdila na zájezdy, na vyjížďky na kole, scházela se se svými přáteli. Po ztrátě najednou nemohla nic. Po nástupu do Domova pro zrakově postižené zjistila, že je mnoho aktivit, které i se svým handicapem může vykonávat. Nejraději má splétání provázků a tanec.

Pan Lubomír

Pan Lubomír byl vždy velice aktivní, proto vyrovnání se, se ztrátou zraku pro něho v této oblasti nebylo jednoduché. Snažil se nalézt práci, ale bohužel se mu to nikdy nepodařilo. Buďto pro svůj handicap nebo nabídnutá práce neodpovídala jeho možnostem a představám. Aktivně docházel do organizace SONS, kde se snažil pomáhat, a také se zapojoval hlavně doma v domácích pracích. Aktivní činnost pro něho byla velice přínosná a s každého úspěchu měl obrovskou radost. Nyní žije v Domově pro zrakově postižené Palata, kde využívá nabízené aktivity a je svým způsobem rád, že má tuto možnost.

Pan Karel

Pro pana Karla, který byl ve svém mládí velmi aktivní a měl velmi aktivního koníčka, jízdu na kole, byla ztráta zraku v tomto směru velice skličující. Po ztrátě se pan Karel snažil nalézt nového koníčka, což se mu podařilo a v rámci možností je spokojen.

Na základě výše zmíněných výpovědí lze shledat, že u většiny respondentů byla aktivní činnost v procesu adaptace a psychosociální oblasti velice pozitivním přínosem. Motivace jednotlivých respondentů k aktivnímu vykonávání různých činností byla velice rozdílná. Celkově lze shrnout, že aktivní činnost v procesu adaptace a psychosociální oblasti představovala pro respondenty subjektivní pocit prospěšnosti, užitečnosti a potřebnosti, možnost seberealizace, smysluplně strávený čas, rozšiřování znalostí a dovedností a v neposlední řadě odpoutání se od reality každodenního života. O. Čálek (1987) uvádí, že nejspolehlivější cestou ze zoufalství a smutku je pro člověka, který přišel o zrak právě aktivní činnost.

7.7.4 DVO3: Jaký vliv mělo sdělení diagnózy lékařem na psychosociální oblast osoby se získanou ztrátou zraku?

Tato otázka výzkumného šetření byla ověřena na základě otázky „Jakým způsobem došlo k sdělení diagnózy? Sdělil Vám lékař, na koho se můžete obrátit?“

Pan Jan

Panu Janovi byla diagnóza ohledně jeho zraku sdělena velice stroze, bez většího vysvětlení. Nebyla mu nabídnutá ani jiná odborná pomoc. Bylo to pro něho o to těžší, jelikož nevěděl, co se stalo, proč se to vlastně stalo a co bude dál. Jeho psychika tím

tehdy velice utrpěla, byl duševně na dně. Nevěděl, jak se vrátí zpět do života, kdo mu pomůže.

Paní Ivana

Paní Ivaně byla příčina ztráty zraku vysvětlena. Byly ji poskytnuty informace kam a na koho se obrátit s pomocí a radami. To pro ni bylo velice prospěšné. Vzpomíná, že lékařský personál byl báječný v tomto směru a hodně ji to pomohlo v duševní oblasti.

Paní Helena

Paní Helena přišla o zrak během krátké doby. Nikdy pořádně nepochopila, proč se to vlastně stalo. Lékaři jí sice poskytli dostatek informací, ale nikdy jim pořádně neporozuměla. Nebo jak ona říká „*Třeba jsem ani nechtěla*“. Informace o existenci specializovaných organizací se dozvěděla až od svého bratra. Nevzpomíná si, jestli jí lékařský personál tyto informace sděloval. Byla ve velice špatném duševním stavu.

Pan Pavel

Panu Pavlovi byla diagnóza vysvětlena, byly mu sděleny i možné příčiny. Do dnes dojíždí na pravidelné kontroly, kde se lékař stále snaží o zázrak a dává mu určitou naději, přesto že pan Pavel už ví, že zvrátit ztrátu nepůjde. V duševní oblasti mu to někdy přidá, někdy naopak ubírá.

Paní Věra

Podle paní Věry došlo k zanedbání péče ze strany lékařky. Kdyby se s ní lékařka více bavila o jejím zdravotním stavu, nemuselo podle paní Věry ke ztrátě třeba ani dojít. Sdělení samotné diagnózy již po ztrátě bylo strohé, bez většího vysvětlení. Nebyla ji ani nabídnuta psychologická pomoc či kam by se mohla obrátit. Určité informace dostala pouze dcera paní Věry. Tímto přístupem velice utrpěla, a její duševní stav byl velice špatný. Až po návštěvě jiného odborného lékaře, kde ji vysvětlili, co se jí stalo a doporučili ji, jak by měla postupovat, jí bylo o něco lépe.

Pan Lubomír

Pan Lubomír s možnou ztrátou zraku počítal, přesto se pak ale se ztrátou vyrovnával těžce. Informace mu lékaři poskytovali dostačující, a i on sám vlivem členství v organizaci SONS mnohé věděl. Proto mnoho informací od lékařů ani nepotřeboval a neočekával. Na přístup lékařů si nestěžuje.

Pan Karel

Pan Karel díky svému onemocnění cukrovkou a špatnému životnímu stylu s variantou ztráty zraku tak trochu počítal. Lékaři mu sdělili co se děje, co je hlavní příčinou ztráty zraku. Doporučení na odborníky dostal velice stroze. Jak říká „*Aby se neřeklo.*“ Tenkrát mu bylo tak nějak vše jedno, takže nedokáže posoudit, zda to jeho duševní oblast nějak ovlivnilo.

Na základě výše uvedených výpovědí lze shledat, že sdělení diagnózy má na psychosociální oblast osoby se získanou ztrátou zraku vliv. Jednomu z respondentů bylo jedno, co mu lékaři sdělují. Třem z dotazovaných byly poskytnuty velice strohé informace, což mělo negativní vliv na jejich duševní stav. Zbývajícím třem pacientům byla diagnóza i následná možnost podpory vysvětlena a na jejich duševní stav to mělo pozitivní dopad.

7.8 Shrnutí výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jací činitelé se podílejí v procesu adaptace a psychosociální podpory na získané zrakové postižení. Všichni z dotazovaných uvedli jako hlavního činitele rodinu. Ta pro osoby se získanou ztrátou zraku představuje obrovskou podporu, bez níž by mnoho respondentů nedokázalo dále žít, a se svým handicapem se určitým způsobem vyrovnat. Dále pro ně byla velmi důležitá aktivní činnost, která pro postižené představovala subjektivní pocit potřebnosti a prospěšnosti, šanci být v něčem opět úspěšní, smysluplně strávený čas a v neposlední řadě možnost seberealizace. Jeden z dotazovaných uvedl, že mu velmi pomohl kontakt s osobami, které zasáhl stejný handicap. Zjistil, že i tak se dá žít dál. Svou roli sehrálo i sdělení diagnózy lékařem. Pro pacienty, kteří dostali plnohodnotné a věcné vysvětlení, byly jim sděleny možnosti, jak dále postupovat, co dělat, bylo přijetí diagnózy o něco jednodušší než pro pacienty, kterým tyto informace poskytnuty nebyly.

Po vyhodnocení výsledků lze tedy říci, že hlavní i dílčí otázky výzkumného šetření byly zodpovězeny a cíle byly naplněny.

ZÁVĚR

Diplomová práce je členěna do sedmi kapitol. V úvodních čtyřech kapitolách jsem se věnovala spíše teoretické rovině problematiky osob se získanou ztrátou zraku, jelikož jí shledávám za nezbytnou pro pochopení a uchopení tak specifického problému, jakým právě získané zrakové postižení je. Zbývající tři kapitoly jsem se snažila uchopit spíše prakticky a nastínit problematiku adaptace, integrace a psychosociální podpory osob se získanou ztrátou zraku v dospělém a seniorské věku.

Hlavním cílem diplomové práce bylo na základě výzkumného šetření, formou kazuistik, identifikovat činitele, kteří se významně podílejí v procesu adaptace a psychosociální podpory. K tomuto šetření jsem využila empirickou metodu zkoumání kvalitativního charakteru, jelikož náročnost na zpracování údajů je vysoká. Vybrala jsem sedm respondentů, kteří splňovali podmínky šetření (viz. kapitola 7). Cílem tohoto šetření na základě položených otázek (viz příloha č. 9) bylo popsat, jak postižený člověk žil před ztrátou a jak žije nyní, co prožíval, kdo či co mu pomáhalo, jak tato změna ovlivnila a změnila jeho samotného či jeho okolí. Vždy jsem dotazovanému nechala prostor, a záleželo jen na něm, jak se rozpovídá, co mi bude a naopak nebude ochoten o svém životě a handicapu sdělit.

Po vyhodnocení svých výzkumných výsledků mohu říci, že hlavní otázka výzkumného šetření „Nejvýznamnější činitele ovlivňující proces adaptace a psychosociální oblast osob se získanou ztrátou zraku v dospělosti a seniorském věku.“, byla zodpovězena. Všichni respondenti uvedli, že je nejvíce ovlivnila, a pomohla jim podpora rodiny. Bližší rozpracování jednotlivých činitelů je uvedena v kapitole 7.

Problematika získaného zrakového postižení je velice široké téma, které nabízí mnohé možnosti zkoumání. Toto téma a cíl šetření jsem si zvolila z důvodu, že ve svém nejbližším okolí mám osoby, které toto postihlo. Vím tedy z vlastní zkušenosti, že to není lehká situace jak pro zasaženou osobu, tak pro její rodinu. Při zadávání diplomové práce jsem uvažovala o uchopení tématu z druhé strany, tedy co prožívá rodina, nakonec jsem ale zvolila téma toto. Důvodem byl nedostatečný přístup k informacím, respektive špatná dostupnost komunikace s rodinami osob se získaným zrakovým postižením.

Za přínos této diplomové práce shledávám poodhalení složitostí a těžkostí, kterými si osoby se získaným zrakovým postižením procházejí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Prameny:

AUTRATA R., VANČUROVÁ J. *Nauka o zraku*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-362-7

ČÁLEK O. *Jak pomoci při oslabení nebo ztrátě zraku?* Praha: ÚV Svaz invalidů v ČSR, 1987.

ČÁLEK O. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených: určeno pro posl. fak. pedagog.* 2. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. ISBN 80-7066-341-3 (brož.)

ČÁLEK O. a kol. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Achát, 1992.

ČECHOVÁ, V. *Psychologie a pedagogika II: pro střední zdravotnické školy*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-028-8 (brož.)

FINKOVÁ D. a kol. *Edukační proces u osob se zrakovým postižením [elektronický zdroj]*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2745-4

FINKOVÁ D. a kol. *Otázky rehabilitace osob později osleplých [elektronický zdroj]*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3084-3

FINKOVÍ D. a kol. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5 (váz.)

HAMADOVÁ P. a kol. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-145-4 (brož.)

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4 (váz.)

HYCL, J. *Oftalmologie: minimum pro praxi*. 1. vydání. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-065-3 (brož.)

JESENSKÝ J. *Integrace - znamení doby: sborník z odborné konference na počest 50. výročí Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy a 50. výročí vysokoškolské přípravy speciálních pedagogů*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-691-0 (brož.)

JESENSKÝ J. a kol. *Zdravotně postižení - programy pro 21. století*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-234-8 (brož.)

JESENSKÝ J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky.* 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1 (brož.)

JESENSKÝ J. *[Základy komprehenzivní tyflopédie. Díl I], Přehled systému komprehenzivní tyflopédie.* 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-329-8 (brož.)

JESENSKÝ J. *[Základy komprehenzivní tyflopédie. II. díl], Kategorie komprehenzivní tyflopédie.* 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-555-X (brož.)

KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie.* 1. vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6 (váz.)

KEBLOVÁ A. *Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené žáky ZŠ.* 2. upravené vydání. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-7216-104-0 (brož.)

KOLÁŘ, P. a kol. *Věkem podmíněná makulární degenerace.* 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2605-2

KOLÍN, J. *Oční lékařství.* 2. přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1325-3 (brož.)

KRAUS H. a kol. *Kompendium očního lékařství.* 1. vydání. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-079-1 (váz.)

KUBEŠOVÁ, H. *Gerontologie.* 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7464-081-0 (brož.)

KÜBLER-ROSS E. *Hovory s umírajícími.* 1. vydání. Praha: Signum Laudis, 1992. ISBN 80-8543-904-2

KVĚTOŇOVÁ, L. *Základy oftalmopedie.* 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1993. ISBN 80-210-0667-6.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie.* 2. dopl. vydání. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.

LUDÍKOVÁ, L. *Tyflopédie-andragogika.* 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1191-1.

MATYSKOVÁ K. *Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením.*

1. vydání. Praha: Okamžik, 2009. ISBN 978-80-86932-24-8

MAZAL, Z. *Oftalmologie pro všeobecné praktické lékaře.* Praha: Raabe, 2011. ISBN 978-80-86307-89-3

MICHALÍK J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese.* 1. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MONATOVÁ L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska.* 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-60-5 (brož.)

MORAVCOVÁ D. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem.* 1 vydání. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-476-4

MÜHLPACHR P. *Gerontopedagogika.* 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7 (brož.)

NOVOTNÁ, L. *Vývojová psychologie.* 4. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. ISBN 80-261-0115-4

OLÁH Z. *Očné lékařstvo : učebnice pre lekárske fakulty.* Martin: Osveta, 1998. ISBN 80-88824-74-5 (váz.)

PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

RENOTIÉROVÁ M., LUDÍKOVÁ L. a kol. *Speciální pedagogika.* 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0646-2.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika.* 4. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9 (brož.)

ROZSÍVAL, P. *Oční lékařství.* 1. vydání. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-404-0 (váz.)

SLOWÍK J. *Speciální pedagogika.* 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3 (brož.)

SMÉKAL V. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadlení [i.e. zrcadle] vědomí a jednání.* 3. opravené vydání. Brno: Barrister & Principal, 2009. ISBN 978-80-87029-62-6 (brož.)

SMÝKAL J. *Pohled do dějin slepeckého písma.* Praha: Česká unie nevidomých a slabozrakých, 1994.

- SOUČEK J.** *Z rukopisného odkazu J. Součka*. Praha: Společnost nevidomých a slabozrakých v ČR, 1992. [online] 2015. [cit. 2015-01-25]. Dostupné z: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm>
- SOVÁK M.** *Nárys speciální pedagogiky*. 4. upravené vydání. Praha: SPN, 1980.
- STOKLASOVÁ V.** *Osoby s kombinovanými vadami z pohledu tyflopédie*. In LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- SYNEK, S., SKORKOVSKÁ, Š.** *Fyziologie oka a vidění*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0786-1 (brož.)
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J.** *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-302-6
- ŠPAČKOVÁ, K.** *Základy oftalmologie pro speciální pedagogy*, 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3059-1
- ŠTRÉBLOVÁ, M.** *Poznáváme svět se zrakovým postižením: úvod do tyflopédie*. 1. vydání. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Turkyňe, 2002. ISBN 80-7044-448-7.
- ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K.** *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
- VÁGNEROVÁ M. a kol.** *Psychologie handicapu*. 2. přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.
- VÁGNEROVÁ, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. přepracované rozšířené vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ M.** *Vývojová psychologie II. : dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5 (váz.)
- VALENTA M. a kol.** *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0698-5 (brož.)
- VÍTKOVÁ, M.** *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2. rozšířené přepracované vydání. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ M. a kol. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení.* Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-75-3.

VÍTKOVÁ M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství: základy, teorie, praxe.* Brno: MSD, 2003. ISBN 80-8663-308-X.

WIENER, P., RUCKÁ R. *Terapie zrakového handicapu.* 1. vydání. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. ISBN 80-239-6774-6 (brož)

Sekundární literatura:

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* 4. nezměněné vydání. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8 (brož.)

KOUHOUTEK, R. *Psychologie v teorii i praxi. Adaptační způsoby chování a prožívání.* [online]. 2014.[cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/aspekty-a-koncepce-procesu-prizpusobovani-cloveka>

MELLANOVÁ A. a kol. *Speciální psychologie.* 5. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4 (brož.)

MÜLLER O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole.* 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0231-9 (brož.)

Slovníky a encyklopedie:

ČÍŽKOVÁ J. *Velký psychologický slovník.* 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-302-6 (brož.)

HARTL P., HARTLOVÁ H. *Psychologický slovník.* 2. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1 (váz.)

HARTL P., HARTLOVÁ H. *Velký psychologický slovník.* 4. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5 (váz.)

KLIMEŠ L. a kol. *Slovník cizích slov.* 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: SPN:SPN, 1998. ISBN 80-04-26710-6

KRIEGLSTEIN, G.K. *Atlas of ophthalmology.* Berlin: Springer, c2000. ISBN 3-540-78069-6

Elektronické zdroje

BraillNet [online]. c1995-1999 [cit. 2015-01-10] *SONS - Úvod*. Dostupné z:

<<http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm>>

BraillNet [online]. c1995-1999 [cit. 2015-01-10] *Zrakové vady – II. Refrakční vady*.

Dostupné z: <<http://www.brailnet.cz/sons/docs/zrak/2.htm>>

BraillNet [online]. c1995-1999 [cit. 2015-01-10] *Zrakové vady-VII. Degenerace sítnice*.

Dostupné z: <<http://www.brailnet.cz/sons/docs/zrak/7.htm>>

BraillNet [online]. c1995-1999 [cit. 2015-01-10] *Zrakové vady – IX Odchlípení sítnice*.

Dostupné z: <<http://www.brailnet.cz/sons/docs/zrak/9.htm>>

FN Motol [online]. c2012 [cit. 2014-11-03] *Centrum zrakových vad*. Dostupné z:

<<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/centrum-zrakovych-vad-czv/>>

FN Motol [online]. c2012 [cit. 2014-11-03] *Historie*. Dostupné z:

<<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/centrum-zrakovych-vad-czv/historie/>>

FN Motol [online]. c2012 [cit. 2014-11-03] *Specializace*. Dostupné z:

<<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/centrum-zrakovych-vad-czv/specializace/>>

Dedina [online]. c2010 [cit. 2014-11-01] *Úvodní strana*. Dostupné z:

<<http://www.dedina.cz/index.html>>

Dedina [online]. c2010 [cit. 2014-11-01] *Historie*. Dostupné z:

<<http://www.dedina.cz/barva/histo.html>>

Dedina [online]. c2010 [cit. 2014-11-01] *Naše středisko*. Dostupné z:

<<http://www.dedina.cz/barva/stred.html>>

Dedina [online]. c2010 [cit. 2014-11-01] *Výroční zpráva 2013*. Dostupné z:

<<http://www.dedina.cz/dokum/vz13.pdf>>

Degenerace makuly [online]. c2008 [cit. 2014-11-29] *Otestujte se – Amslerova mřížka*.

Dostupné z: <<http://www.degeneracemakuly.cz/otestujte-se-na-makularni-degeneraci-VPMD>>

Degenerace makuly [online]. c2008 [cit. 2014-11-29] *Příznaky VPMD*. Dostupné z: <<http://www.degeneracemakuly.cz/priznaky-makularni-degenerace-VPMD>>

Doktor online [online]. c2015 [cit. 2015-03-02] *Uroděna i stečena katarakta*. Dostupné z: <<http://www.doktoronline.info/urodena-i-stecena-katarakta>>

Knihovna města Hradce Králové [online]. c2012 [cit. 2015-03-28] *Zásady komunikace a pomoci nevidomým*. Dostupné z: <<http://www.knihovnahk.cz/pro-verejnost/pujcovny/zvukova-knihovna/zasady-komunikace-a-pomoci-nevidomym#d1>>

Ophthalmologica [elektronický zdroj]. Basel; New York: S. Karger., 1938. ISSN 0030-3755

Okamžik [online]. c2011 [cit. 2015-02-06] *Senior se zrakovým postižením*. Dostupné z: <http://www.nevidomimezinami.cz/main/nmn/Texty/Nevidomy_senior/Nevidomy_senior.html>

Okamžik [online]. c2011 [cit. 2015-02-06] *Zásady komunikace a pomoci nevidomým*. Dostupné z: <http://www.nevidomimezinami.cz/main/nmn/Texty/Komunikace/zasady_komunikace.html>

OTTLENS [online]. c2018-2015 [cit. 2015-02-04] *Diabetická retinopatie*. Dostupné z: <<http://www.ottlens.com/ocni-centrum-ottlens/ocni-vady-nemoci/diabeticka-retinopatie>>

Palata [online]. c2015 [cit. 2015-01-10] *Historie*. Dostupné z: <<http://www.palata.cz/historie.html>>

Palata [online]. c2015 [cit. 2015-01-10] *Současnost*. Dostupné z: <<http://www.palata.cz/soucasnost.html>>

Palata [online]. c2015 [cit. 2015-01-10] *Výroční zpráva 2014*. Dostupné z: <http://www.palata.cz/userfiles/file/vyrocní-zpravy/vyrocní_zprava_2014.pdf>

SONS[online]. c2002-2015 [cit. 2015-01-08] *Kdo je zrakově postižený*. Dostupné z: <<http://www.sons.cz/kdojezp.php>>

SONS[online]. c2002-2015 [cit. 2015-01-08] *Klasifikace zrakového postižení dle WHO*. Dostupné z: <<http://www.sons.cz/klasifikace.php>>

SONS[online]. c2002-2015 [cit. 2015-01-08] *Organizační schéma*. Dostupné z: <<http://www.sons.cz/orgschema.php>>

TyfloCentrum [online]. c2002-2013 [cit. 2014-12-08] *Poslání a náplň těchto společností*. Dostupné z: <<http://www.tyflocentrum.cz/poslani.php>>

TyfloCentrum [online]. c2002-2013 [cit. 2014-12-08] *Úvodní stránka*. Dostupné z: <<http://www.tyflocentrum.cz/index.php>>

TyfloCentrum [online]. c2002-2013 [cit. 2014-12-08] *Registrované sociální služby*. Dostupné z: <<http://www.tyflocentrum.cz/sluzby.php>>

Tyflonet [online]. c2010 [cit. 2014-01-15] *Úprava interiéru pro slabozraké a nevidomé*. Dostupné z: <<http://www.tyflonet.cz/socialni-sluzby/upravy-interieru-pro-nevidome-a-slabozrake>>

Tyflonet [online]. c2010 [cit. 2014-01-15] *Historie vzdělávání nevidomých a slabozrakých*. Dostupné z: <<http://www.tyflonet.cz/informacni-zdroje/historie-pecce-osoby-se-zp-1>>

Tyfloservis [online]. c2005-2011 [cit. 2014-12-08] *Služby pro zrakově postižené*. Dostupné z: <<http://www.tyfloservis.cz/sluzby-pro-zrakove-postizene.php>>

Tyfloservis [online]. c2005-2011 [cit. 2014-12-08] *Základní údaje o tyfloservisu*. Dostupné z: <<http://www.tyfloservis.cz/zakladni-udaje.php>>

Středisko výcviku vodících psů SONS [online]. c2014 [cit. 2015-03-08] *Naše činnost*. Dostupné z: <<http://www.vodicipsi.cz/main/nase-cinnost.php>>

Středisko výcviku vodících psů SONS [online]. c2014 [cit. 2015-03-08] *Podpora klientů*. Dostupné z: <<http://www.vodicipsi.cz/main/podpora-klientu.php>>

Zakony pro lidi [online]. c2010-2015 [cit. 2014-12-15] *Předpis 108/2006Sb.* Dostupné z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast9>>

Zelený zakal [online]. c2015 [cit. 2015-03-09] *Příznaky a projevy*. Dostupné z: <<http://www.zeleny-zakal.cz/priznaky-a-projevy>>

SUMMARY

Problematika osob se získaným zrakovým postižením v dospělosti a seniorském věku.

The issue of people with acquired visual impairment
in adult and elderly.

Author: Jana Hazuková

In my work, I concentrated on the problems of people with acquired visual impairment in adulthood and old age.

In the first part I focused on the definition of terms associated with visual disabilities in general. I tried to outline the historical developments in the field of care for the visually impaired by emphasizing the important personalities who contributed to the development. I also describe the classification of visual impairment and causes of visual handicap. More I stopped at psychosocial issues seniors with acquired visual impairment and the problems of adaptation and integration of people with acquired visual impairment in adulthood and old age. I think in fact that just adapt and re-integration into society for these people the hardest. In conclusion, I tried to form a research šetření- case studies outline those actors who in the adaptation and psychosocial support for the most meritorious in a positive sense.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: AMSLEROVA MŘÍŽKA

Příloha č. 2: Glaukom – pohled zdravého člověka a člověka v pokročilém stádiu glaukomu

Příloha č. 3: Katarakta- zdravé oko a oko zasažené šedým zákalem

Příloha č. 4: VPMD – pohled zdravého člověka a pohled člověka zasaženého VPMD

Příloha č. 5: Pohled člověka s diabetickou retinopatií

Příloha č. 6: Služby centra zrakových vad

Příloha č. 7: Desatero pro kontakt s nevidomými

Příloha č. 8: Desatero pro kontakt s nevidomým, kterého vede vodící pes

Příloha č. 9: Otázky pokládané respondentům

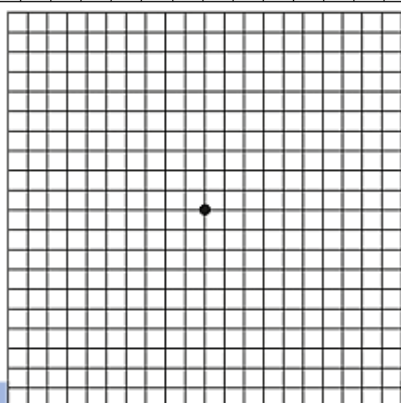
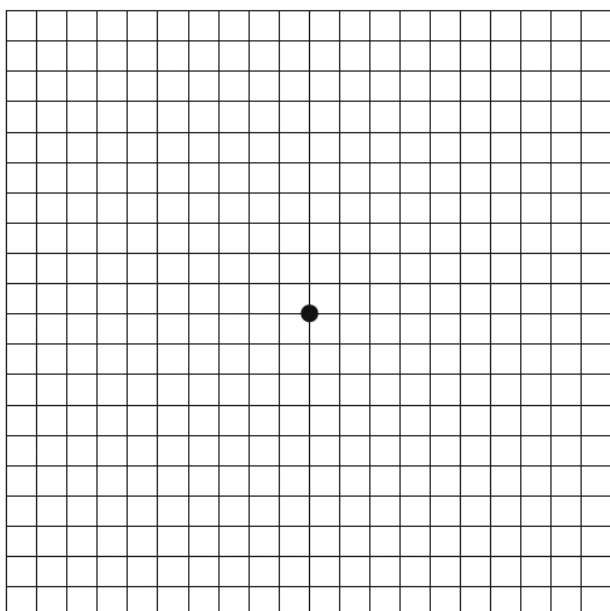
PŘÍLOHY

Příloha č. 1

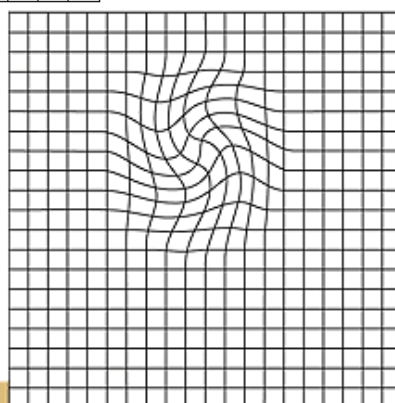
AMSLEROVA MŘÍŽKA

NÁVOD K POUŽITÍ:

1. Používejte mřížku denně, nebo alespoň jednou týdně.
2. Pokud používáte brýle na čtení, nasadte si je.
3. Zakryjte si jedno oko (například rukou nebo složeným kapesníkem).
4. Pozorujte mřížku ze vzdálenosti přibližně 30 – 40 cm v dobře osvětlené místnosti.
5. Dívejte se pouze na černý bod uprostřed obrázku, nepohybujte okem po celé čtvercové síti.
6. Sledujte, zda vidíte čtvercovou síť jako pravidelnou, zda některé čtverce nechybí nebo nejsou deformovány.
7. Proveďte zkoušku pro každé oko zvlášť.



Normální vidění



Příklad, jak může vidět mřížku osoba s makulární degenerací

(www.degeneracemakuly.cz)

Příloha č. 2

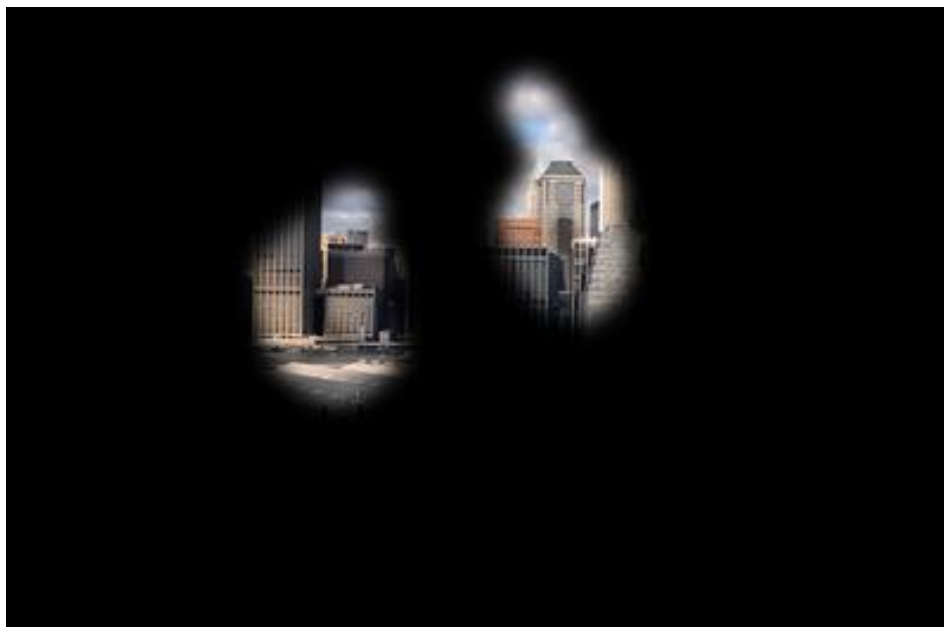
Glaukom – pohled zdravého člověka a člověka v pokročilém stádiu glaukomu

Obrázek 1: Pohled zdravého člověka



<http://www.zeleny-zakal.cz/priznaky-a-projevy>

Obrázek 2: Výpadky v zorném poli u pokročilého zeleného zákalu



<http://www.zeleny-zakal.cz/priznaky-a-projevy>

Příloha č. 3

Katarakta- zdravé oko a oko zasažené šedým zákalem

Obrázek 3: Zdravé oko Oko postižené šedým zákalem



<http://www.doktoronline.info/urodena-i-stecena-katarakta/>

Příloha č. 4

VPMD – pohled zdravého člověka a pohled člověka zasaženého VPMD

Obrázek 4: Pohled zdravého člověka Pohled člověka s VPMD



<http://www.degeneracemakuly.cz/priznaky-makularni-degenerace-VPMD>

Příloha č. 5

Pohled člověka s diabetickou retinopatií

Obrázek 5: Pohled člověka s diabetickou retinopatií



<http://www.otlens.com/ocni-centrum-otlens/ocni-vady-nemoci/diabeticka-retinopatie>

Příloha č. 6

Centrum zrakových vad poskytuje svým pacientům zejména tyto služby:

- **Všeobecná oftalmologická ambulantní péče, včetně pediatrické oftalmologie – diagnostika, terapie, korekce refrakčních vad – očními lékaři se zkušenostmi i s problematikou zrakově postižených osob.**
- Vyzkoušení a předpis **speciálních optických pomůcek (SOP)** v kompletním sortimentu číselníku VZP - asférické lupy, hyperokulární korekce, dalekohledové systémy, prismatické monokuláry (CZV je určeným pracovištěm k předepisování SOP).
- **Statická perimetrie** na počítačovém perimetru Humphrey i pro pacienty kolegů oftalmologů či jiných specialistů – neurologů, endokrinologů, atd.
- **Aplikace měkkých kontaktních čoček** i nejmenším dětem.
- **Funkční vyšetření zraku u dětí v preverbálním období (tj. od 0-3 let) a u pacientů s kombinovaným postižením metodou preferenčního vidění pomocí speciálních testů, sledováním spontánních projevů dítěte v reakci na zrakový podnět. Vyšetření zaměřené na crowding obtíže, vyšetření barvocitu a kontrastní citlivosti.**
- Vyzkoušení **elektronických** (tzv. televizních lup) zvětšovacích **kompensačních pomůcek** - jak kamerových, tak i počítačových, objektivní posouzení jejich vhodnosti s ohledem na pacientovu diagnózu, stupeň a povahu jeho zrakové vady, na jeho rozumové a manuální schopnosti i sociální podmínky, včetně vystavení příslušných doporučení.
- **Nácvik dovedností** nutných k **efektivnímu využívání** optických a elektronických **pomůcek**.
- **Nácvik schopností** přizpůsobit běžné denní činnosti úbytku zrakových funkcí, doporučení na úpravu pracovního a domácího prostředí.
- **Psychologická diagnostika a psychoterapie** dětí a dospělých se zrakovým postižením.
- **Sociální služby** - poradenství o nárocích na výhody a dávky vyplývajících ze zrakového postižení.
- **Poradenství o rané péči a zrakové stimulaci** dětí s těžkým a kombinovaným zrakovým postižením ve spolupráci se středisky rané péče.

- **Speciálně pedagogické poradenství o** vhodném výchovném vedení, typu a způsobu vzdělávání, kontakty na školy a SPC (speciálně pedagogická centra) pro děti se zrakovým postižením.
- **Profesní poradenství** - doporučení nejvhodnějšího pracovního uplatnění, zprostředkování kontaktu na rehabilitační a rekvalifikační pracoviště.
- **Kontakty na specializovaná pracoviště** organizací nevidomých a slabozrakých - Střediska rané péče, Ranou péči EDA, Rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina, Středisko výcviku vodících psů Jinonice, Domov pro zrakově postižené Palata, Tyfloservis, Tyflocentrum, Tyflokabinet, atd.
- **Prodej veškerého příslušenství ke KČ pro jejich uživatele, včetně umělých slz, prodej potravinových doplňků zaměřených na výživu očí.** (www.fnmotol.cz)

Příloha č. 7

Desatero pro kontakt s nevidomými

Při setkání s nevidomými občany upadají mnohdy ostatní lidé do rozpaků. K odstranění zbytečných zábran při takových setkáních existuje několik užitečných rad:

1. Mějte na paměti, že nevidomí jsou zcela normální lidé, kteří mají různé přednosti i nedostatky jako každý jiný. I mezi nimi jsou lidé výjimeční, inteligentní i méně nadaní.
2. Při setkání s nevidomým se chovejte přirozeně a nevnučeně. Pomozte tam, kde je to nutné, a to způsobem taktním a nenápadným. Pomoc však nevnučujte.
3. Vyvarujte se projevům soucitu – o ten dnešní nevidomí naprosto nestojí. S velkým povděkem ale vždy uvítají i sebemenší pomoc, která jim přijde vhod ve stížených podmínkách. Nepřipusťte ani podceňující nebo snižující výroky, vždyť nevidomí mají právo na úctu a uznání stejně jako všichni ostatní.
4. Nevidomého, kterého znáte, pozdravte vždy sami jako první, i když je mladší než vy, a k pozdravu připojte i jeho jméno, aby věděl, že pozdrav patří jemu.
5. Když vstoupíte do místnosti, kde se nachází nevidomý, dejte se zřetelně poznat. Pokud vás nepozná podle hlasu, povězte svoje jméno. Tichý pohyb neznámé osoby v jeho okolí působí pochopitelně nepříjemně. Rovněž upozorněte na to, že místnost opouštíte.
6. Velmi nepříjemně na nevidomého působí, projednáváte-li jeho záležitosti nikoli přímo s ním, ale s jeho průvodcem. Průvodce nevidomého pouze doprovází, nikoli zastupuje.
7. Když se nevidomí ocitne na ulici, na nádraží apod. v orientačních těžkostech, zeptejte se ho, zda mu můžete nějak pomoci. Velký hluk, prudký déšť i sníh velmi zhoršují nevidomému orientaci v prostoru. Potom stačí, když nevidomému nabídnete, aby se lehce zavěsil do vaší paže, protože takto může snadno jít krůček za vámi, sledovat směr vašich pohybů a na vše včas reagovat.
8. Při nástupu do dopravních prostředků netlačte nikdy nevidomého před sebou, ale jděte sami první. Nev tlačujte nevidomého na sedadlo, stačí, když položíte jeho ruku na opěradlo. Při vstupu do auta položte jeho ruku na horní rám dveří.
9. Když nevidomý vstoupí do restaurace bez průvodce, jistě ocení pomoc při vyhledávání věšáku a volného místa u stolu. S jídlem si poradí sám, stačí, když mu

povíte, jak je jídlo na talíři uspořádané. Určitě uvítá informace o tom, co všechno je na stole (sklenice s vodou, váza, popelník atd.), a kdo u stolu sedí spolu s ním.

10. Když budete nevidomého doprovázet delší dobu, popište mu hlavní rysy okolí, vybavení místnosti a osoby, které se kolem nacházejí. Při popisování se nemusíte vyhýbat optickým dojmům a barvám. (www.knihovnahk.cz)

Příloha č. 8

Desatero pro kontakt s nevidomým, kterého vede vodící pes

Je nutné respektovat fakt, že nevidomý s vodícím psem má přístup do obchodů, restaurací, všech typů škol, školských a zdravotnických zařízení, úřadů a všech kulturních a sportovních zařízení.

1. Nikdy vodícího psa nevyrušujte v jeho práci. Nikdy na psa nemlaskáme, nehvízdáme na něj, ani na sebe jiným způsobem neupozorňujeme.
 2. Nikdy na vodícího psa nesaháme, nehladíme jej a nemluvíme na něj bez vědomí majitele.
 3. Nikdy k sobě vodícího psa nevoláme.
 4. Nikdy psa nekrmíme bez vědomí majitele.
 5. Chceme-li pomoci člověku s vodícím psem, vždy oslovíme nejprve člověka.
 6. Pomáháme-li člověku s vodícím psem, nikdy nemanipulujeme se psem.
 7. Jdeme-li po ulici se svým vlastním psem, nikdy mu nedovolíme vodícího psa obtěžovat, očichávat ho či jinak vyrušovat v práci.
 8. Míjíme-li vodícího psa se svým pánem, máme svého psa vždy na vodítku.
 9. Nastupujeme-li se svým psem do dopravního prostředku, vždy dáme přednost člověku s vodícím psem.
 10. V dopravním prostředku umožníme umístění vodícího psa – uvolníme místo.
- (www.knihovnahk.cz)

Příloha č. 9

Otázky pokládáné respondentům

Rodinná anamnéza

Z jaké rodiny pocházíte?

Setkal jste se s někým se získanou ztrátou zraku před tím, než postihla Vás? Třeba někdo z rodiny?

Osobní anamnéza

Kolik je Vám let?

Kdy se objevily první příznaky?

Řešil jste je ihned?

Kolik Vám bylo let, když jste přišel o zrak?

Jak vypadal Váš život před ztrátou a po ztrátě?

Psychosociální problematika

Jak jste prožíval, když jste se o chorobě dozvěděl/a?

Byla ztráta zraku náhlá, nebo postupná? (pokud postupná, jak dlouho trvalo, než došlo k úplné ztrátě)?

Co se vám kladlo na mysl? Co Vás napadlo jako první po sdělení diagnózy?

Co bylo příčinou ztráty zraku?

Jak Vám lékař sdělil diagnózu? Doporučil Vám odbornou následnou péči a pomoc? Poradenská centra?

Proces adaptace

Jak jste prožíval proces adaptace?

Kdo nebo co Vám nejvíce pomohlo při procesu adaptace?

Je naopak něco nebo někdo, co nebo kdo měl negativní vliv?

Bral jste svůj handicap třeba tak, že se můžete naučit něco nového?

Využíváte kompenzační pomůcky? Jaké?

Současný stav

Kolik let uplynulo od ztráty zraku?

Změnil se nějak Váš postoj za tuto dobu k vašemu handicapu, životu?