Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Vliv získané vady zraku na partnerský život

Diplomová práce

Autor: Iva Vedralová

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Skákalová

Hradec Králové 2014

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Zadání diplomové práce

Autor:	**Bc. Iva Vedralová**
Studijní program:	N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení
Název závěrečné práce:	**Vliv získané vady zraku na partnerský život**
Název závěrečné práce AJ:	Impact of acquired visual impairment on partner life

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se v teoretické části zaměřuje na shrnutí poznatků o situaci, kdy jeden z partnerů získá těžkou vadu zraku a o vlivu této vady na jejich soužití. Cílem praktické části je zhodnotit míru vlivu zrakové vady na různé oblasti partnerského života z pohledu zdravého partnera.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky a logopedie, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	Mgr. Tereza Skákalová
Konzultant:	
Oponent:	Mgr. Martin Kaliba
Datum zadání závěrečné práce:	19. 2. 2013
Datum odevzdání závěrečné práce:	

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením vedoucí diplomové práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne …

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Tereze Skákalové, za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěla k vypracování této diplomové práce. Dále děkuji účastníkům výzkumného šetření, za jejich ochotu provést rozhovor.

Anotace

VEDRALOVÁ, Iva. *Vliv získané vady zraku na partnerský život.* Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2014. 87 s. Diplomová práce.

V teoretické části diplomové práce jsou shrnuty poznatky o situaci, kdy jeden z partnerů získá těžkou vadu zraku a o vlivu tohoto postižení na jejich partnerský život. První kapitola se věnuje klasifikaci zrakových vad, získané zrakové vadě, porovnání problému náhle vzniklé ztráty zraku a postupného zhoršování zraku a nakonec popisu nejčastějších onemocnění vedoucích ke ztrátě zraku. V druhé kapitole je popsána otázka akceptace získané zrakové vady, její průběh a mechanismy. Další kapitola se věnuje specifikům života se zrakovým postižením. Poslední kapitola teoretické části popisuje vliv získané těžké ztráty zraku na partnerský život. Cílem praktické části je prostřednictvím tří příběhů, vypracovaných podle rozhovorů s osobami, jejichž partner ztratil v průběhu vztahu zrak, popsat vliv zrakového postižení na různé oblasti partnerského života.

Klíčová slova: získaná zraková vada, akceptace, specifika života se zrakovým postižením, partnerský život

Annotation

VEDRALOVÁ, Iva. *Impact of acquired visual impairment on partner life*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2014. 87 pp. Master Degree Thesis.

In the theoretical part of my thesis there is summed up information about acquired vision defect of one of the partners and its impact on their partner life. The first chapter deals with the classification of visual defects, of acquired visual defect, of comparing the problems of sudden vision loss and gradual deterioration of vision, and finally a description of the most common diseases leading to vision loss. The second chapter describes the issue acceptance of acquired visual defect, its course and mechanisms. Another chapter is devoted to the specifics of life with visual disabilities. The last chapter describes the impact of a severe loss of vision in the partner life. The aim of the practical part is, through free stories, drawn up by interviews with persons whose partner lost his eyesight in the course of the relationship, to describe the impact of visual impairment in various areas of partner life.

Keywords: acquired visual defect, acceptance, specifics of life with visual disabilities, partner life

Obsah

Úvod 9

1 Člověk se zrakovou vadou 11

1.1 Klasifikace zrakových vad 12

1.2 Získaná zraková vada 16

1.2.1 Postupné zhoršování vidění 17

1.2.2 Náhlá ztráta zraku 18

1.2.3 Nejčastější zrakové vady vedoucí ke slepotě a jejich příčiny 18

2 Akceptace získaného postižení 22

2.1 Obranné reakce na zátěžovou situaci 22

2.2 Akceptace zrakové vady 24

2.2.1 Akceptace zrakové vady a vidící sociální okolí 27

3 Specifika života se zrakovým postižením 28

3.1 Informační deficit 28

3.2 Samostatnost 30

3.3 Zaměstnání 32

3.4 Trávení volného času 34

3.4.1 Sportovní aktivity 34

3.4.2 Kulturní aktivity 37

3.4.3 Tvůrčí aktivity 38

4 Člověk se získaným zrakovou vadou a partnerský život 40

4.1 Partnerský vztah a láska 40

4.1.1 Manželství, rodina a domácnost 42

4.2 Vliv získaného zrakového postižení na partnerský život 43

4.2.1 Závislost člověka se zrakovým postižením na vidícím partnerovi 43

4.2.2 Nahlížení zdravého člověka na jeho partnera s postižením 44

4.2.3 Osud partnerství po ztrátě zraku 45

4.2.4 Přerozdělení rolí v domácnosti 46
4.2.5 Vliv ztráty zraku na rodinu 48
4.2.6 Sexualita lidí se získanou zrakovou vadou 52
5 Praktická část 54
5.1 Výzkumný cíl 54
5.2 Metody sběru a zpracování dat 54
5.3 Výzkumný soubor 56
5.3.1 Kritéria výběru respondentů 56
5.4 Interpretace získaných dat 56
5.4.1 Příběh 1 56
5.4.2 Příběh 2 64
5.4.3 Příběh 3 70
5.4.4 Shrnutí výzkumného šetření 76
5.4.5 Diskuze výsledků 77
Závěr 81
Seznam použité literatury 82

Úvod

Zrak poskytuje zhruba 80% všech dostupných informací z našeho okolí. Ztráta zraku je považována za jedno z nejtěžších postižení. Když tato ztráta postihne člověka, který celý život viděl, znal cenu zraku a až v dospělosti o něj přišel, znamená to pro něj velký citový otřes. Musí se naučit žít s celou řadou omezení a životních změn a přizpůsobit se jim. Tato situace pro člověka znamená životní zlom. Omezení, která přináší, mají dalekosáhlé důsledky pro budoucí život. Stejný zlom a změnu kvality života však přináší i partnerovi takto postiženého člověka. Ten se musí s nastalým postižením svého protějšku také vyrovnat a přizpůsobit mu svůj partnerský život. Diplomová práce se zabývá popisem vlivu získané zrakové vady na partnerský život očima zdravého partnera. K výběru tématu mě do značné míry přivedl fakt, že tato problematika je, dle mého názoru, v dostupné literatuře ne zcela dostatečně zpracována. Lze dohledat velké množství informací o tom, jaký dopad má zraková vada přímo na postiženého člověka, ale informací o vlivu získané zrakové vady na jeho partnera není mnoho. Partneři takto postižených lidí jsou, podle mě, poměrně opomíjenou skupinou a je podceňována odborná pomoc směřující právě k této skupině.

I když je téma mé diplomové práce *Vliv získané zrakové vady na partnerský život,* a to tedy může představovat cílovou skupinu v rozpětí od slabozrakosti po úplnou nevidomost, zaměřím se pouze na partnery osob mající získanou praktickou nebo úplnou nevidomost. Je to z toho důvodu, že je veliký rozdíl mezi životními podmínkami člověka, který je např. středně slabozraký a s pomocí různých reedukačních pomůcek může dělat velké množství činností, které dělal doposud, a mezi člověkem, který trpí praktickou či úplnou nevidomostí a žádná pomůcka mu nepomůže fungovat úplně stejně, jako byl celý život zvyklý. Jsou to zcela odlišné podmínky pro život. Nevidomý člověk bude trpět daleko větším informačním deficitem než člověk slabozraký, kompletně se mu změní způsob orientace v prostředí, míra samostatnosti, možnosti pracovního uplatnění, možnosti trávení volného času a další oblasti a samozřejmě také podmínky pro partnerský a rodinný život. Člověk se střední slabozrakostí a jeho partner se nejspíše životu se zrakovou vadou přizpůsobí daleko rychleji a také ji lépe přijmou, protože není zdaleka tak omezující, jako úplná nevidomost.

Cílem této práce je nahlédnout do prožívání partnerského života a pocitů osob, jejichž partner ztratil v průběhu vztahu zrak. Věřím, že nahlédnutí do života těchto lidí pomůže hlubšímu porozumění společnosti jejich složité situaci. Díky této diplomové práci by se také mohli další partneři osob se získanou zrakovou vadou inspirovat ve způsobech, jak je možné tuto situaci lépe zvládnout a v možnostech, jak se snažit žít co nejpodobnější život tomu, který žili předtím. Domnívám se, že partnerům postižených osob by měla být věnována větší pozornost, než je tomu nyní.

1 Člověk se zrakovou vadou

Termínem zraková vada se podle Květoňové – Švecové (1998) označují nedostatky zrakové percepce různé etiologie i rozsahu. Spadají sem onemocnění oka s následným oslabením zrakového vnímání, vrozené nebo získané anatomicko-fyziologické poruchy a stavy po úrazech.

Označení omezení nebo ztráty zrakové schopnosti je v české speciální pedagogice značně nejednotné. V odborných textech lze najít termíny, jako např. zrakově postižený, zrakově handicapovaný, osoba se zrakovým postižením, osoba se zrakovým handicapem, osoba s poruchou zraku, osoba s vadou zraku, osoba s nízkým vizem, osoba zrakově indisponovaná. (Růžičková, 2011)

Osoby se zrakovým postižením jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. Úžeji se tímto termínem označují ti, u nichž poškození zraku nějak ovlivňuje činnosti v běžném životě a u nichž běžná optická korekce nepostačuje. Tudíž se sem nezahrnuje např. člověk, který nosí dioptrické brýle a s nimi docela normálně vidí – to znamená, že má zrakovou vadu lehčího stupně a s brýlemi zvládá bez potíží každodenní činnosti, nemá omezení v přístupu k informacím, v orientaci a samostatném pohybu, v pracovním uplatnění, v sociální oblasti apod. Aby byl zdůrazněn tento rozdíl, mluví se někdy o těžce zrakově postižených. Tím se myslí skupina zrakově postižených, u nichž právě onen vážný funkční důsledek zrakové vady zasahuje do běžného života, lidí, kterým už běžná brýlová korekce nestačí k plnému ("normálnímu") vidění. (SONS, online, 2013)

Jak píše Vítková (2004), v souladu s WHO se za osobu se zrakovým postižením označuje jedinec se zrakovou vadou nebo poruchou, který i po medicínské léčbě nebo po korekci refrakční vady má zrakovou ostrost horší než 0,3 (6/18) až po světlocit, nebo je zorné pole omezeno pod 10 stupňů při centrální fixaci.

Podle Finkové, Ludíkové, Růžičkové (2007, s. 37) zrakové postižení „*ovlivňuje rozvoj celé osobnosti člověka, zasahuje i jeho psychický vývoj. Skutečnost, že u jedince existuje zrakové postižení, se promítá do oblasti kognitivní, motorické i sociálního vývoje jedince. Tento dopad je determinován nejen charakterem, etiologií, závažností vady, ale i věkem, v němž k poškození zraku došlo, a řadou dalších faktorů, jejichž vliv se u každého jedince projevuje jinou měrou v rozdílné šíři*.“

V odborné literatuře se nalézá řada měřítek, podle kterých je tato široká a různorodá kategorie osob se zrakovým postižením členěna. Obvykle je základním kritériem zraková ostrost – vizus. Toto kritérium používají hlavně oftalmologové. K vyšetření zrakové ostrosti do dálky se nejčastěji používají Snellenovy optotypy, což jsou tabulky s řadami postupně se zmenšujících znaků. Vizus se udává zpravidla ve zlomku, kde čitatel znamená vzdálenost v metrech, ze které dotyčný čte a jmenovatel značí vzdálenost, ze které čte tu samou velikost písmena člověk s nepostiženým zrakem. Vizus zdravého oka je tedy např.: 6/6.

1.1 Klasifikace zrakových vad

V dostupné literatuře lze najít mnoho dělení zrakových vad, podle různých kritérií. Někteří autoři dělí zrakové vady hlavně podle míry ztráty zrakové ostrosti, jiní uvádí podrobné dělení podle funkce oka, která je postižena, další dělí zrakové vady podle dopadu na školní výkonnost. Většinou se však tyto dělení prolínají nebo z části překrývají.

Podrobný přehled kritérií a klasifikačních vymezení, podle kterých lze dělit vady zraku, uvádí Růžičková (2011):

1. klasifikace podle etiologie: orgánové a funkční;
2. klasifikace podle doby vzniku: vrozené (kongenitální, prenatální a perinatální) a získané (postnatální, juvenilní, senilní);
3. klasifikace podle progrese vady: regredující, ustálená nebo progredující;
4. klasifikace podle typu zrakové vady: ztráta zrakové ostrosti, změny šíře zorného pole, okulomotorické poruchy a poruchy binokulárního vidění, narušené rozlišování barev, snížená citlivost na kontrast, obtíže se zpracováním zrakových bromací aj.;
5. klasifikace podle typu charakteristických symptomů: akutní, chronické nebo recidivující.

Růžičková (2011) dále uvádí klasifikaci zrakového postižení (podle WHO). Tato klasifikace specifikuje jednotlivé kategorie hlavně na základě posouzení zrakové ostrosti a omezení zorného pole:

1) **střední slabozrakost** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) – minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 – 1/10, kategorie zrakového postižení 1

2) **silná slabozrakost** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) – minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 – 10/20, kategorie zrakového postižení 2

3) **těžká slabozrakost**

a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) – minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 – 1/50

b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 ° nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 °, kategorie zrakového postižení 3

4) **praktická nevidomost** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 ° kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4

5) **úplná nevidomost** – ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Květoňová- Švecová (1998) rozlišuje čtyři skupiny zrakových vad:

- ztráta zrakové ostrosti;
- postižení šíře zorného pole;
- okulomotorické problémy;
- obtíže se zpracováním zrakových informací.

Ztráta zrakové ostrosti – člověk nevidí zřetelně, má obtíže s rozlišováním detailů, ale nemusí mít potíže s identifikací velkých předmětů. Stupeň poškození je velmi rozdílný.

Postižení zorného pole – znamená omezení prostoru, který člověk vidí. Pokud má člověk výpadek v centru zorného pole, má problémy při pohledu přímo před sebe a dívá se stranou, aby viděl zřetelněji. Výpadek periferního vidění se může objevit v horním, dolním nebo postranním poli. Při pohybu v prostoru naráží osoba na předměty na té straně, kde má výpadek zrakového pole.

Okulomotorické poruchy – nastávají při vadné koordinaci pohybu očí. Člověk může mít problémy s používáním obou očí, při sledování pohybujícího se předmětu nebo při jeho prohlížení, sleduje ho nejdříve jedním, pak druhým okem. Při

pohledu na blízký předmět se při okulomotorické poruše jedno oko může stáčet dovnitř a druhé zevně nebo se obě oči asymetricky stáčejí dovnitř. Objevují se potíže s uchopováním předmětů a s přesně mířenými pohyby.

Obtíže se zpracováním zrakových podnětů – vznikají u lidí s poškozením zrakových center v mozkové kůře. Osoby s kortikálním poškozením zraku mají problémy se zpracováním zrakové informace, i když není poškozena sítnice ani zrakový nerv. Objevují se problémy s interpretací zrakové informace a jejím spojením s ostatními smyslovými vjemy při vytváření zrakového obrazu. (Květoňová – Švecová, 1998)

K těmto čtyřem typům zrakových vad přidává Moravcová (2004) ještě poruchy barvocitu, poruchy adaptace na tmu a oslnění a poruchu citlivosti na kontrast.

Samozřejmě je možné se setkat i s kombinací hned několika zrakových vad.

Podle Finkové, Ludíkové, Růžičkové (2007) speciální pedagogika osob se zrakovým postižením pracuje se čtyřmi základními kategoriemi:

1. nevidomí;
2. zbytky zraku;
3. slabozrací;
4. poruchy binokulárního vidění.

Osoby nevidomé – kategorie osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení. Vágnerová (2004) uvádí, že nevidomost znamená absenci tvarového vidění, může však být zachována schopnost rozlišovat světlo a tmu. Někdy je dokonce možné určit směr, odkud světlo přichází. Úplná neschopnost zrakově vnímat je vzácností.

Z etiologického hlediska se mezi časté příčiny získané nevidomosti řadí progrese refrakčních vad, glaukom, katarakta, odchlípení sítnice, retinopatie, nádory, intoxikace, úrazy, komplikace při diabetes, meningitida atd. Nevidomé osoby jsou odkázány na využívání náhradních smyslů. Pro možnost maximálního rozvoje osobnosti nevidomého a utváření co nejdokonalejších představ nevidomé osoby o okolním světě je třeba, aby tato osoba pracovala jak s nižšími kompenzačními činiteli, což je hmat, sluch, čich a chuť, tak i s vyššími kompenzačními činiteli, mezi které patří hlavně myšlení, paměť, řeč, představivost, obrazotvornost. Nevidomí používají k čtení a psaní speciální bodové písmo – Braillovo písmo.

Dalším důsledkem absence zrakového vnímání jsou specifické potřeby v oblasti mobility, neboť nevidomost výrazně ovlivňuje možnosti prostorové orientace a samostatného pohybu. K orientaci v prostředí mohou nevidomí využívat kromě průvodcovských služeb vidících i speciální techniky, jako je chůze s bílou holí, prvky ozvučení prostředí, hmatový popis trasy, chůze s vodícím psem apod. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Osoby se zbytky zraku – tímto termínem se označují jedinci s viděním v rozsahu těžké slabozrakosti až praktické slepoty. Vítková (2004, s. 216) uvádí, že „*tato skupina se vydělila z důvodů psychologických i speciálně pedagogických. Vizus je snížený na stupeň těžké slabozrakosti tak, že i s korekcí člověk rozpozná prsty těsně před očima. Pro speciálně pedagogickou praxi je důležité, že se žák může projevovat jako nevidomý, ale v omezené míře také vidí*."

Ve starší terminologii se tito jedinci označovali jako částečně vidící, nebo těžce slabozrací. Zbytky zraku jsou kategorií, která může být v některých případech ustálená, ale v jiných může dojít k progresi nebo naopak k částečnému zlepšení. V důsledku tohoto postižení jsou snížené, omezené nebo deformované zrakové schopnosti člověka, což může vést k narušení představ. Výrazné snížení možnosti využívat zrak a zároveň potřeba získávat dostatečné množství informací pro plnohodnotný život vyžaduje pracovat cestou tzv. dvojmetody. To znamená, že osoby se zbytky zraku kombinují postupy a metody, které jsou využívány u osob nevidomých i slabozrakých. Např. žáci se za pomoci reedukačních pomůcek učí číst zvětšený černotisk, ale současně se učí i Braillovo písmo. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Osoby slabozraké – slabozrakost je charakterizována jako nevratný pokles 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 (viz klasifikace zrakového postižení podle WHO). Slabozrakost se negativně projevuje v rozvoji zrakového vnímání, kdy dochází k jeho snížení, omezení nebo deformaci. V návaznosti na to se často objevuje vytváření nepřesných, neúplných či zkreslených představ. Problémy se mohou vyskytnout i v oblasti prostorové orientace. Slabozrací jsou většinou v pohybu méně jistí a pomalejší.

Většina slabozrakých má sníženou koncentraci, slabou pozornost, jsou rychleji unavitelní a mají pomalejší pracovní tempo. Je třeba, aby práce s touto skupinou byla založena na využívání oslabeného zraku, ale za přísného dodržování

zásad zrakové hygieny – vyšší světelná intenzita v oblasti centrálního osvětlení i doplňkové přisvícení, využití doplňkové optiky (lupy apod.), zajištění pravidelného střídání zrakové práce do blízka a do dálky. Pro optimalizaci zrakového vnímání je potřeba správné umístění objektu v prostoru, zajištění dostatečné velikosti a barevné kontrastnosti předmětu a odstranění přemíry detailů. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Osoby s poruchami binokulárního vidění – dle Pipekové (2006) to jsou funkční poruchy, které vznikají na základě částečného omezení zrakové funkce jednoho oka. Jednoduché binokulární vidění se vyvíjí hlavně v prvních šesti letech života. Pokud je jeho vývoj zasažen nějakou poruchou, tak se normální vývoj přeruší a pokračuje patologicky. Do poruch binokulárního vidění patří šilhavost (strabismus) a tupozrakost (amblyopie).

Šilhavost je porucha vzájemné spolupráce očí. Osy očí nejsou při strabismu rovnoběžné, a tak obrázky na sítnicích obou očí nevznikají na totožných místech, tudíž nemůže při spolupráci obou očí dojít k jejich úplnému překrytí, ale objevuje se diplopie, tzn. dvojité vidění. Kvůli nedokonalému překrytí obrazů na sítnici nemůže vzniknout prostorový vjem.

Při tupozrakosti dochází k velkému snížení zrakové ostrosti jednoho oka, které nelze vykorigovat brýlemi. Jedná se o útlum, vyřazení vjemu tupozrakého oka ve zrakovém centru mozku. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Poruchy binokulárního vidění mají za následek špatné a zkreslené vnímání prostoru a prostorových vztahů a dochází ke zhoršené koordinaci oko-ruka. (Pipeková, 2006)

1.2 Získaná zraková vada

Získaná zraková vada může mít buď charakter postupného zhoršování vidění (to způsobuje většinou nemoc), nebo se může jednat o náhlou ztrátu zraku, kdy člověk, který nikdy neměl problémy se zrakem, o něj z nějakého důvodu přijde ve velmi krátkém časovém úseku (většinou je příčinou úraz nebo nádor). Každý z těchto mechanismů vzniku postižení má svoje určitá specifika, ale jejich konečné vyznění je v podstatě stejné. V obou případech je základním, v podstatě instinktivním jednáním snaha o uzdravení. (Wiener, Rucká, 2006)

1.2.1 Postupné zhoršování vidění

Jedná se většinou o osoby, které již trpí nějakou oční chorobou, nebo trpí nemocí, k jejímž projevům po určité době patří zrakové komplikace (např. diabetes). Základním problémem je většinou vůbec zaregistrovat, že dochází k nějaké změně, hlavně v případě, že se zrak horší hodně pomalu a ne moc zřetelně. První reakcí v případě tohoto uvědomění bývá popření a bagatelizace stavu – vysvětlení únavou, chřipkou atd.

Když se situace delší dobu nelepší, nebo naopak přibývá zrakových potíží, začíná „lékařské kolečko“. Člověk sděluje své problémy nejrůznějším lékařům a ti ho většinou udržují v naději na možnost lékařského zásahu, který vše vyřeší. Tato doba je náročná nejen psychicky, ale i finančně a časově. Dalším problémem tohoto období je to, že trvá i několik let a v jejich průběhu už sice jedinec začíná tušit, že „tudy cesta nevede“, ale i tak navrhované zákroky podstupuje. Jedná se o jakousi směs zbytků naděje a skepse („horší už to stejně být nemůže“). Po nějaké době začínají lidé hledat pomoc např. v alternativní medicíně, u léčitelů apod. (Wiener, Rucká, 2006)

Jak píše Jesenský a kol. (2007), každé další zhoršení zraku, objevené sebepozorováním, se promítá do prožívání a musí být duševně zpracováno. Účinek této protahované náročné životní situace se na postiženého člověka a na jeho vztahy závisí na tom, jaký postoj ke stavu krajního úbytku zraku, který danou osobu pravděpodobně čeká, si průběžně utváří. Pokud považuje slepotu zra úplné vyřazení ze života, bývají deprese a zoufalství o to hlubší. Člověk se ráno bojí otevřít oči ve strachu, co už zase neuvidí. Velmi bolestné je stále postupující mizení světa na známých místech. Další problém je zhoršující se možnost vykonávat do té doby rutinní úkony, např. čtení a psaní, domácí práce apod. Jedinec se postupně stává závislejší na svém okolí.

Dříve nebo později nastane situace, kdy jsou zrakové problémy už velmi vážné nebo už člověk nevidí vůbec a dojde k poznání, že tento stav je definitivní a nemůže se zlepšit. Nastává šok, který vede k těžké krizi (viz kapitola 2 *Akceptace získaného postižení*).

Přesto však postupná ztráta zraku zpravidla představuje menší zátěž než ztráta náhlá- nemocný se totiž může na dlouhodobé onemocnění adaptovat. (Vágnerová, 2004)

Velmi důležité je jedinci říct pravdu, ale takovým způsobem, aby ji byl schopen přijmout, a pokud možno mu nabídnout řešení této situace. Důležitý je náčrt perspektivy a dosažitelných cílů. (Wiener, Rucká, 2006)

1.2.2 Náhlá ztráta zraku

V tomto případě nastává „vteřina absolutní změny“, která vede z počátku k naprostému zmatku. Jedinec je zcela dezorientován a ochromen, často (hlavně v případě úrazu) i bolestí. Člověk se ocitá v „jiném světě“, ve zcela jiné realitě, které vůbec nerozumí. Všechno, co bylo známé, zmizelo a ztratilo svou srozumitelnost. Všechny plány a perspektivy zmizely, zhroutil se i hodnotový systém. Úplně chybí představa, co dál, jestli je vůbec možné žít. Totéž se týká i rodinných příslušníků. (Wiener, Rucká, 2006)

Ztráta zraku je vážný zásah do života, některé činnosti lze vykonávat jen s velkým úsilím, jiné není možno vykonávat vůbec. Dle Jesenského a kol. (2004) to jsou zezačátku i zcela prosté činnosti a úkony (jídlo, osobní hygiena, komunikace s okolím apod.) Tato omezení se promítají do oblasti pracovního uplatnění, ale i do oblasti koníčků a zájmů. Člověk je obklopen samými ztrátami, bez jakékoliv kompenzace.

Následkem krize upadá člověk do určité pasivity. Situace bolí méně, když jedinec o sobě a veškerých činnostech přestane uvažovat a rozhodovat. Hlavním důvodem je, že ani jeden ze zcela běžných problémů denního života nemá pro člověka reálné řešení (nic se nedá řešit běžnými postupy). Je proto „lepší“, když je mu „všechno jedno“- všechna aktivita se přenáší na okolí. Důsledkem je „postupné vyklízení pozic“, a to v rodině i na pracovišti. Lidem se submisivní povahou to příliš nevadí, pro lidi s určitými aspiracemi a schopnostmi je to ale velký problém (např. předat svou funkci někomu, kdo ji sice nezvládá stejně dobře, ale vidí). (Wiener, Rucká, 2006)

1.2.3 Nejčastější zrakové vady vedoucí ke slepotě a jejich příčiny

Z etiologického hlediska rozlišujeme osoby se zrakovým postižením na osoby s poruchou orgánovou a funkční. Buď porucha zasahuje zrakový orgán jako celek nebo jeho jednotlivé části (vada orgánová) nebo oslabuje jeho výkon (vada funkční). (Pipeková, 2006)

V ekonomicky nejvyspělejších zemích Evropy (státy Evropské unie) je hlavní příčinou ztráty zraku v průběhu života věkem podmíněná makulární degenerace (50 %), dále glaukom (18 %), diabetická retinopatie (17 %) a katarakta (5 %). V méně ekonomicky úspěšných zemích Evropy je situace velmi odlišná. Jako hlavní příčina ztráty zraku převažuje katarakta (32 %), následovaná glaukomem (15,5 %), diabetickou retinopatií (15 %) a věkem podmíněnou makulární degenerací (15 %). Celosvětově je hlavní příčinou slepoty katarakta (šedý zákal), onemocnění, jehož léčba je známá a jehož operace může být v rozvojových zemích provedena za cenu nižší než 25 dolarů. Přesto však operace šedého zákalu zůstává nedostupná milionům lidí na zemi, včetně více než 17 milionům těch, kteří jejím následkem ztratili zrak. (Kuchynka a kol., 2007)

Vítková (2004) dodává, že velmi častou příčinou zrakového postižení jsou úrazy, které většinou postihují jedno oko a následky jsou různě závažné. Jedná se často o poranění chemickými látkami, perforační poranění, které mohou mít zas následek až vzniklou slepotu, tupozrakost aj.

Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) – je to oční onemocnění, které je nejčastější příčinou praktické nevidomosti u osob starších 60 let. Postihuje centrální část sítnice – žlutou skvrnu (makula lutea). Dochází k deformování a výpadkům písmen či celých částí slov při čtení – tzv. metamorfopsiím. Postupně tyto výpadky začnou splývat do centrálního skotomu, který vede až k úplné neschopnosti číst a psát. Konečná stadia VPMD vedou k výraznému poklesu vidění až na pouhé počítání prstů před okem. Periferní vidění však zůstává zachováno, protože VPMD nepostihuje periferní sítnici a nemocní využívají periferní vidění alespoň pro orientaci v prostoru.

VPMD se vyskytuje ve dvou formách – vlhké a suché. Suchá forma je méně závažná, onemocnění postupuje většinou zvolna. Vlhká forma je o mnoho více závažná, než suchá forma. Vyskytuje se méně často, zato ale postupuje rychle a pokud není léčena, vede většinou do několika měsíců k oslepnutí.

VPMD je onemocnění multifaktoriální. Kromě věku mají vliv další rizikové faktory jako např.: kouření cigaret, nesprávná výživa, obezita a diabetes mellitus, hypertenze, familiární dědičnost apod.

Terapeutické postupy, které se v posledních deseti letech prosadily, umožňují hlavně u vlhké formy VPMD stabilizaci a u některých pacientů dokonce zlepšení centrální zrakové ostrosti. (Kolář, 2008)

Glaukom (zelený zákal) – jedná se o poškození zrakového nervu v důsledku ischemie a jeho útlaku vlivem zvýšeného nitroočního tlaku.

Normální cirkulace nitrooční tekutiny zaručuje přiměřenou výši tlaku uvnitř oka a udržuje tak jeho kulatý tvar. Pokud je koloběh nitrooční tekutiny porušen a nitrooční tlak se zvýší nad normální hranici (ta se pohybuje mezi 10-21 mm Hg), působí negativně na tlak krevních kapilár a vede k ischemii hlavně v oblasti terče zrakového nervu. Důsledkem toho nervová vlákna postupně odumírají, což se projevuje typickým výpadkem zorného pole a postupně dochází i ke zhoršení centrální zrakové ostrosti. Bez léčby může tlak stoupat a změny jím způsobené jsou nevratné, způsobují těžké poruchy vidění.

Glaukom primární je v některých případech podmíněn dědičně, jindy jsou jeho příčiny ne zcela objasněny. Glaukom sekundární může vzniknout jako následek chorobných stavů oka, nitroočních zánětů, nádorů, úrazů oka apod.

Cílem léčby je buď usnadnění odtoku nitrooční tekutiny, nebo snížení její tvorby, a tím snížení nitroočního tlaku a oddálení rozvoje změn zorného pole. Nejdříve je zahájena terapie medikamentózní. Pokud selže, je indikována léčba laserem nebo chirurgický zákrok. (Moravcová, 2004)

Diabetická retinopatie – jedná se o velmi častou pozdní komplikaci diabetu. Dochází k poškození sítě vlásečnic vyživující sítnici a následně k hypoxii sítnice. Reakcí na dlouhodobý snížený stav kyslíku v sítnici je tvorba a růst vlásečnic, sklon ke krvácení a degenerativní depozita.

Rozlišují se dvě formy diabetické retinopatie: neproliferativní a proliferativní. U neproliferativní formy v konečném stadiu dochází k rozrušení celé centrální oblasti očního pozadí tvrdými ložisky. U proliferativní formy způsobuje ztrátu vidění buď masivní krvácení do sklivce, nebo odchlípení sítnice. Touto formou jsou postiženi především mladší pacienti. Léčba neproliferativní formy je farmakologická, u proliferativní formy se provádí laserová fotokoagulace. Prevencí vzniku diabetické retinopatie je hlavně kompenzace celkového stavu. (Autrata, Vančurová, 2002)

Katarakta (šedý zákal) – jde o progresivní zákal čočky. Subjektivní příznaky se vyznačují poruchou vidění, která je závislá na rozsahu a umístění zákalu, někdy si nemocní stěžují na monokulární diplopii. Příčinou katarakty je porucha metabolismu čočky. Nejčastější formou šedého zákalu je senilní katarakta, také se ale může vyskytnout při celkových chorobách, v souvislosti s některými průmyslovými otravami, a nebo vzniká v souvislosti s jinou oční nemocí. Traumatická katarakta často následuje po tupém poranění oka. Léčba šedého zákalu je chirurgická a její podstatou je odstranění zkalené čočky a implantace umělé nitrooční čočky do vlastního pouzdra čočky, které se nechává na místě. (Autrata, Vančurová, 2002)

Shrnutí

Osoby se zrakovým postižením jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. Úžeji se tímto termínem rozumí ti, u nichž poškození zraku nějak ovlivňuje činnosti v běžném životě a u nichž běžná optická korekce nepostačuje. Jakékoliv postižení nepostihuje jen jeden orgánový systém, ale ovlivňuje celou osobnost.

První kapitola diplomové práce je věnována uvedení do problematiky osob se zrakovým postižením, definování zrakové vady, klasifikaci vad zraku a jejich popisu, dále porovnání situace postupného zhoršování a náhlé ztráty zraku a nakonec také výběru prognosticky závažných očních onemocnění, které mohou vést ke slepotě a tím výrazně ovlivnit kvalitu života člověka.

2 Akceptace získaného postižení

2.1 Obranné reakce na zátěžovou situaci

Vágnerová (2004) uvádí, že obranné reakce, které člověk používá v zátěžové situaci, vycházejí z jeho minulých zkušeností. Pokud přinášely někdy alespoň nějaký pozitivní efekt, zafixují se a člověk má tendenci je opakovat. Stávají se tak základem jeho obranné strategie, která má trvalejší charakter. Obranné reakce vycházejí ze dvou základních mechanismů, kterými je únik a útok. Individuální způsob reakce na zátěže ovlivňuje i temperament a mnohé další faktory, např. úroveň inteligence. Projeví se tu i sociokulturní zkušenost, neboť každá společnost některé obranné strategie preferuje a jiné potlačuje. Cílem obran je obnovení, resp. uchování psychické pohody a rovnováhy. Když je zátěž příliš velká nebo má jedinec omezenější kompetence, mohou být obranné mechanismy méně funkční, a rovnováha, kterou vytvářejí, je nedokonalá (dočasná, nestabilní nebo zcela neadekvátní). Obranné reakce jsou:

Útok – je to aktivní obrana. Znamená tendenci nějakým způsobem s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat. Člověk může zaútočit buď přímo na předpokládaný zdroj ohrožení, nebo se zaměří na náhradní objekt. Agrese však může být obrácena i vůči sobě samému, může se projevit sebeobviňováním, v krajním případě až sebevražednými tendencemi. Obranným mechanismem odvozeným od agrese je i tendence k upoutávání pozornosti a sebeprosazení. Pozitivní, socializovaná varianta tendence k agresi může mít charakter asertivity, tedy schopnost sebeprosazení, realizace vlastních plánů a uspokojení potřeb v rámci platných norem. (Vágnerová, 2004)

Únik – únik z tíživé situace vyjadřuje tendenci utéci ze situace, která se zdá neřešitelná. Způsob, jakým je možné uniknout před problémy, může být různý – může jít o faktický útěk, přenesení odpovědnosti za řešení na jinou osobu nebo o rezignaci na uspokojení. Tendenci řešit problém únikem se může projevit na úrovni interpretace samotného problému (jedinec ho nechce vidět, popírá jeho existenci), ale i na úrovni přístupu k tomuto problému.

Mezi obranné reakce, které nejsou plně uvědomované, dále dle Vágnerové (2004) patří:

Popření – člověk se brání tím, že přijímá jenom takové informace, které pro něho nejsou ohrožující. Například nemocný člověk popírá svoji chorobu a chová se i nadále stejně, jako když byl zdravý. Nechce o ní mluvit a ani na ni myslet.

Potlačení a vytěsnění – člověk má tendenci zbavit se pocitů, myšlenek a pohnutek, které jsou subjektivně nepříjemné a nepřijatelné. Vytěsňovány jsou např. traumatické zážitky, ambivalentní emoce apod. Vytěsněné obsahy vědomí se projevují i nadále, ale v nějaké pozměněné podobě, v níž nevyvolávají tak intenzivní pocit napětí či ohrožení.

Fantazie – pomáhá nahradit nesnesitelné zážitky jinými, které jsou uspokojující, i když nejsou reálné. Takový význam mívá i bájivá lhavost, kdy si neuspokojený člověk vymýšlí příběhy, které kompenzují jeho problémy (má v nich atraktivní roli, je statečný, úspěšný, oblíbený, milovaný apod.).

Racionalizace – tato reakce představuje pokus o zvládnutí zátěžové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením. Umožňuje člověku zastřít traumatizující situace tak, že ji vykládá přijatelnějším, i když ne zcela přesným a správným způsobem. Racionalizace tak poskytuje subjektivně přijatelné zdůvodnění nějaké tíživé situace. Například dítě neúspěšné ve škole vysvětluje své selhání neschopností učitelů, jejich nespravedlností a zaměřením se proti němu.

Sublimace – představuje transformaci nedostupného způsobu uspokojení v takový způsob, který je dostupný a přijatelný. Např. neuspokojená sexuální potřeba se uvolňuje pomocí jiné aktivity, třeba umělecké apod.

Regrese – je to únik na vývojově nižší úroveň chování, většinou vyjadřuje větší potřebu závislosti na podpoře okolí. K regresivním projevům dochází např. při těžké somatické chorobě, bývá i důsledkem traumatu. Postižený touží být ochraňován a dostávat stejnou péči jako malé dítě. Upíná se na nějakou autoritu, např. na lékaře, a může se na něm stát až nepřiměřeně závislým.

Identifikace – je to pokus o posílení vlastní hodnoty ztotožněním s někým, koho je možné obdivovat. Jedinec si připisuje žádoucí vlastnosti a úspěchy takové osoby nebo skupiny. Identifikace posiluje sebevědomí, snižuje pocity méněcennosti a nejistoty. Může být výrazem neschopnosti vytvořit si přijatelnou individuální identitu.

Substituce – je náhrada jednoho nedosažitelného uspokojení jiným, které se jeví dostupné. Takový přesun nejspíš úplně neodstraní pocit frustrace, ale může pomoci snížit intenzitu zklamání a učinit situaci alespoň snesitelnou.

Projekce – tendence promítat vlastí obavy nebo názory do jednání jiných lidí. Jde např. o přisuzování vlastních chyb druhým, resp. očekávání takového chování, ke kterému má sám člověk sklony.

Rezignace – je obvykle reakcí na dlouhodobou zátěžovou situaci, kdy se člověk něčeho předem vzdává, protože to považuje za nedosažitelné. Vyjadřuje bezmocnost, pasivitu a apatii, odmítá jakékoli jiné řešení situace. Obranný efekt spočívá v tom, že když člověk nic neočekává, nemůže být zklamán. Rezignace bývá součástí prožívání chronického onemocnění nebo trvalého postižení. (Vágnerová, 2004)

2.2 Akceptace zrakové vady

Defektologický slovník definuje akceptaci vady takto:

„Je to motivační tendence smyslově, tělesně, popřípadě jinak zdravotně postiženého člověka, která ho vede k emocionálnímu, poznávacímu a posléze i praktickému osvojení všech jeho zbývajících životních možností i omezení.“ (Sovák, 2000, s. 22) Dále uvádí, že jde o celoživotní proces, ze kterého je vhodné vyčleňovat tzv. „primární akceptaci vady“, která se týká hlavně získaných postižení a je možné ji charakterizovat jako základní rozhodnutí přizpůsobit se životu za změněných podmínek. Čálek (1988) uvádí, že opakem je nonakceptace, což znamená nepřijímání a neuznávání životních možností a omezení, které vada zanechává. Vedoucí úlohu má citová složka tohoto postoje, která bývá zabarvena odmítavostí a záporností. Sovák (2000) dělí nonakceptaci na dvě základní formy:

- bezmocné podlehnutí důsledkům vady ve smyslu jejich pasivního přijímání bez snahy o resocializaci a readaptaci (tím rozumí životní znovupřizpůsobení);
- popírání důsledků vady – člověk nerespektuje vzniklá omezení, nepřizpůsobuje se změněným životním podmínkám a snaží se o způsoby činnosti, které neodpovídají jeho možnostem. Skutečné možnosti často opomíjí.

Čálek (1988) uvádí, že v tomto širokém smyslu je akceptace zrakové vady součástí nebo spíš předpokladem celkového a činorodého životního přizpůsobení postižené osoby. Akceptace vady se dá chápat jako trvalá, vžitá pohotovost postiženého průběžně věcně i citově překonávat důsledky daného handicapu.

Grayson (in Čálek, 1988) píše, že akceptace vady je psychologický klíč k vlastnímu procesu rehabilitace. Považuje jí za aktivní proces „souhlasu s rehabilitací". Grayson rozděluje tři skupiny příznaků akceptace vady:

1) člověk si dobře uvědomuje povahu svého postižení, jeho příčiny, komplikace a prognózy;
2) je realistický v poměru ke své rodině, zaměstnání a dalším společenským vztahům;
3) nevykazuje žádné vážné psychiatrické příznaky, které vyplývají z reakce na postižení.

Nedostatek akceptace by podle něj měl psychologickými prostředky řešit odborník, případně s pomocí dalších osob z okolí postiženého člověka. Změna jeho postoje většinou znamená urychlení postupu rehabilitace.

Akceptaci, jakožto životní postoj nelze ztotožňovat se samotným viditelným přizpůsobením na situaci po vzniku postižení. Akceptace vady je předpokladem tohoto přizpůsobení a to jak jeho vnější stránky (v oblasti jednání), tak i stránky vnitřní (tj. prožitkové). Tím je tedy akceptace předpokladem „normálního" utváření a fungování osobnosti postiženého jedince. Velice důležitý je přitom aspekt „normality osobnosti", chápaný jako míra „integrace osobnosti", která zprostředkovává celkové sjednocení duševní činnosti člověka vzhledem k přítomným vnějším i vnitřním podmínkám (tedy včetně postižení). (Čálek, 1988)

Kübler-Ross (1993) popsala sled fází, kterými prochází umírající člověk. Podobné členění lze aplikovat i u pacientů, kteří se vyrovnávají s těžkou životní ztrátou, kterou ztráta zraku bezesporu je:

1) Popření a šok („To nemůže být pravda, tomu nevěřím")
2) Hněv („Proč zrovna já?")
3) Smlouvání („Prosím, dej mi více času", v případě ztráty sluchu se může jednat o: „Bože, když mi vrátíš sluch, budu ti sloužit")
4) Deprese („Nemám žádnou naději, nemá to řešení")

5) Přijetí („Přijímám svůj osud“)

Podle Petteyho (online, 2010) existuje názor, že proces truchlení by měl zahrnovat dva další kroky: bolest a pocit viny. Mnoho zkušeností však ukazuje, že se tyto dva stupně projevují během fází hněvu a deprese. Jess Pettey sám prošel těžkou životní ztrátou – je ohluchlý. Uvádí, že z pěti kroků procesu truchlení zažil jen čtyři. Přeskočil prý fázi smlouvání. To ho vede k závěru, že tento proces probíhá u každého jedince individuálně, mohou zde být odlišnosti v pořadí a času potřebnému k překonání jednotlivých fází. Avšak všichni souhlasí, že fáze přijetí je důležitá a je nezbytným krokem k dosažení dobrého duševního zdraví.

Psycholog J. Souček, který sám v pozdějším věku ztratil zrak, popisuje ve své publikaci (1992) dvě fáze, které na sebe časově navazují:

1. krize – navazuje bezprostředně na trauma oslepnutí. U postiženého se projevuje z psychologického hlediska jako krize, která se objevuje u osob s různou osobnostní strukturou a dynamikou. Délka jejího trvání je individuální a má vztah k osobnosti postiženého. Je ale možné říct, že neexistuje nikdo, kdo by traumatem ztráty zraku nebyl psychicky hluboce zasažen, byť byli někteří lidé na tuto možnou variantu předem připravováni, přece jen není snadné se s tímto stavem bezprostředně vyrovnat.

První část emocionální bouře, která doprovází fázi krize po oslepnutí, se vyznačuje výrazným zmatkem. Člověku se zdá, že neexistuje východisko. Hlavní emocí je strach nebo úzkost. To ochromuje myšlení a vede k negaci všeho, co postiženého dříve těšilo, co prožíval a poznával. Stav bezprostředně po ztrátě zraku je často označován jako celkové zhroucení psychiky, doprovázené příslušnými fyziologickými příznaky.

2. uklidnění – v této fázi sehrává mimořádně důležitou úlohu sociální prostředí. Lidé žijící v bezprostřední blízkosti postiženého mu mohou umožňovat lepší orientaci a tak urychlovat jeho poznávací adaptaci. Mohou však také pozitivně působit na jeho citovou stránku tím, že ho povzbuzují, pomáhají mu aktualizovat a udržovat citové vztahy, dodávají mu potřebné informace a poskytují mu komplexní sociální oporu.

2.2.1 Akceptace zrakové vady a vidící sociální okolí

Každý člověk je velmi ovlivňován tím, co říká obecné, resp. veřejné mínění. Velmi vlivné pak bývá to, co vůči člověku projevují jeho citově významné osoby, případně autority. Sebehodnocení člověka bývá všeobecně velmi závislé na hodnocení, které mu dává najevo jeho sociální okolí. Na tomto faktoru často závisí průběh a celkové úspěšnost speciální edukace, rehabilitace a sociální integrace těžce zrakově postižených osob. (Jesenský a kol., 1995)

Shrnutí

Ztráta zraku je společností považována za jedno z nejtěžších postižení, protože zrak je schopností, bez níž si většina zdravých lidí nedovede smysluplný život představit. Člověk je však bytost adaptabilní a dokáže se i s takovýmto postižením vyrovnat. Každý člověk, který ztratil zrak, reaguje na tuto situaci jinak.

Druhá kapitola se věnovala popisu možných reakcí na vzniklé postižení, dále také tato kapitola popisovala fáze, kterými po ztrátě zraku člověk prochází, jak je vymezují různí autoři, a nakonec zde byly vymezeny pojmy akceptace a nonakceptace ztráty zraku.

3 Specifika života se zrakovým postižením

Vzhledem k tématu diplomové práce se tato kapitola bude věnovat oblastem života, které jsou ztrátou zraku výrazně zasaženy a ovlivňují tím i partnerský a rodinný život jedince.

Jesenský (1988) uvádí, že zrakový defekt představuje poškození v somatickém vybavení člověka. Zbývající tělesné vybavení a funkce nejsou zrakovým postižením přímo ohroženy. Hlavní důsledek se promítá hlavně do psychiky a možností dále rozvíjet funkce poškozeného zraku nebo ho nahradit jinými funkcemi.

Zrakově postižený člověk žije podobný život jako druzí lidé. Existují samozřejmě určité odlišnosti a specifika, ale hlavní rozdíl je jen v tom, že ani v běžných situacích a při provádění běžných úkonů se člověk nemůže spolehnout na svůj zrak. To sice těmto lidem život činí těžším, ale pro většinu komplikací a rizik existuje řešení. V současné době je na dosah spoustu důmyslných inovací a kompenzačních pomůcek, které pomáhají zrakově postiženým lidem ve všech oblastech a činnostech běžného života.

3.1 Informační deficit

Člověk získává zrakem 80 až 85 procent informací. Dojde-li k jeho vážnějšímu poškození nebo dokonce ztrátě, dostává se takto postižený jedinec do značného informačního deficitu. (SONS, online, 2013)

Jesenský (1988, s. 46) definuje informační deficit zrakově postižených jako: *„omezení množství i kvality informací v důsledku zrakového postižení. Informační deficit zrakově postižených je podmiňován jednak činiteli vnějšími (druhy informací a jejich nosiči – médii) a jednak činiteli vnitřními (schopnosti adaptability zrakově postižených zmocňovat se a zpracovávat informace).“*

Jesenský (1988) pak rozlišuje:

- Absolutní informační deficit – ten představuje nedostatek informací vyvolaný nositeli, které neodpovídají kompenzačním a reedukačním možnostem zrakově postiženého člověka. Jeho míra je tedy dána nevhodnými informačními médii.

- Reálný informační deficit – představuje nedostatek informací, tak, jak ho bylo možné zkorigovat rozvojem kompenzačních a reedukačních schopností zrakově postiženého člověka a jak jej bylo možno korigovat kompenzačními pomůckami i úpravou určitého množství nositelů informací.

Dle Květoňové – Švecové (1998) je míra informačního deficitu vysoká zejména těsně po ztrátě zraku. Kompenzační schopnosti člověka je sice možné značně rozvinout a zkvalitnit cvičením, ale tím se mění hlavně schopnost vytěžit z menšího množství informací více poznatků. Rozvinutím kompenzačních schopností dochází spíš ke kvalitativním změnám v řešení informačního deficitu, samotné množství informací se nemění.

Informační deficit zrakově postižených lze snižovat jednak intenzivním výcvikem kompenzačních schopností a jednak používáním tyflotechnických pomůcek.

Médii a prostředky určenými k získávání informací jsou např.:
- šablona na rozlišování bankovek;
- reliéfní barvy na papír a textil;
- budík hmatový mechanický, hodinky hmatové, hodinky pro slabozraké;
- braillský řádek;
- colorino (indikátor barev a světla);
- colorTest (přístroj k poznávání barev);
- digitální záznamník, diktafon;
- dymokleště a dymopáska na bodové písmo;
- pichtův psací stroj;
- písanka kolíčková;
- sherlock (identifikátor popisů);
- počítač s hlasovým výstupem;
- speciální scanner;
- kalkulátor mluvící, kalkulátor s hlasovým výstupem;
- indikátor hladiny a světla;
- ovladač dálkový. (SONS, online, 2010)

3.2 Samostatnost

Čálek (1986) rozděluje hlediska samostatnosti do několika problémových okruhů:

- soběstačnost při sebeobsluze;
- samostatnost v pohybu a prostorové orientaci;
- samostatnost v práci s informacemi.

Podle Schindlerové (2007) je **sebeobsluha** pevnou součástí funkční gramotnosti osob se zrakovým postižením. V pořadí naléhavosti patří sebeobsluha na jedno z prvních míst. Jídlo a osobní hygiena jsou pro člověka v životě jistě důležitější než např. Braillovo bodové písmo. Sebeobsluha však bývá lidmi se zrakovým postižením i jejich okolím trochu opomíjena. Většinou prostým „nějak to přece zvládnu nebo bude poblíž někdo, kdo to za mě udělá“. Přitom realita je často jiná a mnoho věcí bývá mnohem obtížnější, než na první pohled vypadá. Může být velmi těžké ukrojit a namazat si chleba nebo třeba správně sníst polévku. Právě proto není smyslem nácviku sebeobsluhy vše za člověka s postižením udělat, ale snažit se společně najít techniky a postupy, s jejichž pomocí daný úkol zvládne sám, alespoň tam, kde je to možné. Cílem je co největší míra samostatnosti v oblasti péče o vlastní osobu i o svou domácnost.

Samostatnost v pohybu a prostorové orientaci bývá předpokladem a podmínkou pro resocializaci a návrat do společnosti, který je mimo jiné spojen s každodenními záležitostmi, jako je dojíždění do zaměstnání, nakupování atd. S tímto souvisí pojem mobilita, kterou Wiener (1998, s. 17) definuje takto: *„Nevidomý člověk je mobilní, když je schopen se s využitím naučených technik pohybu a získávání informací bezpečně a jistě přemísťovat v prostoru“*. Podle Wienera (1998, s. 16) jsou při procesu *„orientace získávány a zpracovávány informace z prostředí za účelem skutečné nebo jen myšlenkové manipulace s objekty prostoru nebo za účelem plánování a realizace přemísťování v prostoru“*. Nutným předpokladem pro rozvíjení procesu prostorové orientace je dostatečná celková představa o prostoru, o rozmístění orientačních bodů v prostoru a o jeho hranicích. Wiener (1998) dělí orientaci na makroorientaci a mikroorientaci. Mikroorientace je podmiňována charakterem konkrétně angažovaného analyzátoru. U kontaktního analyzátoru hmatového např. ruky je vymezena rozsahem hmatového pole jedné ruky

nebo obou rukou. Makroorientace se týká orientace v prostoru přesahujícího pole vnímání kontaktního analyzátoru a je zaměřena na vzdálené prostory dálkových analyzátorů.

Jako pomůcka při prostorové orientaci slouží bílá slepecká hůl, která plní funkci:

- signalizační – označuje svého majitele jako osobu se zrakovým postižením;
- ochrannou – upozorní v dostatečném předstihu na překážku a tím chrání před případným střetem;
- orientační – je prodloužením ruky – umožňuje vyhledávat orientační body a jiná důležitá místa na trase, rozpoznávat strukturu povrchu, udržovat kontakt s vodící linií;
- opěrnou – uplatňuje se i jako prostředek opory pro starší či nemocné osoby se zrakovým postižením. (Regec, Stejskalová, 2012)

Samostatný pohyb bývá zvláště bezprostředně po ztrátě zraku narušován některými nežádoucími psychickými jevy, jako jsou strach z vykročení do tmy, strach z neznámého prostoru, stud za bílou hůl, stud rodiny za nevidomého člena, strach o něho. (Čálek, Holubář, Cerha, 1991)

Základní oblasti výchovy prostorové orientace a samostatného pohybu jsou podle Wienera (2006) tyto:

- chůze s vidícím průvodcem;
- bezpečnostní postoje;
- kluzná prstová technika (trailing);
- omezování odchylek od přímého směru;
- odhad vzdáleností (1 metr, 5 metrů);
- odhad úhlů (90° vlevo, 90° vpravo, 180° vlevo, 180° vpravo);
- výchova ke vnímání sklonu dráhy;
- výchova ke vnímání zakřivení dráhy;
- rozvoj sluchové orientace;
- rozvíjení „smyslu pro překážky“;
- chůze po schodišti;
- posilování stability zrakově postiženého člověka;

- technika dlouhé hole.

Zvládnutí všech těchto oblastí je nezbytným předpokladem úspěšného a harmonického rozvoje člověka se zrakovým postižením. (Wiener, 2006)

Samostatnost v práci s informacemi umožňuje člověku udržovat přehled o aktuálním dění a obohacuje komunikaci. Informační média, která lidé se zrakovým postižením užívají, můžeme rozdělit na běžné zdroje (jako např. rádio, televize, diktafon, magnetofon) a prostředky speciální povahy (např. Pichtův psací stroj, hlasový výstup u počítače, braillský řádek, speciální scannery). Více bylo popsáno v kapitole 3.1 Informační deficit.

3.3 Zaměstnání

Zaměstnání má pro jedince, žijícího ve středoevropské sociokulturní oblasti, velkou hodnotu. Profesní role je důležitou součástí identity a ovlivňuje i sociální hodnocení daného člověka, s ohledem na ni ho posuzují i ostatní lidé.

Motivy k práci mohou být různé:

- peníze – cílem je uspokojení mnoha potřeb prostřednictvím hodnot a požitků, které je možné za peníze pořídit. V některých případech mohou být samy peníze cílem.
- aktivita – pracovní činnost může uspokojovat potřebu smysluplné aktivity.
- seberealizace – cílem je úspěch, získání žádoucí sociální pozice, potřeba ukázat, že člověk něco umí a je užitečný.
- sociální kontakt – v zaměstnání má člověk možnost navázat spoustu kontaktů, stýkat se s mnoha různými lidmi.
- samostatnost a nezávislost – ekonomická samostatnost a nezávislost na společnosti nebo rodině je potvrzením dospělosti. (Vágnerová, 2008)

Když člověk přijde o zrak, většinou tím přijde i o zaměstnání. To v něm vyvolává různé psychické a somatické, resp. psychosomatické potíže. Psychická reakce je tím větší, čím jsou jeho motivy k práci silnější. Nezaměstnanost bývá prožívána jako ztráta, na kterou člověk reaguje zoufalstvím a depresí, ale i jako ohrožení vlastní budoucnosti, které vyvolává úzkost a psychické napětí. Reakcí může být i zlost a vztek, který může být zaměřený na předpokládaného viníka této situace.

Jedinci klesá pocit celkové životní spokojenosti. Ztráta profese se projeví i změnou identity jedince. Zhoršuje se sebehodnocení, snižuje se sebevědomí, sebedůvěra a sebeúcta, přichází pocity méněcennosti, neužitečnosti a zbytečnosti. Pokud zůstává ohluchlý člověk izolován doma, ztrácí jednu osobně důležitou roli a postupně může dojít k úpadku jeho kompetencí, eventuelně celé osobnosti. (Vágnerová, 2008)

Jestliže byl člověk, který přišel o zrak, živitelem rodiny, hlavní komplikací bývá snížení příjmu, což může ohrozit životní úroveň rodiny. A pokud má rodina nějaké dlouhodobé závazky, například hypotéku, může se ztráta zaměstnání změnit ve velice náročnou životní situaci.

Jak píše Potměšilová (online, 2005), pokud nevidomý člověk začne hledat práci, musí počítat s tím, že bude patřit ke skupině, která má na trhu práce nejmenší šance. Je to dáno i tím, že odstraňování bariér na pracovišti je v případě nevidomých mnohem nejednoznačnější než například tělesně postižených. U nevidomých nespočívá bezbariérovost pracoviště v jednoduchém postavení rampy, ale v souboru postojů, a hlavně v ochotě spolupracovníků. Většinou se ale nevidomý uchazeč o práci na své budoucí pracoviště ani nedostane. Pohovor s personalistou totiž obvykle skončí v okamžiku, kdy přizná svůj handicap. Jeho schopnosti se už většinou ani neprobírají. U zaměstnavatelů převažují nejasné obavy a nechuť zkoumat, jak nevidomému práci umožnit. Když se podaří překonat tuto fázi, narazí nevidomý člověk na konkrétní problémy. Například se ukáže, že na pracovišti je počítačový program, který není v současné době kompatibilní s tzv. odečítači obrazovky. Pak není možné nevidomého zaměstnat, i když mu práce s počítačem nedělá problémy a stačil by i na náplň dané práce. Obvykle ani zaměstnavatel, ani zaměstnanec nedokáží takovou situaci řešit.

Podle Michálka a Matyskové (online, 2011) je nepříliš zdůrazňovanou příčinou nezaměstnanosti nevidomých i nedostatek motivace. Někomu stačí příjem z invalidního důchodu s tím, že místo práce dává přednost jiným aktivitám nebo „pasivitě“.

V současné době se díky evropským fondům mohou lidé se zrakovým postižením ale zapojit do řady projektů, které zvyšují jejich „zaměstnatelnost“, tedy učí se pracovat s počítači, procházejí komunikačními kurzy, učí se jazyky apod. Také se vytypovávají nová zaměstnání (telemarketing, monitoring rozhlasových vysílání, funkce soudního zapisovatele apod.), probíhají projekty neziskových organizací

orientované na posílení pozice tradičních profesí pro zrakově postižené (např. masér). Dochází také ke zvýšenému zaměstnávání zrakově postižených přímo ve službách pro stejně postižené (výuka na počítači, servis k PC). Zavádí se pozice „pracovní konzultant“, který dlouhodobě provází nevidomého procesem hledání a nalezení práce a to včetně diagnostiky jeho pracovních schopností a včetně počáteční podpory přímo na pracovišti. (Michálek, Matysková, online, 2011)

3.4 Trávení volného času

Pávková (1999, s. 15) definuje volný čas takto: *„Volný čas je možno chápat jako opak nutné práce a povinností, dobu, kdy si své činnosti můžeme svobodně vybrat, děláme je dobrovolně a rádi, přinášejí nám pocit uspokojení a uvolnění.“*

Člověk, který přišel o zrak, nejspíše nebude moci pokračovat ve všech jeho dosavadních zálibách. Některé bude muset upravit a jiné nebude moci vykonávat vůbec. Ale přesto bude chtít trávit svůj volný čas smysluplně a aktivním způsobem tak, aby uspokojoval jeho specifické individuální potřeby, napomáhal jeho socializaci a získával nové společenské zkušenosti, ale také aby působil jako prevence před sociálně patologickými jevy. Volný čas je hlavně prostorem k nenásilné a neformální integraci do společnosti v celé své šíři. Ideálním prostředkem pro zapojení a začlenění lidí se zrakovým postižením jsou kroužky, výlety a jiné akce v rámci volného času. V dnešní době však existuje řada středisek, center a klubů, které nabízejí aktivity sportovní, kulturní i tvůrčí. (Forstová, online, 2010)

3.4.1 Sportovní aktivity

Těžké zrakové postižení způsobuje nedostatek pohybu. Může to být způsobeno obavou z pohybu, nesnadností naučit se samostatně se pohybovat a orientovat, nebo obavou a psychickými zábranami. Je důležité přivést zrakově postiženého, pokud to dovoluje jeho zdravotní stav, ke sportu a k aktivnímu pohybu. (Helpnet.cz, online, 2006)

Vhodně realizované pohybové aktivity dokážou významnou měrou přispět ke zlepšení potřebných pohybových dovedností nejen každodenního charakteru, ale

i dovedností ryze sportovních. Pohybové aktivity také vytvářejí správný životní styl a pomáhají udržet si zdraví.

Podle Bláhy (2010) není osvojení pohybových dovedností u osob se zrakovým postižením snadnou záležitostí. Ztráta zraku v průběhu života znamená významný zásah do procesu zpracování informací a možností zajistit interakci se svým okolím. Tato interakce se stává rozhodujícím faktorem pro výběr a způsob uplatňování sportovních aktivit. Často vede k nalezení optimálního řešení složitá cesta, která se ubírá přes vlastní odhodlání, vůli až po rodinné zázemí, okolí člověka i prostředí, ve kterém žije. Provozování sportovních aktivit není možné bez odpovídajícího zázemí a vytvořených podmínek v prostředí, ve kterém osoba se zrakovým postižením žije.

Zrakové postižení umožňuje aplikaci širokého okruhu sportovních aktivit. Jsou pro potřeby osoby se zrakovým postižením buď speciálně vytvořené, nebo dochází k úpravám obvyklých aktivit s ohledem na specifické potřeby. (Bláha, 2010)

Osoby, u kterých byla výchova prostorové orientace a samostatného pohybu úspěšná, si mohou v případě vybrat z rozličných druhů sportovních aktivit. Patří k nim např. kuželky, šachy, lukostřelba, bowling, plavání, cyklistika, lyžování, atd. U všech těchto sportů musí být přítomna vidící osoba, která v případě provozování výkonnostního sportu vystupuje ve funkci vodič, trasér, naváděč, rozhodčí, podávač, pilot či konzultant. (Český svaz zrakově postižených sportovců, online, 2011)

Sporty speciálně vytvořené pro ZP:

Showdown – upravený stolní tenis, hraje se ozvučeným míčkem, do kterého jsou vloženy nerezové ocelové kuličky. Cílem hry je odpálit míček po stole do soupeřovy branky, zatímco soupeř se tomu snaží zabránit. Slabozrací hráči nebo hráči částečně vidící musí použít neprůhlednou ochranu očí, která jim při hře zcela znemožňuje používat zrak.

Goalball – hrají ho dvě tříčlenná družstva na podlaze tělocvičny obdélníkového tvaru, která je středovou čarou rozdělena na dvě poloviny. Branky jsou postaveny na jejích zadních stranách. Ke hře se používá ozvučený míč. Smyslem hry je dokutálet míč za soupeřovu brankovou čáru, zatímco druhé družstvo se tomu snaží zabránit. Hrací plochou je obdélník o délce 18 m a šířce 9 m. Všechna označení hrací plochy,

tedy čáry, musí být dobře viditelná a rovněž musí být uzpůsobena pro hmatovou orientaci hráčů. Všichni hráči nacházející se na hrací ploše musí mít neprůhlednou ochranu očí. (Slepičková, 2005)

Sportovní organizace:

Sportovní organizace zrakově postižených sportovců upravují převážně stanovy Českého paralympijského výboru, Unie zdravotně postižených sportovců České republiky a stanovy Českého svazu zrakově postižených sportovců. Patří sem:

1. Český paralympijský výbor (ČPV)

ČPV je organizace, která sdružuje zhruba 18 tisíc sportovců v pěti hlavních sportovních svazech. Mezi tyto řádné členy se řadí:

1. Česká asociace tělesně handicapovaných sportovců;
2. Česká federace Spastic Handicap o. s.;
3. Český svaz mentálně postižených sportovců;
4. Český svaz neslyšících sportovců;
5. Český svaz zrakově postižených sportovců;
6. Český svaz vnitřně postižených sportovců. (Český paralympijský výbor, online, 2012)

2. Unie zdravotně postižených sportovců České republiky (UZPS)

UZPS je občanské sdružení, které tvoří sdružení šesti sportovních asociací, federací a svazů, členěných podle jednotlivých druhů a stupňů trvalého zdravotního postižení (viz. ČPV). Cílem UZPS je všestranná podpora a rozvoj sportu, tělesné výchovy a turistiky zdravotně postižených ve všech věkových kategoriích.

Ve srovnání s ČPV, který se zaměřuje na podporu a přípravu českých handicapovaných sportovců na paralympiádách a dalších vrcholových akcích, je UZPS mnohem širší a zahrnuje i neparalympijské sporty, jakož i podporu dalších sportovních a tělesných aktivit zdravotně postižených sportovců. (Unie zdravotně postižených sportovců ČR, online, 2010)

3. Český svaz zrakově postižených sportovců (ČSZPS)

Tento svaz organizuje a řídí na odborné a profesionální úrovni sportovní a pohybové aktivity pro všechny věkové kategorie a všechny druhy i stupně ZP, sporty: atletika, bowling, cyklistika, fotbal, goalball, judo, kuželky, lukostřelba, lyžování běžecké i sjezdové, plavání, showdown, střelba ostrá i zvuková, šachy, turistika, vodní sporty, vzpírání. (Český svaz zrakově postižených sportovců, o.s., online, 2011)

Kromě Českého svazu zrakově postižených sportovců, Českého paralympijského výboru, tělovýchovných jednot, sportovních klubů, Tyflocenter atd. se tématikou sportu pro ZP zabývají i menší občanská sdružení, např. Tandem Brno, Sportovní klub Slavia Praha, odbor zrakově postižených, Pražské centrum zrakově postižených plavců, Tyflosport, Česká lukostřelba nevidomých Jiří Mojžíšek apod.

3.4.2 Kulturní aktivity

Osoby s těžkou vadou zraku jsou výrazně omezeny v určitých oblastech kultury. K nejmenšímu omezení dochází většinou v oblasti poslechu hudby, neboť sluch hraje u těchto osob kompenzační úlohu a je tedy velmi dobře rozvinut. Nevidomé osoby tedy mohou poslouchat rádio a chodit na koncerty stejně jako osoby vidící, i když v tomto případě hraje také zrak důležitou roli. V oblasti produkce hudby jsou nevidomé osoby znevýhodněny, protože nemohou zároveň číst noty v Braillovu písmu a zároveň hrát na hudební nástroj. Musí se tedy naučit noty nazpaměť.

V oblasti filmu a divadla nevidomé osoby přichází o důležité dokreslení děje obrazem. Důležitou roli zde hraje také představivost, neboť na její úrovni závisí výsledný zážitek z filmu. V roce 2001 bylo v Brně založeno občanské sdružení Apogeum, které se zabývá audio popisem filmů a divadelních představení. Filmy je možné si zakoupit či vypůjčit na CD či DVD ve vybraných knihovnách (např. Knihovna a tiskárna pro nevidomé K. Em. Macana). (Apogeum, online, 2005)

Běžné výstavy v muzeích či galeriích jsou pro osoby s těžkou vadou zraku takřka nedostupné. Většinou je totiž zakázáno dotýkat se vystavovaných exponátů, čímž je těmto osobám znemožněno vytvořit si o nich představu. Existují však speciální dotykové výstavy, které jsou pro nevidomé pořádány různými organizacemi. Občanské sdružení Hapestetika se zasadilo o vznik hmatových výstav

u nás a nadále se zabývá zpřístupňováním muzeí a galerií pro návštěvníky se zrakovým postižením.

Stálé expozice pro zrakově postižené jsou např. v:

- **Národní galerii v Praze** – ta nabízí hmatovou expozici s názvem „Doteky baroka“. Tvoří ji soubor čtrnácti odlitků výtvarných děl, který vznikla v Čechách v období 17. a 18. století. Exponáty jsou odlity ze sádry. Prohlídky s výkladem či modelování v ateliéru je nutné objednat nejméně 3 týdny předem. (Národní galerie v Praze, online, 2011)
- **Technickém muzeu v Brně** – zde se nachází oddělení Dokumentace tyflopedických informací. Úkolem tohoto oddělení je shromažďovat všechny speciální pomůcky, knihy a archiválie, které sloužily nevidomým ke vzdělání, kultuře, práci či zábavě a zachycují způsob jejich života. (Technické muzeum v Brně, online, 2014)
- **Botanické zahradě – Praha – Trója** – zahrada pořádá každoročně hmatové expozice. Vystavených exponátů je dovoleno se nejen dotýkat, ale některé mohou návštěvníci i ochutnat nebo si k nim přivonět (dle zaměření výstavy). (Botanická zahrada Praha, online, 2005)

Mezi kulturní aktivity dále patří např. taneční kurzy pro zrakově postižené. Tyto kurzy pořádá TyfloCentrum Brno. Osoby navštěvující taneční mají poté možnost chodit do tančíren, kde si naučené tance procvičí a také k nim přidají nové figury pod vedením tanečně zdatných dobrovolníků. (Pláteníková, online, 2008)

Krajská střediska Tyflocenter pořádají také různé výlety, exkurze, zážitkové semináře či soutěže, při kterých se mají osoby se zrakovým postižením možnost setkat se starými přáteli, ale i se seznámit s novými lidmi.

3.4.3 Tvůrčí aktivity

Specialitou v tvůrčích aktivitách je Axmanova technika modelování (ATM), kterou vyučuje občanské sdružení Slepíši. Tato technologie spočívá v převedení proporcí do základní hmatové matematiky. Hmatová matematika vychází z proporcí prstů lidské ruky. Dalšími charakteristickými rysy ATM je to, že se při práci s hlínou nepoužívá voda, s hlínou se pracuje bez pomoci nástrojů a hrnčířského kruhu. ATM je založena na řemeslných postupech a nevyžaduje speciální výtvarné nadání. Je zde potřebná jen motorická zručnost. Tato technika je určena především lidem

nevidomým od narození. ATM poskytuje nejen nástroj k řemeslně-výtvarným aktivitám, ale díky hmatové matematice, umožňuje získat představu o proporcích světa kolem nich. Speciálními metodami zde nevidomí lidé vytvářejí užitné a dekorativní předměty z pálené hlíny (např. zahradní nádoby, sochařské objekty, interiérové doplňky). (Axmanova technika modelování, online, 2009)

Axmanovou technikou hmatového modelování se také zabývá Hmateliér, které provozuje občanské sdružení Okamžik, které mimo jiné provozuje i arteterapeutické dílny – keramické, řezbářské, košíkářské, drátovací apod. (Hmateliér, online, 2009)

Shrnutí

Tato kapitola se věnovala specifikům, která získané zrakové postižení do života člověka přináší. Jedním z hlavních problémů, který dále ovlivňuje další oblasti života, je informační deficit a snížená samostatnost. Dále byly popsány možnosti volnočasových aktivit a problémy se zaměstnáním. K těmto všem oblastem jistě patří i samotná specifika týkající se partnerského života, což je i názvem celé diplomové práce. Vzhledem k obsáhlosti tématu partnerského života, bude toto popsáno v následující samostatné kapitole.

4 Člověk se získaným zrakovou vadou a partnerský život

4.1 Partnerský vztah a láska

Lásku je možné definovat jako cit, který v sobě zahrnuje velké množství emocí. Je to jakési hnutí mysli, neklid, velmi intenzivní citová reakce. Láska je energie v pohybu, která je zaměřená na milovanou osobu a během svého vývoje může mít mnoho vrcholů a pádů. (Dallaire, 2009) Aby mohla láska k jednomu partnerovi existovat a trvat, musí být podle Dallairea (2009) splněny tři podmínky:

- Obdiv – jestliže mají být dvě osoby v trvalém partnerství, musí se vzájemně obdivovat a respektovat. Pokud tento obdiv u některého z partnerů časem poklesne, začne se i jeho láska postupně vytrácet.
- Sen – partneři by měli pociťovat zaměření vztahu do budoucna, měli by mít společné plány a sny. Samozřejmě můžou mít oba i své individuální cíle, ale partneři by měli umět myslet společně na to, co lze dokázat ve dvou.
- Sexualita – partneři by měli cítit vzájemnou fyzickou a sexuální přitažlivost. Láska je provázena touhou být druhému nablízku a měla by být spojena s příjemnými pocity při vzájemném dotýkání.

Lacinová a Michaláčková (2006) za partnerský vztah považují vztah dvou jedinců, kteří jsou oboustranně a dlouhodoběji spojení láskou. Partnerský vztah v dospělosti se vyznačuje určitým stupněm intimity a závazku ve vztahu. Tyto charakteristiky vztahu také umožňují, aby se partner stal pro druhého vazbovou figurou.

Právě intimitu považuje Plaňava (1998) za jednu ze základních komponent partnerského vztahu, pomocí které lze vztah popsat a vymezit vůči jiným blízkým vztahům. Tento předpoklad, že právě vysoký stupeň intimity charakterizuje partnerské vztahy, můžeme potvrdit i tím, že mnoho autorů se intimitou v partnerském vztahu zabývá.

Podle Říčana (2004) se ve vztahu s vysokým stupněm intimity objevuje:

- tělesná a duševní něha bez přítomnosti studu, obav, a nadměrné racionální kontroly;
- sdílení pocitů, sebeotevření;

- důvěra;
- úcta k partnerovi, jeho odlišnostem a autonomii;
- realistické poznání druhého a přijetí druhého i s jeho chybami;
- otevřenost v pravdivém poznání vlastních pocitů vůči partnerovi;
- radost ze závazku, věrnosti, společné plány do budoucna;
- humor, hravost a nadhled;
- úžas a objevování skrytých jemností duševní krajiny partnera;
- věrnost a výlučnost.

„Při osobním zrání a vývoji v dospělosti neexistuje silnější podnět než milostný vztah. Zároveň však nenajdeme žádný jiný vztah, který by tolik ohrožoval osobní pohodu a psychické i tělesné zdraví jako milostné pouto.“ (Jürg, 2006, s. 13)

Podle Štěrbové (2009) potřebuje každý člověk významné osoby ve svém životě. Potřebuje mít důvěrný vztah, blízkého přítele jako zdroj radosti a pocit, že k někomu patří. A jak píše Vágnerová (2004), pro člověka s postižením má partnerský vztah ještě větší význam, než pro zdravého člověka. Kromě uspokojení v intimní oblasti jde ve větší míře i o sociální hodnotu vztahu, o jeho symbolický význam. Je to důkaz normality. Štěrbová (2009) zdůrazňuje u lidí s postižením význam vzájemného vztahu jako sociální opory. Emoční a sociální opora vede ke snížení důsledků sociální izolace a tím přispívá k sociální integraci. Dostatečná sociální síť pomáhá k prevenci depresí a pomáhá zmírňovat i somatické projevy.

V souzněném partnerském vztahu si jedinec uvědomuje hodnotu druhého člověka, cíleně chce jeho dobro a díky své lásce a péči přesahuje své vlastní já. Usiluje o ztotožnění s jejím životem. (Fišer 1986)

Formou partnerského vztahu je manželství nebo nesezdané soužití.

4.1.1 Manželství, rodina a domácnost

V dostupné literatuře je uvedeno mnoho rozličných definic manželství. Např. Jandourek (2001) jej definuje jako právní vztah zavazující muže a ženu ke společnému životu. Geist (1993, s. 211) si ani netroufá manželství přesněji vymezit*: „vzhledem k mnoha formám a typům, které měl a má v dějinách a různých kulturách sociální útvar, nazývaný ‚manželství,' není možno podat adekvátní vymezení. Velmi obecně a se značnou licencí lze říci, že je sociálně sankcionovaným institucionalizovaným sexuálním vztahem dvou nebo více jedinců zpravidla opačného pohlaví, obvykle s úmyslem založit rodinu (mít děti), resp. trvalým vztahem, v němž je muži a ženě sociálně dovoleno mít děti, aniž by ztratili své místo ve společnosti."*

Podle Vágnerové (2000) se manželská role stává významnou součástí osobní identity a celkově uspokojuje především následující potřeby jedince:

- potřebu citové jistoty (sounáležitost, opora);
- potřebu seberealizace (naplnění sociální normy);
- potřebu otevřené budoucnosti.

Uzavření manželství je krokem k vytvoření rodiny, kterou Sobotková (2001, s. 22) definuje rodinu takto: „Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde např. o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd."

Kraus et al. (2001, s. 79) shrnuje činnosti rodiny takto, *„...zabezpečuje své členy hmotně, pečuje o zdraví, výživu a kulturní návyky svých členů, vytváří specifické socializační a výchovné prostředí pro děti, předává jim kulturní dědictví, vštěpuje jim morální postoje, ovlivňuje je, usměrňuje, chrání a podporuje. Rodina plní určité role i ve vztahu ke společnosti – je to především reprodukce obyvatelstva, a to jak reprodukce biologická, tak i kulturní."*

Další autoři uvádějí, že život v manželství a v rodině je hlavním pilířem životního naplnění. *„Šťastné manželství a uspokojivý rodinný život, přispívá rozhodující měrou k osobnímu štěstí a k pocitu smysluplné minulosti, spokojené*

přítomnosti i budoucích perspektiv v časné dospělosti, stejně jako později ve stáří, neboť představuje v dětech (a v dětech jejich dětí) vývojovou linii přesahující individuální životní běh.“ (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 177)

Uzavřením manželství většinou vzniká nová domácnost, což je ekonomická jednotka, která vyžaduje společné hospodaření. Někdy přerůstá ve výdělečnou jednotku, kde je důležitá dělba pracovních rolí obou manželů. Ale i v běžné rodině je dělba manželských rolí nezbytná a většinou všestranně zajišťuje koordinovaný chod rodiny, zahrnující hlavně péči o děti (zodpovědnost za ně), ale často i péči o staré a nemocné příbuzné. (Maříková et al. 1996)

4.2 Vliv získaného zrakového postižení na partnerský život

4.2.1 Závislost člověka se zrakovým postižením na vidícím partnerovi

Bezprostředně po ztrátě zraku prochází člověk stádii truchlení (viz kapitola s názvem Akceptace získaného postižení), ale stejnými stádii prochází i jeho partner. I on by měl partnerovo postižení přijmout a přizpůsobit se mu.

Po ztrátě zraku jednoho z partnerů dojde k větší či menší změně vztahu a fungování partnerství. Zezačátku bude člověk s postižením více závislý na pomoci své rodiny. Postupem času by se měl osamostatňovat v maximálně možné míře, neboť kromě mnoha jiných důvodů, jak uvádí Vágnerová (2004), si postižený člověk uvědomuje závislost, a to omezuje pocit svobody a rovnocennosti takového vztahu. To potvrzuje i vlastní zkušenost R. Murphyho (2001), který uvádí, že závislost na partnerovi představuje mnohem víc, než fyzickou odkázanost, protože plodí pokřivený vztah. Právě v rovině této prosté fyzické závislosti na partnerovi se postižení stává hlavním motivem partnerského života, protože všechny sociální vztahy se přeuspořádávají ve vztahu k němu. Z partnerů se stávají pečovatelé, což odporuje společenským konvencím. Takové změny mohou vztah tak hluboce vyčerpat, že se nakonec sám zničí. Postiženého muže jeho závislost může dohánět k zuřivosti a může ho rozčilovat dominantní postavení jeho ženy. Partneři také mohou zjistit, že nejsou ochotni nebo schopni starat se o své protějšky, a z partnerství se vymaní.

Záleží na konkrétním člověku se zrakovým postižením, jeho charakteru a přístupu k životu, zda se stane závislým člověkem přijímajícím péči a z jeho partnera pečovatel. Bude záležet na tom, jak se ke svému postižení dotyčný člověk postaví a jestli se nechá „obskakovat“ jako dítě, nebo se bude snažit být co nejvíce samostatný a nezávislý (v tom mu mohou pomoci programy sociální rehabilitace). Jak již bylo řečeno, záleží i na partnerovi, jak moc a jestli vůbec bude ochotný o postiženého člověka pečovat. Zde je nebezpečí obou extrémních přístupů – zbytečná lítost a nadměrná péče, ale i přehlížení ve snaze dělat, že se nic neděje. Je důležité, aby zdravý partner byl realistický v tom, jakou podporu a péči postižený člověk skutečně potřebuje. Podle Mindenové a Frankelové (2010) může mít partner pocit, že je po něm vyžadováno, aby se obětoval, potlačoval svoje vlastní přání, emoce a naplno se věnoval pouze postiženému. Tyto pocity jsou zcela legitimní s ohledem na situaci, ale každý má právo na svůj vlastní život, své zájmy a jedině odpočinutý partner bez známek stresu a frustrace může být partnerovi skutečnou oporou.

Podle Křivohlavého (1998) může zdravý partner „vyhořet“, stejně jako kterýkoliv jiný člověk pracující v psychicky náročné profesi. Je tedy potřeba přizpůsobit se dané situaci, což znamená ji statečně přijmout a přiměřeně na ni reagovat. Avšak existují také bohužel případy, kdy partner postiženého neunesl nastávající situaci a raději od rodiny odešel.

4.2.2 Nahlížení zdravého člověka na jeho partnera s postižením

Podle Vágnerové (1999) bývá postižený člověk zdravým partnerem hůře akceptován, eventuelně přijímán pozitivně, ale jako odlišná a nějakým způsobem nedostačující bytost. V takovém vztahu pak může převažovat soucit, pocit viny apod.

V diskuzích na internetu, do kterých přispívají partneři lidí se získaným postižením, se objevuje často problém, který popisují ženy, že jejich muž už pro ně není „chlap“. Zkrátka, že už pro ně není takovou oporou a ochráncem, což souvisí s mírou závislosti a s výše uvedeným tvrzením, že pro zdravého je postižený partner nedostačující bytost a převažuje u něj soucit. I nevidomý muž však může zůstat pro svoji ženu stále tím „chlapem“ a to v tom případě, že se k celé nastalé situaci „postaví čelem“, své postižení akceptuje a bude se snažit vykonávat v co největší možné míře činnosti, které vykonával dosud. A i přestože nejspíše nezastane všechny mužské práce v domácnosti, může být nadále psychickou oporou rodiny. Manžel se musí snažit, aby si ho mohla nadále žena z jakéhokoliv důvodu vážit. Mohou však

nastat i situace, kdy jen stěží může být nevidomý muž ženě ochráncem, on ale může tyto situace vyřešit jiným přijatelným způsobem, a tak v očích ženy zaujímat nadále původní postavení. Zrak není rozhodující pro to, aby mohl muž být ženě oporou. Rozhoduje jeho chování a také to, co u něj žena hledá a co od něj očekává.

4.2.3 Osud partnerství po ztrátě zraku

Při získaném postižení se často stává, že se partnerské vztahy rozpadají a to ne vždy pouze z iniciativy zdravého partnera. V procesu akceptace získaného postižení je jedinec přecitlivělý na projevy soucitu a útrpnosti a tak často je to postižený sám, který vyvolá rozpad vztahu, pokud má pocit, že zdravý partner s ním zůstává právě jenom ze soucitu. (Hadjmoussová, Vágnerová, Štech, 2000)

Jak již bylo řečeno, existují i případy, kdy zdravý partner neunesl nastávající situaci a opustil postiženého člověka. Soukup (2002) popisuje zarážející případ, kdy šedesátiletá žena ztratila zrak a krátce na to i manžela, který se nechal slyšet, že „se slepou žít nebude“, a jelikož jejich několik desítek let trvající manželství bylo bezdětné, žije nyní dotyčná nevidomá paní sama, v prázdném bytě, protože jeho veškeré zařízení si manžel odstěhoval. Nelze se divit, že si její stav vyžádal speciální psychologickou pomoc. Lze se pouze dohadovat, zda slepota byla opravdu jediným a hlavním důvodem k rozchodu a totálnímu zničení mnoho let trvajícího vztahu. Svou roli bezpochyby sehrála i nedostatečná akceptace zrakové vady ze strany vidícího partnera.

Podle Vágnerové (2004) je sice velké trauma být opuštěn partnerem, ale stresující je i představa, že je pro něj zátěží, která ho vyčerpává. Vytvoření obvyklého komplementárního vztahu dominantního zdravého partnera a závislého, pasivního a pečovaného postiženého posiluje na obou stranách tendenci reagovat méně přiměřeně. Nezměnitelná asymetrie takového vztahu jej dost často zdeformuje natolik, že ztrácí svou funkci a nakonec se rozpadá.

Velmi závažnou problematikou je osamocení jednice s postižením. Drábek (2013) uvádí, že nedobrovolné osamocení na dlouhý čas může vést k závažným psychosociálním následkům. Jedinec postrádá lidskou blízkost, jejíž potřeba nabývá na intenzitě se zvyšujícím se věkem. Vedle psychické zátěže je zde nebezpečí sociální dezintegrace. Podle Kastnerové (2009) nemá žití o samotě žádnou vlastní hodnotu. Může to vést až k depresivním náladám nebo sebevražednému jednání.

Častými příčinami sebevražd bývá právě zhroucení interpersonálních vztahů, zvláště těch intimních. Osoby bez úzkého partnerského vztahu jsou výrazněji konfrontovány s pocitem osamění než ostatní skupiny lidí a více trpí psychickými problémy.

Pokud postiženého člověka jeho partner opustí, není dobré, aby se pod vlivem svého postižení smířil se svým smutným osudem a neviděl žádné reálné možnosti, jak svou partnerskou roli znovu uskutečnit. Nepřítomnost partnera by měl vnímat sice jako nepříjemný, ale přechodný stav. Lidé se zdravotním postižením jsou v osamocení vystaveni rezignaci na vlastní sexuální roli, protože pocity beznaděje, sociální izolace nebo předsvědčení, že jedinec nemůže ovlivnit vlastní sociální situaci, vzdalují člověka od běžného způsobu života v každodenních interpersonálních vztazích a sítích. (Kastnerová, 2009)

Získané zrakové postižení ovšem vůbec automaticky neznamená rozpad partnerství. Soukup (2002) popisuje i případ smíšené česko-romské rodiny, kde je matka dvou dětí postižená zrakově i sluchově. V této rodině panuje výjimečně harmonická atmosféra a mají na ni rozhodující vliv oba partneři- jak dotyčná žena, která zcela akceptuje svoji vadu, tak i její muž, jenž přijal postižení své manželky s neobyčejně lidským porozuměním.

Osud manželství tedy závisí na kvalitě vztahu partnerů, dále na tom, jak oba nově vzniklé postižení akceptují, na celkové odolnosti osobností, na ochotě hledat kompromisy a v neposlední řadě na ochotě druhému nezištně pomoci.

4.2.4 Přerozdělení rolí v domácnosti

Řezáč (1998) chápe pojem role jako komplex chování, který souvisí s určitou pozicí nebo dělbou činností. Ve formální skupině se člen setkává s poměrně zřetelným „popisem“ chování spojeným s určitou pozicí (např. vedoucího, učitele). Jiná je situace ve skupině, která se spontánně utváří na základě sympatie mezi několika lidmi. V neformálních skupinách je dosažená pozice závislá na tom, jak se v situacích důležitých pro skupinu daný člověk chová.

Tradiční model rozdělení rolí v manželství je takový, že žena pečuje o domácnost a děti a muž je orientován na zaměstnání.

Murphy (2001) uvádí, že získané postižení jednoho z partnerů nejprve zcela vykolejí obvyklé role, autority a vzájemnosti. Ve vnitřní ekonomice rodiny handicapovaný muž často přichází o svou ústřední funkci hlavního živitele. Zůstane

doma, začne pobírat invalidní důchod a hlavní živitelkou rodiny se stane žena. Postižení omezuje v mnoha směrech i jeho funkce v domácnosti. Už nedělá spoustu mužských prací a dalších věcí, které kdysi definovaly jeho roli manžela a otce. Domov zůstává pevně v rukou ženy. Murphy (2001, s. 171) o sobě tvrdí, že: *„Postižení, závislost a nevyvážená vzájemnost mi vzaly vedoucí roli v rodině a život domácnosti se teď méně soustředí na silné stránky mé osobnosti a více na mé slabiny.“* Úděl postižené ženy je v něčem možná o něco lepší, ale z jistého hlediska naopak horší. Lepší je v tom, že její veřejné postavení tolik nezávisí na zaměstnání a je tedy sociálně přijatelnější, zůstane-li doma. Jak píše Schindlerová (2007), i bez zrakové opory se může žena věnovat lehčí domácí práci a vařit, i když to zabere více času, bude to stát více úsilí, třeba na to bude muset jí nějak jinak a samozřejmě jsou i činnosti, které opravdu bez zraku zvládnout nelze a bude s nimi potřebovat pomoci od vidícího partnera. Ale její úloha láskyplné rádkyně dětí a citového středu rodiny nejspíše nebude nijak významně narušena. Pozice ženy má ovšem i jisté nevýhody. Ženy se v dnešní společnosti musí daleko více podřizovat standardům krásy, a jak píše Vágnerová (2004), zraková vada může být spojena s nápadnostmi očí, resp. deformaci bulbů. Oči jsou významnou součástí tělového schématu a jejich případné estetické vady znehodnocují vnímání takto postižených žen ostatními lidmi více, než muže. A další nevýhodou je to, že starost o domácnost a péče o závislého člena rodiny je tradičně povinností manželky a ne manžela. Ženy jsou na tuto roli připravovány, kdežto muži ne. Z tohoto rozdělení rolí vyplývá podstatný fakt, že postižený muž může obecně očekávat od své ženy starostlivější péči, než by mohla dostat ona od něj, kdyby se jejich role vyměnily. (Murphy, 2001)

Role pečujícího partnera je nepochybně velmi náročná, a nelze se tedy divit, že mnoho z nich vnímá svou situaci jako stresovou, cítí, že jim samotným není poskytován dostatek podpory, jejich vlastní potřeby nejsou uspokojovány a leží na nich příliš velká zodpovědnost.

Wiener a Rucká (2006, s. 87) uvádějí výpověď jejich klientky: *„Když jsem přestávala vidět, měla jsem doslova hrůzu z toho, že se manželovi nebo někomu jinému v mé blízkosti něco stane a já nebudu schopná pomoci. Nevěděla jsem, co sama se sebou, natož jak skutečně prakticky pomáhat. Různé, zcela běžné činnosti v domácnosti jsem přenechávala čím dál více dětem, které už byly dospělé, a manželovi. V rámci rehabilitace jsme potom začali s tzv. odstraňováním „nepřátel“, což znamenalo opět se naučit ovládnout různé spotřebiče a ztratit z* nich

strach. Samozřejmě, že jsem nejdříve cítila hrdost, když se mně cokoli – v podstatě běžného opět podařilo a dělalo mně dobře, když mě chválili. Potom manžel onemocněl a musel na operaci slepého střeva. Najednou jsem si uvědomila, a to nejen já sama, že jsem opět schopná úplně normálně poskytnout běžnou péči a jednoduše potřebnou péči zabezpečit – buď sama, nebo prostě zařídit, aby to či ono bylo zabezpečeno. Pochopitelně jsem se cítila jistější a důležitější, ale stále mně ještě dělalo velice dobře, když někdo ocenil, co všechno sama a „Považte a poslepu!" zvládnu. Když se manžel uzdravil, cítila jsem nejen radost, že je zdravý, ale i hrdost, že jsem mu mohla pomoci. A potom přišla další nemoc. Manžel měl velké bolesti a nebyl zcela pohyblivý. Byl z toho velmi mrzutý a v té chvíli už byla moje péče vyžadována automaticky a „normálně". Na jakékoli chválení a podobné pocity či reakce související s tím, že nevidím, jednoduše nebyl čas ani nálada. Všechno už muselo a naštěstí i mohlo fungovat zcela normálně, jako v jakékoli rodině, kde jeden člen onemocní a ostatní se o něj postarají. Něco uvařit, vyžehlit, přiložit obklad či přinést léky apod., to patří přece k normální a všední péči o nemocného a není už vůbec hodno pozornosti. Důležitější je přemýšlet o tom, co udělat, jak pomoci, čím ulevit…, a to, že na to nevidím, je nepodstatné."

Tento příklad ukazující nevidomou ženu výborně zvládající povinnosti v domácnosti dokazuje tvrzení Soukupa (2002), že v ideálním případě se ztrátou zraku jednoho člena rodiny „nic podstatného" nezmění. Zrakový handicap totiž nemusí znamenat přesunutí veškerých domácích prací a jiných fyzických starostí na vidícího partnera. Také nevidomý člověk je schopen mýt nádobí, utírat a vysávat prach, prát a věšet prádlo, vařit nebo se zabývat drobnými údržbářskými pracemi. Těžce zrakově postižení tak mají již od samého počátku možnost integrace do běžného života, do života, kterého jsou více či méně schopni. A kdo jiný by měl postiženého efektivněji motivovat do seberealizujících aktivit, než jeho nejbližší rodina.

4.2.5 Vliv ztráty zraku na rodinu

Přítomnost postiženého člověka v rodině má výrazný dopad na celou její strukturu. Povaha dopadu závisí na tom, jak byla rodina soudržná v době před postižením, mění se ale také podle pohlaví a věku postiženého člena. Rodiny, kde

jeden člen utrpěl postižení, většinou uvádějí, že nemoc je dovedla k větší solidárnosti, snad proto, že se všichni členové rodiny semkli ve snaze členovi rodiny pomoct.

Rodiny postižených jsou zavaleny pocity viny. Základní vinu, kterou cítí postižený člověk za to, co se mu stalo, zjitřuje vědomí, že je břemenem. Zdraví členové rodiny se zase cítí vinni, že postiženi nejsou, kdežto ten druhý ano.

Dá se předpokládat, že rodinní příslušníci získají v přístupu k postiženému takovou obratnost a zkušenost, že z jejich vztahu k němu zmizí veškerá dvojznačnost, nejistota a rozpačitost. I když se na první pohled zdá, že rodinné vztahy jsou bezproblémovější (méně úzkostné a nejisté) než vztahy k novým známým nebo i k přátelům, problémy se pouze přesunují do jiné roviny. Rodinné vazby jsou emocionálně intenzivnější, obsahově rozrůzněnější a ve svém záběru širší než vazby s vnějším světem. Rodina je jakousi tajnou společností, uzavřeným světem informací a závislostí a lásky, ale i nenávisti, podezíravosti a žárlivosti. Sociální vztahy v jejím obvodu jsou nabité ambivalencí, kterou postižení zpravidla ještě umocňuje, a bolest způsobená v rámci rodiny se pociťuje palčivěji, než kdyby přicházela z venku. Narušení interakce postiženého člověka s členy rodiny není snad tak časté jako při setkání s cizími lidmi, ale je mnohem více pronikavý a ničivý, protože zasahuje sám přístav, do kterého se většina lidí vrací pro podporu, ochranu a lásku. (Murphy, 2001)

Co se týče praktické stránky soužití člověka se zrakovou vadou s ostatními členy rodiny, uvádějí Wiener a Rucká (2006), že jedním z prvních a nejdůležitějších kroků vedoucích k minimalizaci možnosti vzniku zbytečných konfliktů, je schopnost dohodnout se na základních úpravách prostředí, ve kterém žijí. Soukup (2002) píše, že ztrátou zraku se mění nároky na přesné uspořádání sdíleného mikroprostoru, na rozdělování domácích prací a samozřejmě je nutné řešit i problémy vyplývající z každodenního kontaktu se sociálním okolím.

Wiener a Rucká (2006, s. 86)) uvádějí slova jedné jejich klientky: *„Každý ví, že přemisťovat předměty a věci patřící nevidomému se nesmí. Naše domácnost nikdy nepatřila k těm, ve které by kdykoliv cokoliv nalezlo na stejném místě. Když jsem přestala vidět, museli jsme se novému stylu těžce učit všichni. Samozřejmě, že jsem měla tendence obviňovat celou rodinu, že právě tu moji hledanou věc někdo přemístil, a to pochopitelně schválně. Výsledkem byly časté konflikty. Když jsme takhle jednou opět nespravedlivě obviňovala celý svět včetně manžela, že mně*

schválně někam zašantročili mou řasenku a potom jsme ji nalezli vyhozenou v koši na odpadky, kam jsem ji vlastnoručně vyhodila společně se slupkami od hrášků, šokovala mne otázka mého vlastního terapeuta, kterému jsme to vyprávěla: „A omluvila ses?“ Ano, to byl důležitý krok k vytvoření normální rodinné atmosféry.“

I když člověk postižený ztrátou zraku žije dále ve stejném bytě jako doposud a mohlo by se tedy zdát, že vše půjde bez problémů, může mu přesto jeho domácnost připadat jako vyměněná a jeho adaptace může trvat déle, než si všichni mysleli. Zrakově postižený člen rodiny může zakopávat o věci, o kterých do té doby nikdo ani nevěděl, vrážet do věcí, které do té doby nikomu nepřekážely, rozbíjet nerozbitné a zaměňovat různé věci za jiné. Aby orientace, pohyb i pobyt v domácnosti byly pokud možno bezbolestné, měli by se všichni členové rodiny domluvit na jistých pravidlech. Jako první věc je třeba umožnit zrakově postiženému bezpečný pohyb po bytě, což znamená:

- odstranit nebezpečné předměty z nejfrekventovanějších tras v bytě – malé klouzavé koberečky a předložky se zvednutými rohy, v prostoru visící předměty, nízký nábytek v cestě;
- naopak dobře připevněné rohožky a koberečky někdy orientaci v bytě ulehčí;
- ostré rohy nízkého nábytku obrousit nebo na ně dát chrániče;
- nenechávat otevřená dvířka skříněk, zavírat po sobě zásuvky;
- dveře nechávat buď zavřené, nebo zcela otevřené – jen tak napůl mohou být velmi nebezpečné;
- nábytek rozestavit bezpečně podél stěn, vyhnout se zbytečným a nestabilním předmětům, dekoracím, naopak dobře umístěné rádio nebo hlasitě tikající hodiny v orientaci pomáhají;
- do velkých prostor, hal je možné položit běhoun, který poslouží jako vodící linka na cestě z pokoje do pokoje. (Schindlerová, 2007)

Dále je potřeba si uvědomit, že:

- každá nenadálá změna v rozestavení nábytku může zrakově postiženého člověka velmi zmást;

- pracovní plochu potřebuje mít člověk se zrakovým postižením vždy větší a čistší;
- často vykonávané činnosti je potřeba co nejvíce zjednodušit;
- je důležité mít stále snadno dostupné místo na telefon.

Podaří- li se zrakově postiženému sebe i svoji rodinu přesvědčit, že každou věc je potřeba důsledně dávat na své místo, ušetří tím sobě i svým blízkých spoustu nervů. (Schindlerová, 2007)

Soukup (2002) tvrdí, že by se rodina člověka se zrakovou vadou měla kromě úprav v domácnosti snažit přizpůsobit se novým podmínkám v oblasti komunikace. Zde se nemyslí žádný specifický jazyk, vždyť nevidomý pouze nevidí a zrak kompenzuje hlavně sluchem; je ale vhodné si uvědomit několik podstatných drobností – že např. není třeba křičet ani přepečlivě artikulovat a že nevidomý spíše ocení, vyhneme-li se některým spojením, která bez vizuální kontroly postrádají svůj smysl. Podle Wienera a Rucké (2006) je velmi potřebné, aby rodina nevidomého nejenom dostala informace o základních pravidlech komunikace se zrakově postiženým a průvodcovství, ale hlavně aby dokázala tato pravidla používat automaticky, aniž by to zatěžovalo je samotné. Důsledkem je pak uvolnění energie na úplně normální komunikaci, příjemný a bezpečný pohyb na veřejnosti a normalizace celkové rodinné atmosféry. O normalizaci rodinné atmosféry se musí starat i samotný handicapovaný člen rodiny. Nesmí se z jeho strany jednat o jakékoliv citové vydírání, zdůrazňování vlastního postižení, vyžadování zvláštních ohledů nebo zacházení.

Každý by měl v rodině zaujmout pozici, na kterou „stačí“, na niž má schopnosti i sílu. To mnohdy znamená přestavbu třeba letitého modelu normálně fungující rodiny (např. oslepl otec – řidič, tudíž se musí naučit řídit manželka, či někdo z dětí; oslepla matka „klasickým způsobem“ pečující o rodinu, což znamená, že o tyto činnosti se musí podělit ostatní členové domácnosti).

Pokud některému členovi rodiny něco vadí, je důležité najít způsoby, jak na to upozornit. U jakékoliv neshody je potřebné si uvědomit, že „handicap není argument“ a jednoduše se hádat jenom „jako lidi“, bez příčinné souvislosti s postižením. Hlavním cílem je co nejvíce „všednosti a normálnosti“. Každý člen rodiny jednoduše může dělat to, na co stačí. Nic víc a nic míň. (Wiener, Rucká, 2006)

Podle Soukupa (2002) je jedna z nejdůležitějších věcí pro další život, aby po ztrátě zraku někoho z rodiny ostatní členové (i sám postižený) hlavně zůstali člověkem, ba co více, měli by své lidství neustále prohlubovat. To předpokládá v první řadě žít tak, aby se nemuseli zpětně za své činy stydět. Je třeba v zájmu postiženého, v zájmu vlastním i v zájmu společně sdíleného života přizpůsobit se dané situaci, což znamená tuto situaci statečně přijmout a přiměřeně na ni reagovat.

4.2.6 Sexualita lidí se získanou zrakovou vadou

Sexuální poměr je nezbytná součást každého partnerského vztahu. V sexualitě jsou zrakově postižení lidí velmi citliví, vnímají sexuálního partnera sluchem (poznají jeho náladu, aniž by viděli doprovodnou mimiku), hmatem (dokáží si vytvořit svůj obraz partnera), chutí (např. při předehře) a čichem (tělesný pach, parfém apod.) Tyto smysly se také zapojují do výběru partnera – rozhoduje sluch (barva a charakter hlasu), přirozený tělesný pach protějšku a hmat.

U jedinců se získaným zrakovým postižením probíhá po ztrátě zraku adaptační proces. V tomto období přichází fáze deprese, která je spojena se ztrátou sexuální chuti. Pokud byl člověk se zrakovou vadou v době před postižením sociosexuálně zadaptovaný, po čase potřebném ke smíření se s handicapem znovu obnovuje svůj sexuální život. Sexuální dysfunkce se objevují v závislosti na onemocnění, které ke ztrátě zraku vedlo – nejčastěji se dysfunkce objevuje u diabetiků následkem diabetické retinopatie. (Šrámková, 2013)

Shrnutí

Pro osoby se zrakovým postižením mají partnerské vztahy klíčový význam, je to pro ně důkaz rovnocennosti a potvrzení jejich vlastní hodnoty. Pokud již vytvořené partnerství zasáhne ztráta zraku, dojde k určité změně vztahu a fungování partnerství. Jak se s touto změnou partneři vyrovnají, závisí na kvalitě vztahu před vzniklým postižením, také na tom, jak oba nově vzniklé postižení akceptují, na celkové odolnosti osobností, na ochotě hledat kompromisy a v neposlední řadě na ochotě druhému nezištně pomoci.

Tato kapitola popisovala situaci ve vztahu po ztrátě zraku jednoho z partnerů. Nejprve bylo popsáno partnerství a láska a jejich důležitost pro každého člověka. Dále se již diplomová práce zaměřila na vliv získané zrakové vady na partnerský vztah. Nejprve byly popsány důsledky závislosti postiženého partnera na zdravém, dále nahlížení zdravého člověka na jeho partnera s postižením, poté byl popsán možný osud partnerství po ztrátě zraku a přerozdělení rolí v domácnosti a nakonec se práce věnovala vlivu zrakové vady na celou rodinu a sexualitě zrakově postižených.

5 Praktická část

5.1 Výzkumný cíl

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je zhodnotit vliv získané zrakové vady na partnerský život z pohledu zdravého partnera, u tří manželských párů. V odborné literatuře není lehké najít zmínku o tomto tématu, a proto se tato práce bude snažit pomocí vypracování kazuistik nastínit, jakým způsobem mění ztráta zraku některé oblasti partnerského života.

Dílčí cíle:

1. Shromáždit informace o partnerském životě člověka se získanou zrakovou vadou a změně vztahu před a po ztrátě zraku.

2. Popsat vliv zrakové vady na jednotlivé oblasti partnerského života z pohledu vidícího partnera.

5.2 Metody sběru a zpracování dat

Z důvodu malého počtu respondentů byla pro účely výzkumu zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Kvalitativní výzkum uvádí zjištění ve slovní, čili nečíselné, podobě. Hlavní cíl je porozumět člověku, tedy hlavně chápat jeho vlastní hlediska - jak on vidí věci a hodnotí jednání. Cílem není široké zevšeobecnění údajů, ale hluboké proniknutí do konkrétního případu a objevení nových souvislostí. (Gavora, 2000)

Vzhledem k faktu, že téma práce je velmi důvěrné a osobní, zvolila jsem jako výzkumnou metodu nestrukturovaný (volný) rozhovor. Jak píší Albert a Zeľova (2002), v nestrukturovaném rozhovoru závisí obsah, přesné znění a pořadí otázek na rozhodnutí dotazujícího se. Takový rozhovor je pružný, otevřený, přizpůsobuje se průběhu komunikace a respondentovi. Umožňuje detailnější a hlubší poznání jednotlivce, resp. specifické situace. Otázky je možné aktuálně nasměrovat na problémy a oblasti, které se v průběhu rozhovoru ukážou jako klíčové, resp. citlivé. Takový rozhovor přináší nové, často nepředpokládané informace.

Předem byly dané pouze dvě otázky – první a poslední otázka v rozhovoru. Všechny rozhovory začínaly otázkou: *„Pamatujete si dobu, kdy Váš partner ztratil*

zrak a situaci, která nastala potom?“ a končily otázkou: *„Jak si představujete Vaši společnou budoucnost?“*. Ostatní otázky byly kladeny podle toho, jak se rozhovor vyvíjel.

Dva rozhovory byly uskutečněny při osobním setkání, kdy byly po předchozím informovaném souhlasu respondentů nahrávány na diktafon a následně byly přepsány do počítače. S jedním respondentem jsem prováděla rozhovor přes program určený pro dorozumívání přes počítač (Skype), ten byl opět po souhlasu nahráván na diktafon a poté přepsán do počítače. Také jsem měla možnost nahlédnout do lékařských zpráv zrakově postižených partnerů respondentů. Tímto způsobem probíhalo výzkumné šetření v průběhu května až srpna.

Nahrané rozhovory byly po přepsání do počítače vytisknuty a poté analyzovány. Zvolila jsem metodu otevřeného kódování. Strauss (1999, s. 43) uvádí, že *„…je to část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.“* Dále tvrdí, že během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány a porovnány, čímž jsou zjištěny podobnosti a rozdíly, a jsou také kladeny otázky o jevech údaji reprezentovaných. Během tohoto procesu jsou zvažovány a zkoumány vlastní i cizí domněnky o jevu, což vede k novým objevům.

Základními jednotkami analýzy jsou v této metodě pojmy, což jsou označení přidělená jednotlivým událostem, případům a jiným výskytům jevu. Prvním krokem analýzy je konceptualizace a rozebrání údajů získaných z rozhovoru. Tím se myslí rozbor pozorování, věty nebo odstavce a přidělení jména – něčeho, co bude reprezentovat tento jev. Postupně se porovnává případ s případem, takže podobným jevům mohou být přidělena stejná jména. Jakmile jsou v údajích identifikovány určité jevy, mohou být pojmy seskupovány kolem nich. Proces seskupování pojmů, které se zdají příslušet stejnému jevu, se nazývá kategorizace. Tím vznikají jednotlivé kategorie. (Strauss, 1999)

Metodou otevřeného kódování bylo na základě identifikace prvků shodných ve všech třech případech, získáno deset kategorií, které se následně staly základní strukturou při sestavování jednotlivých příběhů. Jedná se o tyto kategorie: rodinná situace partnerů, lékařská anamnéza partnera s vadou zraku, společenský život, záliby a zájmy, přerozdělení rolí v domácnosti, péče o děti, změna finančního zajištění rodiny, změna nahlížení na partnera, akceptace partnerova postižení, představa společné budoucnosti.

5.3 Výzkumný soubor

Výběr účastníků výzkumu probíhal tím způsobem, že mi nejprve pomohly pracovnice Tyfloservisu v Hradci Králové sehnat kontakt na jednoho respondenta, dalšího jsem sehnala díky své známé, a od tohoto respondenta jsem dostala kontakt na třetího účastníka. Kontaktů na partnery zrakově postižených lidí jsem sice dostala více, ale většina z nich nebyla ochotna mluvit o tak citlivé věci, jakou téma této diplomové práce je. Nakonec tedy zbyli pouze tři respondenti ochotní uskutečnit rozhovor.

5.3.1 Kritéria výběru respondentů

Pro své výzkumné šetření byly zvoleny pouze dvě kritéria na řádné respondenty. V první řadě respondent musí být partnerem jedince se získanou zrakovou vadou, kterou získal až v průběhu tohoto partnerského vztahu. A druhým kritériem je, aby partnerem respondenta byla osoba s praktickou nebo úplnou nevidomostí. U osob s takovýmto stupněm zrakového postižení je totiž změna životních podmínek mnohem výraznější.

Účastníky výzkumu, kteří splňovali kritéria, se staly tři osoby, z toho dvě ženy a jeden muž. Věkové rozmezí respondentů je 50 – 55 let.

5.4 Interpretace získaných dat

Jak již bylo řečeno výše, údaje získané z jednotlivých rozhovorů byly analyzovány metodou otevřeného kódování, dále zpracovány a zde jsou předkládány ve formě jednotlivých příběhů.

5.4.1 Příběh 1

Jméno: Jiřina

Věk: 50 let

Zaměstnání: osobní asistent ve speciální škole

Rodinná situace: paní Jiřina žije se svým nevidomým manželem Petrem (51 let) sama v bytě, děti nemají.

Lékařská anamnéza Petra: před 14 lety trpěl silným zánětem v pravém oku, následovala operace šedého zákalu a během dvou let se z nejasných příčin odchlípla sítnice a zcela přestal na toto oko vidět. Po deseti letech se situace opakovala ve druhém oku a bylo zjištěno, že za to může herpes virus a porucha imunity. Virus napadl sítnici, která je zcela zdegenerovaná a částečně odumřela. Také podstoupil dvě operace a byla mu vyndána čočka, protože se mu utrhlo její pouzdro. Má tedy jedno oko afakické. Už čtyři roky tedy manžel paní Jiřiny trpí praktickou slepotou bez naděje na zlepšení zraku.

Vliv ztráty zraku manžela paní Jiřiny na oblasti partnerského vztahu:

Společenský život – paní Jiřina vidí velmi velký rozdíl v tom, co bylo před ztrátou zraku manžela a co je nyní. Manželům sice zůstala většina přátel, takže je považuje za dobré přátele, ale společenský život podle jejích slov *„šel úplně do kopru“*. Museli si přivykat na nové situace, a kdyby to měla vyjádřit procentuálně, tak zůstali na dvaceti procentech toho, jak žili předtím. Už se to sice prý zlepšuje, ale stejně je to nesrovnatelné. Paní Jiřina si myslí, že je to hrozné omezení tím, že má manžel postižené právě oči. Sociální dopad takového postižení je prý hrozný. Manžel ztratil se zaměstnáním i všechny přátele z práce a společenský život teď vlastně manželé žádný nemají a učí se žít víceméně sami pro sebe, ale jde to jen těžko. Sami si říkají, že spousta lidí tak žije - že žijí jeden pro druhého, jsou často doma, dívají se na televizi, mají své koníčky - tak to se oni teprve učí, protože doma předtím prakticky nebyli. Často chodili do divadla, s přáteli na bowling, jezdili na výlety, chodili na koncerty a hodně cestovali. To po ztrátě zraku všechno skončilo. Nyní žijí hlavně doma a hledají v tom nějaké potěšení. Kvůli faktu, že manželé nemají děti, byli před Petrovým oslepnutím *„víceméně svobodní“,* mohli jet kamkoliv a nic pro ně nebyl problém. Nebyli zvyklí být nějací peciválové a tak se to teď učí.

Díky tomu že paní Jiřina pracuje ve speciální škole, tak po manželově ztrátě zraku už věděla o některých možnostech a zároveň měli ve škole tyflopedku, která jim poradila, aby se ihned obrátili na Tyflocentrum, odkud hned druhý den přijela do nemocnice za manželem paní asistentka, která byla sama nevidomá a povídala si s ním, což mu prý velmi pomohlo. Paní Jiřině pak pracovníci Tyflocentra poradili věci, na které mají nárok, co mají dělat, jak mají postupovat a hlavně to nenechávat na pozdější dobu. Doporučili jim také obrátit se hned na Tyfloservis, ale paní Jiřina si myslí, že z počátku si nejvíce pomohli sami.

Petr je také členem SONSu. Nedávno tam například absolvoval kurz internetového bankovnictví. Problém vidí paní Jiřina jen v tom, že podobné akce mívá organizace většinou dopoledne, kdy ona chodí do práce. A jelikož tam manžel nechce jet s jiným asistentem, tak se většinou neúčastní. Dále ještě manželé spolupracují s jedním vzdálenějším Tyflocentrem, s kterým byli na jarním pobytu pro zrakově postižené osoby, a tak moc se jim tam líbilo, že plánují jet určitě znovu. S postiženými tam jezdí i jejich rodiny a kromě různých aktivit spatřuje paní Jiřina přínos pro oba dva v tom, že se tam manžel setká se stejně postiženými lidmi, může si s nimi popovídat o věcech, kterým nejvíce rozumí právě oni, a paní Jiřina si zase může popovídat s lidmi, kteří také mají nevidomého člena rodiny a mohou si předávat rady a zkušenosti. Na druhou stranu ví paní Jiřina, že asi není dobré se začleňovat úplně jen do této skupiny - zrakově postižených - že je lepší být v kontaktu i s vidícími lidmi, aby měl člověk kontakt s těmi obyčejnými věcmi nezatíženými zdravotním stavem. Pak vidí ty obyčejné věci, jako že mu v zaměstnání vadí nadřízený apod., zkrátka takové ty věci, které dříve řešili také. A ne to, že někdo vidí tohle a druhý tohle, a někdo dostal ten příspěvek a druhý ho nedostal atd.

Záliby a zájmy – před ztrátou zraku měli manželé jednu velkou společnou zálibu, a tou bylo renovování chalupy, *„takže to byla práce, práce, práce, těšili jsme se na to, bavilo nás to“*. Oba mají také rádi přírodu, měli psa, a to bylo to, co je drželo pohromadě, všechny víkendy trávili na chalupě, ale od doby, kdy se manžel stal nevidomým, tam byli jen třikrát, protože Petr nemůže dělat rukama už nic tak, jak byl zvyklý. Od té doby nemají Jiřina a Petr skoro žádné společné koníčky. Zbylo jim pouze houbaření, které si užívá spíše Jiřina. Dovede Petra do lesa, posadí ho někde na pařez a pak chodí okolo a hledá houby a u toho si povídají. Je to jiné než dřív, ale také to jde. Petr prý říká, že žije z toho, jak viděl předtím, že si tyhle všechny věci pamatuje. Také mají vodícího psa, kterého oba milují, ale je to něco úplně jiného, než kdyby měli obyčejného psa, protože musí dodržovat určitá pravidla. Petr měl dříve rád paragliding a také hodně fotil, což už teď také nejde. Začal hrát bowling pro ZP, což ho velmi baví a Jiřina ho doprovází. Musí mu dělat asistenci. Jiřinu to sice vůbec nebaví, ale těší ji, že Petr něco dělá a že na něm vidí, jakou z toho má radost, že to může hrát. Její úloha při bowlingu spočívá v tom, že Petrovi radí techniku, jestli stojí správně, jestli drží kouli správně a říká mu, kde byla chyba, když koulí hodí. Také mu hlásí, kam ta koule spadla a kolik shodil kuželek a jaké tam

zbyly. Petr hraje v Českém svazu sportovců s postižením. Hraje teprve druhý rok, ale prý tím vyloženě žije, tak se Jiřina snaží, aby mohli jezdit jednou týdně na trénink a jednou za dva měsíce na turnaj. Občas také jezdí manželé na společné výlety, naplánují si cestu, ale většinou se to týká právě bowlingu. Když totiž jedou na turnaj, najdou nějaké ubytování a přespí v tom městě. Ale vzhledem k tomu, že to ještě není tak dlouhá doba, co manžel nevidí, tak té situaci ještě stále nepřivykli. Stále se všechno učí a není to s cestováním a změnou prostředí lehké, protože manžel bývá dost nervózní kvůli tomu, že se neorientuje.

Kvůli tomu, že všichni okolo říkali paní Jiřině, že se přeci nemůže stále jen starat o manžela, ať si najde také nějaký koníček pro sebe, tak se přihlásila na hodiny keramiky. Byla tam však jen několikrát, protože ve škole neustále něco vyrábí s dětmi a tak ji to už pak nebaví. A také kvůli tomu, že tam chodí hlavně maminky na mateřské dovolené, a ty tam *„tlachají furt dokola, jak je život nespravedlivý, jak jsou chlapi líní, jak děti zlobí, a to už mě taky moc nebaví poslouchat“*. Navíc potom dostala maminka paní Jiřiny mrtvici, a tak obrátila síly k tomu, jí pomoci a na koníčky nezbyl čas. Ale zato má Jiřina spoustu přátel a výborné kolegyně ze školy, takže dělají nejen rodinné srazy, ale hodně se manželé setkávají i s těmi známými, kteří za nimi jezdí na návštěvu, a to považuje Jiřina za její velkou zálibu. A hlavně ji baví ty srazy s přáteli domlouvat, napsat lidem, domluvit termín atd. A ani ji potom nevadí, když nemá čas si s těmi lidmi popovídat, ale těší ji to, že se ti lidé sejdou. A z toho prý čerpá energii. Nebo i na bowlingových turnajích Jiřinu baví hlavně to, že se tam setká se známými lidi a povídají o tom, co se za ty dva měsíce událo nového. Tím paní Jiřina žije.

Kromě toho asi neměla dřív Jiřina žádné jiné koníčky. Vyhovuje jí totiž, že ve škole si s dětmi zacvičí, zazpívá, zajde do divadla, na výstavy, jezdí na výlety atd. a to jí úplně stačí. A dokonce toho má někdy i dost a těší se už na klid a na manžela, že spolu budou třeba jen mlčet.

Přerozdělení rolí v domácnosti- *„Chlap je chlap a ženská je ženská. Takže když je to zrakové postižení u ženské, tak je to asi jiné. U chlapa to je tak, že nedělá nic.“* Pan Petr se nikdy moc v domácnosti neangažoval a tím, že manželé nemají děti, tak to bylo dřív jasně dané tak, že Petr dělal ty mužské práce a Jiřina ty ženské. Dnes je to tak, že Petr instruuje Jiřinu, jak má vyměnit žárovku, jak má vyměnit těsnění, opravit vypínač, nutí ji opravit i elektriku a dokonce už Jiřina jednou vrtala ale je to

pro ni hrozné, protože všechny tyto věci dřív dělal manžel. Petr se ale např. stará o vodícího psa. Dá mu najíst, jde s ním čtyřikrát denně ven. Snaží se třeba i luxovat.

S nadsázkou paní Jiřina říká, že si její manžel myslí, že čisté ponožky se rodí ve skříni. Někdy se Petr snaží pomoci Jiřině v kuchyni, třeba loupat brambory, *„ale když loupe, loupe, loupe a pak vám z toho skoro nic nezbude, tak to vyžaduje trpělivost ze všech stran.“* Kdyby to Jiřina udělala sama, tak by to měla hotové hned, ale takhle musí manželovi nachystat všechno pod ruce, říct mu, co kde je atd. A to jí pak stojí velmi mnoho úsilí, ale přesto se ho snaží do takových prací zapojovat. Jiřina neví, jestli to není trochu pro ostudu, protože zná zrakově postižené lidi, kteří se sami starají o domácnost, vaří, žehlí, perou apod. Ale sama říká, že co není, může být. Ale chce to čas a velkou podporu. Jiřina prý už občas neví, kde čerpat energii a jde jí jen velmi těžko brát všechno pozitivně. Ale věří, že v budoucnu zvládne Petr v domácnosti udělat víc věcí, už jen z toho důvodu, kdyby se s ní něco stalo, tak aby mohl vůbec nějak fungovat. Aby si uměl zapnout pračku, myčku apod. Mikrovlnnou troubu umí akorát zaklapnout - vždy má od manželky nastavený program a čas, takže jen zaklapne dvířka a jídlo se ohřeje. V Tyfloservisu sice učili Petra vařit, označili mu doma sporák kontur pastou, ale od té doby nevařil a vše dělá paní Jiřina.

Nakupovat šel Petr s Jiřinou až po dvou letech a je to pro něj opravdu velký stres – lidi, tlačenice, obchody atd. Ale pomalu už se to učí, chodí spolu brzy ráno, když tam nikdo není. Jiřina tlačí nákupní vozík a Petr se ho drží.

Po ztrátě zraku pana Petra bylo nutné doma vše uzpůsobit, udělat víc prostoru, odstranit všechny zbytečnosti, udělat manželovi své místo, kde má své věci, aby to měl všechno při ruce.

Co se týče dalších mužských prací, jako je starost o auto, tak do doby než ztratil zrak, řídil a všechno okolo auta zařizoval Petr. Jiřina se o to nemusela vůbec starat. Teď má na starosti všechno. Musela se naučit řídit i do velkých měst a na větší dálky, což nebyla předtím zvyklá, protože vždy řídil manžel. Musí jezdit na výměnu pneumatik do servisu, když potřebuje do auta doplnit nějakou kapalinu, dělají to společně s manželem, který jí radí, kam jí má nalít. Když potřebují např. vyměnit baterii, Jiřina navede Petrovi ruce do motoru auta, a ten, jelikož byl celý život zvyklý pracovat rukama, si nahmatá baterku a sám ji zvládne vyndat. Takovouto společnou prací si upevňuje činnosti, které dříve zvládal, ale podle Jiřiny je stejně jen málo věcí, které teď zvládne udělat.

Péče o nemocné členy rodiny teď zůstala zcela na paní Jiřině. V této době mají takových problémů hodně a manžela velmi trápí, že jí s tím nemůže nijak pomoci. S jeho handicapem jsou zkrátka věci, které opravdu zařídit nemůže. Často Jiřině říká, že by to či ono za ní zařídil, že by tam zašel… Dříve to nebyl problém, vždy se o to spolu rozdělili. To teď nejde. Všechno zůstalo na Jiřině.

Změna finančního zajištění rodiny – paní Jiřina si myslí, že k nějaké velké změně v této oblasti u nich nedošlo. Jiřina prý sice dělá špatně placenou práci, ale manžel má, dle jejího názoru, pěkný invalidní důchod a dostává také příspěvek na péči, takže to finančně nijak zvlášť nepocítili. Jen už to teď funguje jinak, manžel byl celý život pokrývač a byl velmi šikovný i na jiné věci, takže když chtěli manželé třeba jet na dovolenou, šel Petr pracovat k někomu na dům a měli peníze navíc. Byl to zkrátka jednodušší. Teď Petr jinou práci nehledá, je smířený s tím, že zůstane doma. Jiřina nemůže jít do jiné práce, protože jí vyhovuje, že má úvazek jen na šest hodin denně, takže chodí domu v jednu hodinu a manžel není doma celý den sám. Předtím pracovala Jiřina v laboratoři ve fabrice, ale dělala na denní a noční směny a volno měla různě, ale zato měla prý třikrát větší výplatu, než teď. Ale jak říká paní Jiřina, peníze také nejsou všechno a je ráda, že může s manželem trávit hodně času.

Změna nahlížení na partnera – paní Jiřina si myslí, že se její pohled na manžela změnil hodně. Jak Jiřina říká: *„můj manžel je totiž normální chlap, který když dostal rýmu tak byl na smrt nemocný. Cokoliv se s ním stalo, tak byl na smrt, opravdu na smrt. Připoutaný na lůžko, když měl 37 teplotu.“* A Jiřinu strašně udivilo, jakou má Petr sílu. Když přišel o zrak, vlastně oslepl ze dne na den a přišel ten prvotní šok, tak se z toho Jiřina málem psychicky zhroutila. Petr pak ležel v nemocnici a tam se najednou s tou situací (a hodně mu pomohla i paní z Tyflocentra) nějak vyrovnal. „*Opravdu klobouk dolů před ním jak je statečný, on je fakt neskutečný bojovník, já jsem si v životě nemyslela, že on to zvládne. Že ještě naopak bude on podporovat mě, protože já jsem byla úplně v koncích, úplně zoufalá. A tak když jsem šla za ním na návštěvu, tak jsem se ho ptala, jestli nepotřebuje psychologa a on mi říkal ´no já nevím, jestli ho nepotřebuješ ty´.“* Celou tu situaci si Petr, podle Jiřiny, prošel se ctí, i když si o něm vždy myslela, že je *„poseroutka“*. Jiřina si ho za to velmi váží. Je šťastná, že s tím Petr tak bojuje, protože si myslela, že zůstane doma ležet a že třeba začne pít, zkrátka že to nezvládne. Tím, že s tím začal žít a nepoddal se tomu, že by brečel, že to či ono nemůže, Jiřinu opravdu hodně překvapil.

Akceptace partnerova postižení – podle Jiřiny je celá situace pro jejího manžela opravdu hodně těžká, ale pro ni snad ještě těžší. Velmi špatně to snáší, strašně moc by mu chtěla nějak pomoct, ale nejde to a pak to na ni tak moc doléhá, že sama Jiřina neví, jestli je to ještě normální, že ji to tolik požírá, a nebo je to už stav, který je vhodný řešit s psychologem. To je pak dobré setkat se s ostatními partnery zrakově postižených lidí a popovídat si s nimi. Jiřina si vzpomíná, že když byla s Petrem na kontrole v nemocnici, tak se tam potkali s párem, kde muž byl také nevidomý. Jeho manželka Jiřině řekla, že si určitě na to postižení zvykne, ale chce to čas, zhruba tak 7-8 roků, ale zvykne si. Že oni s tím žijí už nějakých patnáct let. Tak to na jednu stranu Jiřinu potěšilo, protože viděla, že to není hned a že je to asi normální, že se s tím po čtyřech letech stále nesrovnala. A také si uvědomuje, že jsou na tom lidé ještě hůř. Jiřina s Petrem jsou na to alespoň dva a mohou si vzájemně pomoct, ale jsou i lidé, kteří jsou na to sami a mají to daleko těžší.

Představa společné budoucnosti – Jiřina doufá, že se oba naučí s Petrovým postižením žít a fungovat co nejlépe, že se naučí i přesto žít spokojený život a zestárnou spolu.

Zhodnocení šetření

Paní Jiřina je už od pohledu velmi optimistická a usměvavá žena, která svého muže velice miluje a jeho postižení ji velmi trápí. Během rozhovoru se několikrát rozbrečela a je samozřejmě jasné, že čtyři roky od oslepnutí jejího muže je opravdu krátká doba na to, aby se s takovýmto postižením mohla nějakým způsobem smířit. I přesto je z jejích slov poznat, že se vší silou snaží být svému muži oporou, pomáhat mu, ale ne zas dělat úplně všechno za něj a snaží se ho nasměrovat k tomu, aby byl v co největší míře soběstačný.

Dle mého názoru změnila manželova ztráta zraku jejich partnerský život opravdu dramaticky. Mají se sice stále velmi rádi a rozumí si, ale v podstatě nic nezůstalo tak, jako dříve. Dá se říct, že většinu oblastí partnerského života těchto manželů změnila Petrova ztráta zraku k horšímu. Paní Jiřina je velmi společenská žena a jejich bývalý společenský život ji velmi chybí. Nezbyly jim také skoro žádné koníčky, sice spolu jezdí na bowlingové turnaje a tréninky, ale to baví jen Petra. Chodí také na houby, ale z toho má zase potěšení jen Jiřina. Žádný společný koníček,

od doby, kdy renovovali chalupu, nemají a na Jiřině bylo vidět, že ji to velmi schází. Co se týče prací v domácnosti, snaží se Jiřina zastat jak ženské, tak mužské práce a snaží se do toho zapojovat i manžela, i když to není lehké. Je chvályhodné, že za něj nedělá všechno, přestože by to bylo rychlejší a stálo by ji to méně energie, ale místo toho se ho snaží naučit poslepu dělat i věci, které nedělal, ani když viděl. Kvůli tomu, že Petr a Jiřina nemají děti, nemá jí ani kdo pomoci se všemi všedními starostmi, které manžel nezvládne. A je jasné, že život v takovém partnerském vztahu není vůbec lehký a sama Jiřina říká, že má občas pocit, že se z toho zblázní, ale pak se vždy zvedne a jde dál. Manželovo postižení ovšem nepřineslo jen samá negativa. Díky němu se partneři více sblížili, o mnoho více si ho teď Jiřina váží, a i když se svým mužem velmi soucítí a je jí ho líto, nebere ho jako nějakou podřadnou bytost, právě naopak. Obdivuje ho a Petr je pro ni stále oporou.

5.4.2 Příběh 2

Jméno: Hana

Věk: 55 let

Zaměstnání: obsluha stroje v tiskárně (původně učitelka v mateřské škole a poté také číšnice)

Rodinná situace: Paní Hana žije se svým mužem Jaroslavem v rodinném domě, mají dva syny: Pavla (28 let) a Ondřeje (26 let), kteří s nimi stále ještě sdílí domácnost. Těsně před tím, než Jaroslav oslepl, což se stalo před dvanácti lety, se manželé sice rozvedli (jako důvod rozvodu uvádí paní Hana manželovu závislost na alkoholu a další partnerské problémy), ale jelikož se o Jaroslava neměl kdo postarat a Hana za něj cítila zodpovědnost, zůstala i s dětmi se svým bývalým manželem dál bydlet. Po několika letech se s dětmi od muže odstěhovala, protože si myslela, že již zvládne bydlet sám. Jaroslav ale neměl nikoho jiného, kdo by mu mohl pomáhat, rodiče mu zemřeli a bratr o něj přestal jevit zájem. Když Hana viděla, že celá ta situace a bydlení o samotě je pro Jaroslava velmi nešťastné a nezvládá se o sebe pořádně postarat, tak se po nějaké době opět vrátila bydlet k němu. Jaroslav se po čase zbavil závislosti na alkoholu, k čemuž ho dovedl velmi špatný celkový zdravotní stav (viz lékařská anamnéza). Nedlouho potom se stali s Hanou opět partnery a jsou jimi dodnes, i když jsou stále rozvedení.

Lékařská anamnéza pana Jaroslava: Jaroslav trpí už od mládí cukrovkou a s ní spojenou diabetickou retinopatií. Před dvanácti lety se jeho zrak náhle zhoršil a ztrátu zraku velmi urychlila právě jeho závislost na alkoholu. Jaroslav šel k lékaři až po dlouhé době od okamžiku, kdy zjistil, že špatně vidí, a proto už nebylo možné jeho zrak zachránit. Teď už vidí pouze obrysy, ale jenom někdy – v určitém úhlu. Na jedno oko nevidí vůbec nic. Jaroslav musel dříve pravidelně docházet na dialýzu a následně mu byla transplantována ledvina a nyní bere imunosupresiva, která potlačují imunitní systém, a proto se bojí chodit ven a do společnosti, aby se nenakazil nějakou nemocí.

Vliv ztráty zraku manžela paní Hany na různé oblasti partnerského vztahu:

Společenský život – oba manželé byli v době ztráty zraku Jaroslava zaměstnaní v restauraci jako číšníci. Byli velmi společenští, stále byli mezi lidmi. Jaroslav poté zůstal doma a Hana nedlouho po něm také s prací v restauraci skončila a většinu svých přátel z této oblasti tím ztratili. Jaroslavovi zůstalo jen pár známých, dnes se

stýká jen s jedním kamarádem, který je také nevidomý. Kvůli tomu, že se pan Jaroslav bojí chodit do společnosti, z důvodu užívání imunosupresiv, nemají nyní partneři žádný společenský život. Paní Hana sice tvrdí, že má hodně známých a kamarádů, se kterými by mohla trávit čas, a i když jí partner často přemlouvá, aby šla do společnosti sama, tak je jí líto nechat ho doma, a proto také skoro nikam nechodí. Jejich společenský život se tedy scvrknul do návštěv známých u nich doma. Paní Haně bývalý společný společenský život velmi schází a přála by si, aby opět mohli oba chodit posedět s přáteli, do divadla nebo do kina. Dříve také partneři hodně tančili a často chodili na plesy, to paní Haně také velmi schází. Jaroslav je v tomto ohledu velmi ohleduplný a chce, aby Hana chodila tančit s přáteli, dokonce jí dříve sehnal tanečníka, ale Haně to připadalo hloupé, chodit tančit s někým jiným, a tak tráví večery s Jaroslavem u televize.

Od chvíle, kdy Jaroslav oslepl, už doba hodně pokročila a on žije stále tou dobou, kdy ještě viděl. Pouští si jen staré filmy, protože ty si ještě pamatuje, podle Hany má zastaralé názory a neumí se bavit o ničem jiném, než právě o dřívější době. Paní Hanu to na jednu stranu velmi rozčiluje, protože by si s ním chtěla popovídat i o současných tématech, ale zároveň se to snaží nedávat najevo a chápe to. Nejvíce prý Hanu rozčiluje, když k nim přijdou na návštěvu známí a ona je šťastná, že si může s někým normálně popovídat, ale Jaroslav vstoupí do hovoru opět s nějakým tématem z minulosti.

Jaroslav už jako nevidomý pracoval několik let v Pobytovém rehabilitačním rekvalifikačním středisku pro nevidomé Dědina, o.p.s. (dále jen Dědina), kde se naučil plést košíky a Hana tam za ním jezdila a vyzvedávala ho a vždy si tam ještě popovídali s dalšími zrakově postiženými lidmi a jejich rodinami, a to měli oba partneři moc rádi a těšili se na to. Potom se Jaroslav díky doprovodu z Dědiny naučil trasu z domu jezdit autobusem sám s bílou holí a takto tam jezdil každý den. Ale Haně to povídání s ostatními chybělo, a tak několikrát týdně za Jaroslavem do Dědiny jezdila. Po zhoršení jeho zdravotního stavu a zahájení dialýzy musel Jaroslav s touto prací skončit a už se stýká jen s jedním kamarádem z Dědiny, a to jen velmi sporadicky.

Když už vyrazí partneři ven na procházku, tak paní Haně velmi vadí lidé kolem, protože jí připadá, že na jejího muže všichni zvláštně koukají a prohlížejí si ho. Je jí jasné, že Jaroslavovi je to úplně jedno, protože to nevidí, a Hana mu to ani neříká, ale mrzí ji to za něj.

Záliby a zájmy – Hana a Jaroslav byli po svatbě dlouho bezdětní a tak si užívali volné chvíle tím, že spolu často chodili po Praze, do kina a oba milovali divadlo a operu. Také hodně jezdili po památkách české země a často cestovali i do zahraničí. Když se jim narodily děti, tak museli jejich záliby trochu omezit, ale stále je udržovali a s dětmi podnikali spoustu věcí. Těsně před oslepnutím pana Jaroslava začali partneři přestavovat dům a velkou zálibou obou byla péče o zahradu. Pro oba byla také koníčkem jejich práce. Když ale Jaroslav přišel o zrak, přišli tím manželé o většinu jejich zálib a zájmů. Přestali spolu chodit do divadla i do kina, tančit, přestali cestovat a o zahradu se stará už jen Hana. Kromě zahrady Haně nezbyly žádné záliby, protože všechno dělali manželé spolu, a teď si Hana myslí, že by bylo Jaroslavovi líto, kdyby se věnovala starým zálibám sama. I když ten by si přál, aby alespoň ona mohla své koníčky pěstovat. Paní Hana má alespoň takovou tradici, že každý rok v létě jezdí s kamarádkou na dva týdny k moři a tam si vždy odpočine od každodenních starostí a dobije energii. Jaroslavovým velkým koníčkem byla jeho práce v Dědině, která ho naplňovala a velmi bavila, ale od té doby, co se mu zhoršil zdravotní stav, už tam nepracuje a tráví čas převážně ležením a posloucháním rádia.

Přerozdělení rolí v domácnosti – podle paní Hany se nikdy její manžel nijak moc neangažoval v pracích kolem domu a i práce v domácnosti nechával spíše na ženě. I když prý občas pomáhal uklízet, ale to jen velmi málo. Dnes zvládá jenom vyndat nádobí z myčky, ale jinak za něj dělá všechno Hana. Ta také říká, že cokoliv upadne Jaroslavovi na zem, tak to tam nechá ležet a to ji hrozně rozčiluje. Haně je Jaroslava tolik líto, že mu sama říká, ať nic nedělá a všechno raději dělá za něj. Vidí totiž, jakou námahu mu dělá i ukrojit a namazat si chleba, a *„ i když mě třeba bolí hlava, tak mu to jídlo prostě jdu udělat, protože ten pud takového toho ´já ti to udělám, protože to musí být hrozné´ je u mě hrozně silný.“* Uvědomuje si, že to nedělá úplně dobře, protože se Jaroslav stává ještě více závislý na její péči a má i strach, co by dělal, kdyby musela někam na delší dobu odjet a Jaroslav by zůstal doma úplně sám. Zatím bydlí oba synové doma, a tak se u otce střídají, aby nikdy nebyl delší dobu sám doma. Paní Hana ví, že existují nevidomí lidé, kteří jsou úplně samostatní, a dokáží se sami postarat o domácnost, ale myslí si, že toho nikdy Jaroslav nedosáhne, už jen kvůli tomu, že se o to sám ani nechce pokusit a Hana ho do toho nutit nebude, protože ví, jak moc je to pro něj těžké. Hana se tedy v domácnosti stará úplně o všechno. Každé ráno vstane, obstará psa, kterého rodina má, dále udělá

Jaroslavovi snídani, připraví mu do mikrovlnné trouby oběd, který si už pak jen ohřeje, a jde do práce. Večer přijde, udělá rodině večeři, uklidí a obstará všechno, co manžel potřebuje. Jaroslav nemusí dělat vůbec nic. Hana říká, že žije mužův život. Často prý má pocit, že se zblázní, že už nemůže dál a říká si, jestli neměla raději poslechnout svoji matku, která jí radila, aby Jaroslava dala do ústavu, když byli rozvedeni a nežili spolu jako partneři. Hana ale říká, že by to nikdy neudělala, protože to jednou byl její manžel, má s ním děti, a tak by za něj cítila zodpovědnost, i kdyby se opět nestali partnery.

Paní Hana má štěstí, že mužské práce okolo domu a auta převzali za Jaroslava jejich synové, protože by si s tím prý nevěděla vůbec rady a dům by chátral a auto by museli prodat, protože Hana neřídí. Jejich synové jí jsou velkou pomocí a posilou a také psychickou podporou. Vůbec neví, jak by celou tuto situaci bez nich zvládla.

Péče o děti – Když Jaroslav oslepl, bylo jejich synům 16 a 14 let, takže už nepotřebovali žádnou velkou péči. I přes závislost na alkoholu se Jaroslav před ztrátou zraku synům velmi věnoval. Hana tvrdí, že se její muž snažil, aby jeho alkoholismus neměl na děti žádný negativní dopad. Když pak Jaroslav oslepl, přestal se o syny jakkoliv starat. Hana s nimi sice chtěla alespoň trávit víkendy aktivně, jenže zjistila, že nemůže odjet se syny ani na jeden celý den, protože měla strach, jak to doma Jaroslav zvládá, a bylo jí líto, že nemůže jet s nimi. Synové už však byli skoro dospělí, a tak si začali volný čas organizovat sami. Role se obrátili a synové se začali starat o otce. Jednou Jaroslav řekl Haně, že ho velmi trápí to, že si vůbec nedokáže představit, jak teď jeho synové vypadají, jak se za těch dvanáct let změnili.

Změna finančního zajištění rodiny – V době ztráty zraku Jaroslava pracovali oba manželé v restauraci jako číšníci a prý to bylo dobré živobytí. Jaroslav pak dostal invalidní důchod (prý poměrně vysoký) a při tom ještě jezdil pracovat do Dědiny, za což také dostával nějaké peníze. Hana začala po nějaké době pracovat jako učitelka v mateřské škole a k tomu ještě manželé dostávali nějaké další dávky. Jaroslav pak musel ze zdravotních důvodů v Dědině přestat pracovat a Hana začala pracovat v tiskárně. Prý je nyní jejich finanční situace sice horší než před oslepnutím, ale nestěžují si. Jejich synové, kteří s nimi bydlí v jednom domě, jim přispívají na domácnost, a tak rodina nepociťuje nějaké finanční strádání.

Změna nahlížení na partnera – Paní Hana má pocit, že dříve byl pro ni Jaroslav více „mužem". Byl pro ni oporou a ochráncem, měla u něj pocit bezpečí. Tím, že je teď Jaroslav odkázaný na její péči, vypěstovala si Hana pocit, že je její muž spíše příjemcem její péče, než rovnocenným partnerem. Má ho stále velmi ráda, ale její nahlížení na Jaroslava se prý poměrně dost změnilo. Před ztrátou zraku Jaroslava byli sice rozvedení a Hana si hledala jiné bydlení, ale po oslepnutí s Jaroslavem velmi soucítila a to prý byl jeden z důvodů, proč se po nějaké době opět *„dala s Járou dohromady"*. Hana začala mít Jaroslava opět velmi ráda, ale uvědomuje si, že v jejich vztahu hraje její lítost velkou roli. Haně je tolik líto, co jejího muže postihlo, že cítí pocit viny za to, že ona je zdravá a vidí.

Akceptace partnerova postižení – Paní Hana má pocit, že ani po dvanácti letech se s manželovým postižením nevyrovnala. Přizpůsobila mu sice svůj život, ale vnitřně se s tím nesmířila a stále ji to velice trápí. Jaroslav to sice nedává najevo, ale ona ví, že je to pro něj stále velmi těžké s takovým postižením žít. Tak moc se o něj bojí, že ani nechce, aby sám něco dělal, ale uvědomuje si, že možná, kdyby ho nechala dělat více věcí a zapojili by se do nějaké organizace, tak by to mohlo oběma velmi prospět. Hanu mrzí, že už Jaroslav nepracuje v Dědině, protože tam si mohla alespoň popovídat s dalšími rodinami zrakově postižených a to jí pomáhalo se s postižením vyrovnat. Od té doby, co tam Jaroslav přestal pracovat, se kontakty s ostatními přerušily.

Představa společné budoucnosti – Paní Hana doufá, že se zdravotní stav jejího muže zlepší natolik, aby mohli alespoň chodit do společnosti a ven, a začít si opět užívat života. Doufá, že už si svou dávku smůly vybrali a teď už je v budoucnu čekají jen samé hezké věci. Hana už by si moc přála mít vnoučata a ví, že by děti jejich život velmi pozitivně ovlivnily a vytrhly by je z každodenního stereotypu, který oba partnery ubíjí. Hana doufá, že v poklidu s Jaroslavem zestárne, i když se už za něj nehodlá podruhé provdat, protože jí to přijde zbytečné.

Zhodnocení šetření

Paní Hana se jeví jako psychicky velmi silná žena s velkým srdcem. Domnívám se, že málokterá žena by zůstala po rozvodu s mužem kvůli tomu, aby se o něj mohla v nemoci starat, když to nikdo jiný za ni udělat nemůže. Dá se říct, že

Hana svému bývalému muži obětovala svůj dosavadní život, vzdala se kvůli němu vlastně všeho, veškerého společenského života i většiny zálib, protože se na něj neustále ohlíží a bojí se, aby mu nebylo líto, že může dělat to, co on nemůže. Bylo by to pochopitelné, kdyby spolu byli Hana s Jaroslavem v době oslepnutí manželé, ale za situace, kdy byli rozvedeni, a Hana se chystala odejít, je obdivuhodné, že s ním zůstala a co všechno pro něj udělala a stále dělá.

Hana toho dělá pro svého muže opravdu mnoho. Možná více, než by bylo zdrávo – jak pro ni, tak i pro Jaroslava. Tím, že se mu o všechno stará, nenechá ho ani obstarat si základní věci, ho podporuje v jeho nesoběstačnosti a je to jeden z důvodů, proč je Jaroslav víceméně pasivní a proč po celých dvanácti letech nezvládá sebeobsluhu a základní úkony v domácnosti. Zároveň celé toto fungování partnerů Hanu velmi vyčerpává psychicky i fyzicky. Naštěstí jí alespoň s některými věcmi pomáhají synové.

Celou situaci partnerů výrazně ovlivňuje Jaroslavovo onemocnění ledvin. Jinak by určitě žili aktivněji, věnovali by se alespoň některým svým koníčkům, mohli by chodit do společnosti a podnikat spoustu jiných věcí, což by oběma velmi prospělo, protože byli až do doby Jaroslavova oslepnutí zvyklí být neustále mezi lidmi a teď jim to opravdu schází.

Je sice pravda, že zrakové postižení pana Jaroslava ovlivnilo život obou partnerů velice negativně, ale na druhou stranu je také dost pravděpodobné, že kdyby pan Jaroslav nepřišel o zrak, tak by se svojí ženou dnes nebyl, protože by se po rozvodu odstěhovala a prý by se už nejspíš k němu nikdy nevrátila. Takže jestli bylo oslepnutí Jaroslava alespoň pro něco dobré, tak pro to, aby si udržel svoji ženu, o kterou velmi bojoval i v době rozvodu. Paní Hana je dnes také spokojená, že je s Jaroslavem opět v partnerském vztahu a nedovede si život bez něj už představit. I když by se dalo polemizovat o tom, jestli ji může vztah, ve kterém je z velké části kvůli lítosti, plně uspokojovat.

5.4.3 Příběh 3

Jméno: Pavel

Věk: 52 let

Zaměstnání: vedoucí zásobování ve firmě na svítidla

Rodinná situace: pan Pavel bydlí v bytě panelového domu se svojí nevidomou ženou Jitkou (50 let) a synem (25 let), který studuje vysokou školu. Petr s Jitkou mají ještě dceru (27 let), která je vdaná a bydlí s manželem v nedalekém městě.

Lékařská anamnéza Jitky: před deseti lety se Jitce stal úraz hlavy pádem z výšky při náročném turistickém výstupu v Alpách. Po tomto pádu se Jitce poškodila zadní část mozku a zrakový nerv a Jitka přestala náhle zcela vidět. Trpí úplnou nevidomostí.

Vliv ztráty zraku manželky pana Pavla na oblasti partnerského vztahu:

Společenský život – manželé byli před Jitčiným úrazem dost společenští. Byli zvyklí jít každý pátek posedět s přáteli do restaurace, setkávali se každý týden s lidmi z farnosti z jejich církve a jezdili s nimi na různé pobyty, sportovní zájezdy apod. Také spolu často navštěvovali koncerty jejich oblíbených kapel nebo vážné hudby. Oba hráli volejbal za stejný tým a s ostatními lidmi z týmu chodili hrát bowling. Jitka a Pavel měli tedy mnoho společných přátel. Ti se ze začátku, když Jitka oslepla, snažili rodině pomáhat, ale Jitka jejich pomoc většinou odmítala, protože se prý za sebe styděla. Pomáhali tedy alespoň Pavlovi se zajištěním všeho potřebného a psychicky ho podporovali, protože celou situaci velmi těžce nesl. Jitka se nějaký čas bála i vyjít ven, měla nepřekonatelný strach z toho, že by se jí mohlo něco stát. A tak trávila veškerý čas doma a ven skoro nevycházela. Velkým strachem o manželku trpěl i Pavel a Jitku podporoval v tom, aby nechodila ven z bytu. Tato situace trvala asi půl roku. Pro oba to tehdy byla psychicky velmi náročná doba.

Zprvu nikdo manželům neřekl o tom, že existují organizace, jako jsou Tyfloservis nebo TyfloCentrum. Dověděla se o tom až jejich dcera z internetu. Co nejdříve začala Jitka využívat jejich služeb a byla s nimi velmi spokojená. V Tyfloservisu ji naučili sebeobsluze, prostorové orientaci, práci na počítači a dalším dovednostem, ale vždy se více těšila na aktivizační služby v TyfloCentru a výlety s lidmi se stejným postižením, protože měla s kým probrat potíže, kterým její rodina, podle jejího názoru, nerozuměla. Postupem času, a díky docházení do těchto organizací, Jitka své postižení akceptovala, přestala se za něj stydět a dnes již nemá

problém jít s manželem a přáteli posedět, všichni si už na její postižení zvykli a berou ji zcela normálně. Manželé už také zase chodí na koncerty. Dříve též chodili často do divadla, ale to už teď nechodí, protože by z toho prý Jitka nic neměla. Pavlovi to však vůbec nevadí, protože tam stejně chodil jen kvůli manželce a jeho samotného to nikdy moc nebavilo. Pavel hodnotí nynější společenský život partnerů jako zcela vyhovující, oba jsou s ním spokojení.

Záliby a zájmy – rodina Jitky a Pavla je velmi sportovně založená. Před oslepnutím Jitky byla největším koníčkem celé rodiny turistika. Procestovali spolu mnoho zemí a vystoupali na spoustu vrcholů. Od té doby, kdy měla Jitka při jednom z náročných výstupů úraz a oslepla, ale všichni členové rodiny na tento sport zanevřeli a začali se věnovat jiným.

Všichni v rodině také byli nadšenými lyžaři a běžkaři, jezdili dálkové trasy na kole, oba partneři hráli závodně volejbal, v létě chodili hrát tenis, jezdili na bruslích atd. Téměř každý víkend trávila rodina nějakým druhem sportu, to byla jejich největší záliba. Oba partneři se shodli na tom, že *„ jsme vlastně ani jiného koníčka než sport před oslepnutím Jitky asi neměli.*“ Po tom, co Jitka oslepla, se nejdříve Petr vzdal jakéhokoliv sportování, protože se jednak musel starat o manželku a jednak si také myslel, že by Jitku velmi mrzelo, kdyby on sám šel sportovat a ji by nechal doma. Trávil tedy veškerý čas s ní doma.

Pavel se snažil, aby Jitčino postižení nemělo přílišný dopad na děti, přeci jen byli v pubertě a měli také své zájmy. Kvůli jeho práci to však nebylo příliš snadné. Děti musely velmi vypomáhat, ale svých koníčků zanechat nemusely. Dcera se nadále věnovala tanci a syn fotbalu.

Po nějaké době, kdy Jitka začala opět vycházet ven a naučila se prostorovou orientaci, se Pavel snažil manželku přivést zpět ke sportu. Nejprve to Jitka ze strachu odmítala, ale manželovi se to, hlavně díky jeho trpělivosti, podařilo. Začínali chůzí a běháním v mírném terénu, pak si koupili tandemové kolo a dnes nemají nejmenší problém na něm vyrazit na dovolenou. Oba začali chodit pravidelně plavat a Jitka se přihlásila do Svazu postižených sportovců do družstva goalballu, se kterým dnes jezdí na turnaje a Pavel ji v tom velmi podporuje a sám říká, že má velmi rád atmosféru, která vždy na turnajích je, a moc si to užívá. Dnes už se Jitka snaží žít jako každý jiný zdravý člověk. Dokonce jezdí s manželem na běžkách a ten jí dělá traséra. Zúčastňují se také spolu různých závodů v běhu a mají dobrá umístění. Pavel

říká, že společné závodění, kdy on dělá Jitce traséra, a ta mu tedy musí stoprocentně věřit, je ještě více sblížilo. Pavel přiznává, že ta doba, kdy vůbec nesportoval a byl stále s manželkou doma, byla pro něj nesmírně obtížná, už jen z toho důvodu, že sport byl jeho životním stylem a neuměl si to zprvu bez něj vůbec představit. S nadsázkou tvrdí, že byl na něm závislý a pociťoval na sobě abstinenční příznaky. O to víc si teď váží toho, že se mu opět mohou oba věnovat. I tuto oblast partnerského života dnes již shledává Pavel naprosto bezproblémovou, na nové sporty, které začali provozovat, si oba rychle zvykli a tento způsob trávení volného času je oba baví.

Jitka si také pořídila vodícího psa a stal se z něj miláček celé rodiny. Věnují mu mnoho času a snaží se ho brát při sportu všude, kam jen to je možné. Často prý vezmou tandemové kolo nebo v zimě běžky a jedou za město a pejsek tam při nich běží a alespoň se tak pořádně vyběhá.

Jedinou zálibou, kterou Pavel provozuje sám, je pravidelné setkání s kamarády na pivu. Říká, že i když dnes už je život partnerů zase spokojený, tak občas musí zkrátka „vypnout“ a odpočinout si od všedních starostí spojených se zrakovým postižením jeho ženy a na pivu se mu to daří prý úplně nejlépe.

Přerozdělení rolí v domácnosti – zezačátku, po Jitčině oslepnutí, se role v domácnosti zcela otočily. Dřív byla zvyklá Jitka domácnost řídit, nikdo z rodiny jí s tím moc nepomáhal. Děti i manžel byli zvyklí, že když se vrátili domů ze školy nebo z práce, tak bylo uklizeno a navařeno. Najednou však Jitka nebyla schopná obstarat ani základní věci, a tak se starost o domácnost přesunula na děti a manžela. Ti však museli chodit do školy a do práce, a proto Jitce přes den vypomáhala jejich sousedka, která byla v důchodu a byla to její kamarádka. Když přišel Pavel z práce domů, snažil se obstarat všechno, co mohl zvládnout. Jelikož dřív nemusel v domácnosti dělat nic, kromě občasného luxování, tak se musel všechno naučit. Snažil se zapojovat i děti, ale zároveň nechtěl, aby je to ovlivňovalo v jejich školních povinnostech a proto většinu věcí obstarával sám. První půl rok nemohla být Jitka ani sama doma, vždy se rodina musela dohodnout, kdo bude mít druhý den „službu“ a poběží vystřídat sousedku. Bylo nutné vše pečlivě domlouvat a plánovat. Každý den měli večer poradu u stolu o tom, jak bude vypadat příští den. Pavel cítí, že tato situace také rodinu sblížila, protože už dávno se nescházeli večer a neprobírali den. Dříve trávili večery každý ve svém pokoji a spolu se maximálně dívali na televizi.

Pavel se tedy musel naučit se vařit, manželka vždy seděla v kuchyni a dávala mu přesné pokyny, co má dělat. Jelikož nikdy předtím nevařil a jeho „*kuchařské umění začínalo a končilo u míchaných vajíček, tak to nebylo vůbec jednoduché, ale za to jsme se u vaření často s manželkou velmi pobavili a zasmáli se mým nepovedeným pokusům a všem těm spáleným a hořícím jídlům. Naštěstí nás smysl pro humor neopustil ani tehdy a to si myslím, že nás oba zachránilo.*“ Nakonec prý vaření Pavla začalo celkem bavit a rodině jeho jídla chutnat. Také se naučil uklízet celý byt a nakupovat jídlo pro celou rodinu a samotnou Jitku prý překvapilo, jak skvěle se toho její manžel zhostil. Pavel říká, že celé to období pro něj bylo nesmírně náročné psychicky i fyzicky, ale snažil se to nedávat najevo, aby manželce ještě více nepřitížil. Teď si daleko více váží toho, co celý život pro rodinu Jitka dělala a dělá, protože ho nikdy nenapadlo, že to stojí tolik úsilí. Po tom, co Jitka začala docházet do Tyfloservisu a TyfloCentra na kurzy sebeobsluhy, prostorové orientace a vaření, byla v této oblasti stále více a více schopná a začala přebírat zpět péči o domácnost. Teď se jí sice Pavel snaží pomáhat více, než když viděla, ale většinu věcí už zvládá úplně sama a tak jí pomáhá jen s obtížnými úkony v domácnosti a nebo douklízí za manželku to, co ona neuklidila, protože tu špínu neviděla.

Péče o děti – Pavel tvrdí, že bylo štěstí, že Jitka oslepla, až když byly děti velké, protože si nedovede představit, jak by to u nich vypadalo, kdyby se to stalo v době, kdy to třeba byly ještě miminka. U manželů doma to totiž fungovalo tak, že Pavel vydělával peníze, vracel se z práce často až pozdě večer, a Jitka se starala o domácnost a pečovala o děti, když byly malé. Pavel by si s péčí o hodně malé děti prý vůbec nevěděl rady, ale říká, že by mu asi nezbylo nic jiného, než to nějak zvládnout. Když Jitka oslepla, bylo dětem 15 a 17 let, takže už se o sebe uměly postarat samy a naopak ještě Pavlovi pomáhaly s péčí o maminku, což mu velmi pomáhalo a oceňoval to. Jitka vždy s dětmi probírala jejich problémy i radosti, mohly se jí se vším svěřit, a to zůstalo po její ztrátě zraku naprosto nezměněné. Jitka zůstala laskavou maminkou a Pavel zásadovým otcem.

Změna finančního zajištění rodiny – jelikož Jitka byla původně prodavačka a Pavel měl a stále má poměrně vysoké postavení ve firmě, byl vždy živitelem rodiny on. Jitka po oslepnutí ze zaměstnání odešla a zůstala doma s plným invalidním důchodem. Pavel říká, že rodina finančně nepocítila vůbec žádnou změnu. Partneři neměli nikdy finanční problémy a Pavel by prý rodinu bez problému uživil, i kdyby

Jitka invalidní důchod neměla. Ta právě v této době uvažuje o tom, že by začala hledat nějaké zaměstnání, ale ještě nemá představu jaké.

Změna nahlížení na partnera – Pavel si vždy své partnerky velmi vážil a teď si jí prý váží ještě daleko víc. Velmi ji obdivuje za to, že se nikdy nelitovala, i když si musela projít peklem a spoustou změn. Do všeho jde naplno, snaží se žít co nejvíce normální život a hlavně se snaží, aby její postižení co nejméně negativně pociťovala její rodina. Pavel si myslí, že celou situaci ze začátku zvládal psychicky daleko hůř, než jeho manželka. Jitka od začátku věřila, že vše nakonec zvládne a také to dokázala. Pavel ví, že to je pro Jitku stále velmi těžké a každý den se musí překonávat, a proto ji nepřestává obdivovat a říká, že kdyby se to stalo jemu, tak by to určitě nezvládl.

Akceptace partnerova postižení – Pavel tvrdí, že dnes je už s manželčiným postižením smířený. Trvalo mu to sice dlouhá léta, kdy trpěl depresemi a výčitkami, že úrazu manželky nezabránil, ale postupně se s tím naučil žít a zjistil, že i s takovým postižením jeho partnerky mohou oba žít plnohodnotný a spokojený život.

Představa společné budoucnosti – Pavlova žena ho stále překvapuje tím, jak se ve všem zlepšuje, a tak věří, že se jednou třeba znovu vydají na nějaký turistický výstup. Také věří, že když zvládli tohle, tak v budoucnu společnými silami překonají už každou překážku, budou se mít stále tolik rádi a celá rodina bude co nejvíce spokojená.

Zhodnocení šetření

Ztráta zraku manželky pana Pavla samozřejmě ovlivnila jejich partnerský život velmi výrazně. Ale dle mého názoru se s tímto manželčiným postižením oba velmi dobře vyrovnali. Pan Pavel se při rozhovoru jevil jako velmi optimistický člověk plný života, mluvil o své manželce s velkou láskou a to je určitě jedna z příčin, proč celou situaci celá rodina tak dobře zvládá. Partneři se nelitují, nestěžují si na jejich osud, ale snaží se s postižením bojovat ze všech sil a užívat si život. Třeba je to i díky tomu, že to jsou sportovci, a ti bývají velmi houževnatí a zvyklí se překonávat. Petr z ničeho nedělá velký problém – když bylo potřeba, tak se naučil obstarat domácnost, když nemohl s manželkou provozovat dál své záliby, tak zkrátka

našel jiné, které je také naplňují a baví je, a netruchlí po těch, které už dělat spolu nemůžou.

Zdá se, že dnes již Jitčino postižení už nemá z pohledu Petra na jejich partnerský život zásadně negativní vliv. Petr je spokojený ve většině oblastí a jeho smysl pro humor, který bezesporu sehrál také velkou roli, se ho stále drží.

Oba partneři byli před Jitčiným oslepnutím zvyklí žít velmi aktivně. Postupně se ke svému stylu života vracejí, a to, že už dnes žijí aktivnější život, než mnoho zdravý lidí, je opravdu obdivuhodné.

Na poslední otázku v rozhovoru – pohled do budoucnosti – odpověděli všichni respondenti nějakým plánem nebo přáním a je potěšující, že všichni počítají s tím, že se svým partnerem zestárnou.

5.4.4 Shrnutí výzkumného šetření

Všechny tři páry zrakovou vadu jednoho z partnerů přijímají jinak, různými způsoby jí přizpůsobují své životy a vyrovnávají se s ní. Ztráta zraku měla na jejich oblasti partnerského života různou míru dopadu. Někteří partneři se nenechali tolik ovlivnit ve svých běžných činnostech, jiným se stalo postižení hlavním motivem partnerského života.

Co se týče společenského života, partneři zrakově postižené osoby z první a druhé kazuistiky vidí velký rozdíl v tom, jakým životem žili před ztrátou zraku a po ní. Paní Hana i paní Jiřina se kvůli svým protějškům vzdaly dosavadního způsobu trávení volného času a nyní ho tráví se svými muži převážně doma. Oběma ženám předchozí společenský život schází a přály by si, aby se jejich situace v tomto ohledu v budoucnu zlepšila. Ve třetí případové studii vystupuje pan Pavel, který nynější společenský život hodnotí velmi pozitivně. Díky účasti v organizacích pro zrakově postižené nemá dnes jeho žena problém vyjít si do společnosti, Pavel si na nedostatek společenského života nestěžuje a oba partneři jsou s ním spokojení.

Taktéž obě partnerky z prvních dvou případových studií ztratily po oslepnutí jejich partnera i dosavadní záliby. Buď se věnují koníčkům partnera, ale je samotné to nebaví, nebo se nevěnují prakticky žádným, aby nebylo manželovi líto, že můžou dělat to, co on sám nemůže. V poslední kazuistice oba partneři provozují mnoho jejich zálib, nemají problém s tím, že jim některé nezůstaly, ale našli si místo toho jiné, které je také naplňují.

Pokud jde o přerozdělení rolí v domácnosti, tak u partnerských vztahů, kde o zrak přišli muži, přebraly všechny domácí práce jejich partnerky. V prvním případě se paní Jiřina snaží do prací svého muže zapojovat, aby byl co nejvíce soběstačný, kdyby nastala doba, kdy by se o něj nemohla starat. Jiřina za manžela i některé mužské práce. V tom druhém případě dělá paní Hana za svého muže i jednoduché úkony a děsí se situace, kdy by byl její muž nucen se o sebe postarat sám. Alespoň s mužskými pracemi jí pomáhají synové. U páru z třetí případové studie se nejdříve role v domácnosti zcela obrátily, manžel se musel naučit všechny domácí práce, ale po rehabilitaci si postupně opět vzala na starost domácnost Jitka a dnes už jí rodina pomáhá jen s obtížnými úkony.

Změna v péči o děti se projevila pouze u partnerů z druhé a třetí kazuistiky, neboť manželé z první jsou bezdětní. Ovšem u těchto dvou dvojic byly již děti skoro

dospělé, když jeden z rodičů přišel o zrak. Partneři tedy nemuseli řešit problémy spojené se starostí o malé dítě a zrakovým postižením. Naopak ještě děti s obou kazuistik svým rodičům pomáhaly. Bylo by jistě zajímavé příště provést rozhovor se ženou, která o zrak přišla buď ještě před tím, než si pořídila děti nebo v době, kdy byly děti malé. Takový člověk má velmi složitou situaci a řeší zcela jiné problémy, než řeší ženy, z těchto případových studiích.

Ani u jednoho páru neznamenala ztráta zaměstnání postiženého partnera nějaké finanční problémy. Všichni shodně tvrdí, že s výší invalidního důchodu jsou spokojení a žádnou velkou změnu ve svých finančních možnostech nepocítili.

Zajímavý je problém změny nahlížení na partnera. Osoby z první a třetí případové studie uvádějí, že si svého partnera ještě více váží za to, jak zvládá žít se svým postižením, jakou má vnitřní sílu a za to, že to zkrátka nevzdal, ale bojuje se svým osudem. Partnerka z druhé kazuistiky – Hana – tvrdí, že její nahlížení na manžela se také změnilo, ale k horšímu. Už pro ni není takovým mužem, jako vždy býval, nebere ho jako rovnocenného partnera a převažuje u ní lítost.

Co se týče akceptace partnerova postižení, je jasné, že jde o běh na dlouhou trať a respondenti si prošli (nebo ještě stále procházejí) všemi stádii přijetí. Jediný muž z třetí kazuistiky tvrdí, že dnes již ztrátu zraku své manželky přijal a je s ní vyrovnaný. Není divu, že právě tento respondent postižení své ženy tak dobře přijal, neboť se oba dva snaží žít co nejvíce normální život a snaží se nebýt zrakovou vadou ve velké míře ovlivňováni.

5.4.5 Diskuze výsledků

Jak již bylo výše uvedeno, Dallaire (2009) tvrdí, že aby mohla existovat a trvat láska, musí splňovat tři podmínky: obdiv, sen a sexualitu. Co se týče obdivu, v první i třetí kazuistice partneři postiženého tvrdí, že si ho velmi váží a obdivují ho nejen za to, jak se svojí zrakovou vadou bojuje a jak se s ní vyrovnává. Ve druhé kazuistice paní Hana uvádí, že už svého muže nepovažuje za rovnocenného partnera a převažuje u ní pocit lítosti nad jeho osudem. Nejspíše ho nijak zvlášť neobdivuje a vlastně k obdivu ani nemá velký důvod, protože její muž se příliš nesnaží s postižením bojovat, nechává o sebe pečovat a všechno zůstává na starost paní Haně. Těžko říct, jestli se tedy jedná u těchto partnerů o lásku, nebo opravdu o vztah

z lítosti. Další podmínkou lásky je sen. Všichni tři respondenti hledí do budoucnosti s nějakými přáními, ať už konkrétními, nebo obecnějšími, ve smyslu aby byli zkrátka spokojení. Poslední podmínkou je sexualita. Na tuto oblast partnerského vztahu jsem se respondentů nedotazovala, neboť se domnívám, že ji ztráta zraku nijak výrazně neovlivňuje a nemění, a proto nynější sexuální život závisí na jeho kvalitě před ztrátou zraku.

Respondenti z první a třetí kazuistiky měli před oslepnutím jednoho z partnerů fungující harmonický vztah a ten jim vydržel do teď. Dokonce uvádějí, že je postižení ještě více sblížilo. Partneři v druhé případové studii před vznikem postižení už, dá se říct, žádný vztah neměli. Rozváděli se, ale ztráta zraku je vlastně také sblížila, protože nebýt ní, tak už by spolu dnes nejspíše nebyli. Zcela určitě se však nejedná o harmonický a normálně fungující vztah, když Hana tvrdí, že žije mužův život a přemýšlí, jestli ho neměla už po oslepnutí dát do nějakého ústavu. Zde je vhodné připomenout slova Murphyho (2001), který píše, že závislost na partnerovi (která je u partnera Hany veliká) plodí pokřivený vztah. Postižení se stává hlavním motivem partnerského života a z partnerů se stávají pečovatelé. To na vztah Hany a Jaroslava přesně sedí. Hana se vzdala všech koníčků, společenského života a všechno přeuspořádala tak, aby se mohla starat o Jaroslava. Jak tvrdí Mindenová a Frankelová (2010), partner postiženého může mít pocit, že se mu obětuje, potlačuje svá vlastní přání, emoce a naplno se věnuje jen postiženému. To paní Hana také cítí a nehledí na to, že každý má právo na svůj vlastní život a na své zájmy.

Všechny kazuistiky potvrzují i slova Murphyho (2001), který – jak již bylo uvedeno výše – tvrdí, že získané postižení jednoho z partnerů nejprve zcela vykolejí obvyklé role, autority a vzájemnosti. Handicapovaný muž často přichází o svou ústřední funkci hlavního živitele, zůstane doma a hlavní živitelkou rodiny se stane žena. Postižení omezuje v mnoha směrech i jeho funkce v domácnosti. Už nedělá spoustu mužských prací a dalších věcí, které kdysi definovaly jeho roli manžela a otce. Domov zůstává pevně v rukou ženy. Toto platí pro první dvě kazuistiky, ve kterých ztratil zrak muž. V obou případech převzala vedení domácnosti i část mužských prací manželka. Rozdíl je mezi nimi pouze v tom, že v první kazuistice se paní Jiřina snaží svého muže do různých prací zapojovat, snaží se ho naučit co nejvíce věcí, aby byl v co největší míře soběstačný. V druhé případové studii Hana dělá z lítosti za svého muže i jednoduché úkony v domácnosti a sebeobslužné činnosti, čímž ho udržuje v závislosti na její osobě. Ve třetí kazuistice ztratila zrak

žena, ta má o něco lepší úděl z toho důvodu, že její veřejné postavení nezávisí tolik na zaměstnání, tudíž je pro okolí přijatelné, že zůstala paní Jitka doma. Navíc jak píše Schindlerová (2007), i bez zrakové opory se může Jitka věnovat lehčí domácí práci a vařit a její úloha láskyplné rádkyně dětí a citového středu rodiny nemusí být nijak významně narušena.

Nejvyrovnaněji na mne působil partner zrakově postižené ženy ze třetí kazuistiky. Dokázal se o postižení své ženy bavit bez emocí, nad vším uvažoval racionálně a ke všemu přistupoval s optimismem. Samozřejmě k takovému stavu nedospěl hned po vzniku zrakové vady, ale určitou dobu ten proces trval. Dnes však již tito manželé žijí skoro normálně, jako všechny ostatní rodiny a tím dokládají správnost tvrzení Soukupa (2002), že v ideálním případě se ztrátou zraku partnera „nic podstatného“ nezmění – nemusí to znamenat přesunutí veškerých prací a starostí na vidícího partnera. Jitka zvládá péči o domácnost, zvládá se věnovat svým koníčkům atd. Takový partnerský život je pak daleko spokojenější, než když má zdravý partner na starost všechno a postižený partner žije s vědomím, že je pro zdravého člověka přítěží a je na něm závislý.

Pravdou je, že ve všech třech případových studiích respondenti uvádí, že získané postižení je dovedlo k větší solidárnosti, možná proto, že se členové rodiny semkli ve snaze postiženému členovi rodiny pomoci.

Po rozboru případových studií jsem dospěla k závěru, že to, jak zdravému partnerovi ovlivní získaná ztráta zraku jeho protějšku partnerský život, závisí na mnoha faktorech. Jedním z nich je rozhodně míra akceptace postižení oběma partnery. Pokud totiž člověk svoje postižení neakceptuje, neosvojí si všechny jeho zbývající životní možnosti a omezení, ale místo toho buď důsledkům vady bezmocně podlehne a jeho partner o něj pak musí pečovat a obětovat se mu, stejně jako paní Hana, nebo naopak důsledky vady postižený člověk popírá a nerespektuje omezení a pak ho musí mít partner taktéž stále pod kontrolou. Pokud však postižení nerespektuje zdravý partner, může se stát, že situaci neunese a ze vztahu se vymaní a postižený člověk zůstane osamocený. Akceptují-li postižení oba partneři, naučí se s ním žít spokojený život, jako partneři z třetí kazuistiky – Jitka a Pavel.

Dalším faktorem ovlivňujícím podobu partnerského života po ztrátě zraku je také kvalita vztahu před vznikem postižení. Jak již bylo řečeno, pokud měl už předtím vztah pevné základy a partneři se měli ve vzájemné úctě, pak je velká

naděje, že spolu zvládnou všechny obtíže spojené s postižením a jejich vztah je bude i nadále naplňovat. Nahlodaný nestabilní vztah tuto velikou zatěžkávací zkoušku vydržet nemusí, i když v případě Hany a Jaroslava tato životní zkouška vztah zachránila.

V neposlední řadě závisí vliv získané zrakové vady i na osobnostech obou partnerů. Ve všech třech kazuistikách figurují lidé, kteří jsou charakterní a svému partnerovi oddaní. Každý z nich má jinou osobnost a temperament, každý vnímá partnerovo postižení jinak, někteří se jím nechávají omezovat více, jiní hledají způsoby, jak žít co nejpodobnější život tomu, který žili před vznikem postižení. Faktorů ovlivňujících podobu partnerského života je samozřejmě mnohem více, ale tyto tři vyjmenované faktory ji, dle mého názoru, ovlivňují nejvíce.

Závěr

Problematika ztráta zraku v dospělosti a jejího vlivu na partnerský a rodinný život stále nabízí široké možnosti zkoumání. Tato práce se v teoretické části zabývala zrakovými vadami, její akceptací člověkem osleplým v dospělosti, dále se zabývala specifiky života se zrakovým postižením a nakonec jejím vlivem na partnerský a rodinný život. Cílem praktické části bylo zhodnotit míru vlivu zrakové vady na různé oblasti partnerského života u tří případových studií, vypracovaných prostřednictvím rozhovorů s partnery osob se získanou těžkou zrakovou vadou. U každé z kazuistik byla míra vlivu na partnerský život, z pohledu zdravé osoby, jiná. Někteří nechali ovlivnit své životy postižením více, jiní se snažili svůj život přizpůsobit postižení tak, aby ho mohli prožít naplno, a ztrátě zraku se nepoddávají. Z výzkumného šetření vyplynuly faktory, které ovlivňují to, jak moc bude po ztrátě zraku ovlivněn partnerský vztah a jednotlivé oblasti partnerského života. Za tři nejdůležitější faktory považuji míru akceptace postižení oběma partnery, kvalitu vztahu před vznikem postižení a osobnosti partnerů.

Získaná zraková vada velmi silně ovlivňuje osobnost a život postiženého, ale samozřejmě také i jeho partnera. Od něj se po ztrátě zraku většinou očekává, že bude svému partnerovi oporou, bude mu být nápomocen ve všech směrech a zkrátka mu pomůže celou situaci nějakým způsobem zvládnout. Ten však postižením svého partnera také trpí a jeho potřeby jsou často opomíjeny, neboť se veškerá pozornost obrací k postiženému. Dvě ze tří osob v kazuistikách přiznaly, že se s partnerovou získanou těžkou vadou zraku nesmířili a často mají pocit, že toho je na ně moc a už se ze všeho zhroutí. Dle mého názoru je potřeba věnovat velkou pozornost nejen samotnému postiženému, ale i jeho partnerovi a pomáhat udržovat příjemnou atmosféru v rodině, nechat mu prostor a čas sám pro sebe a nebrat jeho neustálou pomoc jako samozřejmost, ale doceňovat ji.

Případové studie z této diplomové práce by mohly být inspirací pro další podrobnější šetření. V budoucnu by mohlo být například zajímavé, doplnit tento kvalitativní výzkum o cílovou skupinu lidí se získanou slabozrakostí a porovnat míru vlivu postižení na partnerský život s lidmi s praktickou či úplnou nevidomostí.

Seznam použité literatury

1. ALBERT, A., ZELOVA, A. Manažérstvo kvality na vysokých školách. Košice: TU KIP, 2002, 86 s.
2. AUTRATA, Rudolf, VANČUROVÁ, Jana. *Nauka o zraku*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 226 s. ISBN 80-701-3362-7.
3. BLÁHA, Ladislav. *Pohybové aktivity a zrakové postižení: problémy a možnosti*. Vyd. 1. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2010, 241 s. ISBN 978-805-5701-257.
4. ČÁLEK, O.; HOLUBÁŘ, Z.; CERHA, J. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených.* 2. vydání. Praha: SPN, 1991. ISBN 80-7066-341-3.
5. ČÁLEK, Oldřich. *Akceptace vady jako produkt sociálních vztahů postiženého jedince*. 1. vydání. Praha: Novinář, 1988, 151 s.
6. DALLAIRE, Yvon. *Láska a sexualita v trvalém vztahu*. 1. vydání. Překlad Kateřina Bodnárová. Praha: Portál, 2009, 163 s. ISBN 978-807-3675-233.
7. DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením*. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, o. s., 2013. ISBN 978-80-260-5282-1.
8. FINKOVÁ, Dita, LUDÍKOVÁ, Libuše, STOKLASOVÁ, Veronika. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením: východiska pro speciální pedagogiku a rehabilitaci osob se zrakovým postižením.* 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 158 s. ISBN 978-802-4418-575.
9. FIŠER, J. 1986. *Od okouzlení k odpovědnému rodičovství*. 2. vydání. Praha: SPN, 1986. 128 s. (brožovaný výtisk). ISBN 14-091-86.
10. JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001, 285 s. ISBN 80-717-8535-0.
11. JESENSKÝ, J. *Tyflologické minimum a základy komplexního zabezpečení zrakově postižených.* 1. vydání. Praha: Horizont, 1988.
12. JESENSKÝ, Ján. *Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně-edukačních pracovníků tyflopedického spektra*. 1. vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007, 659 s. ISBN 978-808-6723-495.

13. JESENSKÝ, Jan. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1995, 159 s. ISBN 80-706-6941.
14. KASTNEROVÁ, M. *Ideologie jednotlivců, singles a skutečnost žití o samotě.* Sociální práce/Sociálna práca, 2009, roč. 2009, č. 4, s. 135–142.
15. KOLÁŘ, Petr. *Věkem podmíněná makulární degenerace*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 148 s. ISBN 978-802-4726-052.
16. KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V., et al. *Člověk – prostředí – výchova. K otázkám sociální pedagogiky.* Brno: Paido, 2001, 197 s. ISBN 80-7315-004-2.
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení: variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998, 131 s. ISBN 80-716-9551-3.
18. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 1. vydání. Praha: Nadace Klíček, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
19. KUCHYNKA, Pavel a kol. *Oční lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 768 s. ISBN 978-802-4711-638.
20. KVĚTOŇOVÁ - ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 1998. 66 s. ISBN 80-859-3150-8.
21. LACINOVÁ, L., MICHALÁČKOVÁ, R. *Romantické vztahy*. 2006. In ŘÍČAN, P. *Vztahy v dospívání*. 1. vydání. Editor Petr Macek, Lenka Lacinová. Brno: Barrister, 2006, 196 s. ISBN 80-736-4034-1.
22. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie.* 2. aktualiz. vydání. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
23. MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., *Velký sociologický slovník*. 1. vydání, Praha: vydavatelství University Karlovy, 1996, 1627 s. ISBN 80-7184-311-3.
24. MINDEN, S., FRANKEL, D. *Plaintalk: Otevřeně o RS*. Praha: Unie Roska. 2010.
25. MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem.* 1. vydání. Praha: Triton, 2004. 203 s. ISBN 80-7254-476-4.
26. MURPHY, Robert Francis. *Umlčené tělo*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 188 s. ISBN 80-858-5098-2.
27. PÁVKOVÁ, Jiřina. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení volného času*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999, 229 s. ISBN 80-717-8295-5.

28. PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vydání. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
29. PLAŇAVA, I. (1998). *Spolu každý sám*. Praha: Nakladatelství lidové noviny.
30. REGEC, Vojtech, STEJSKALOVÁ, Kateřina. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 204 s. ISBN 978-80-244-3203-8.
31. RŮŽIČKOVÁ, Kamila. *Vybrané texty ze speciální pedagogiky I: východiska pro speciální pedagogiku a rehabilitaci osob se zrakovým postižením*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 88 s. ISBN 978-80-7435-099-3.
32. ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. 1. vydání. Brno: Paido, 1998, 268 p. ISBN 80-859-3148-6.
33. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. přeprac. vydání. Praha: Portál, 2004, 390 s. ISBN 80-717-8829-5.
34. SCHINDLEROVÁ, Olga. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých*. 1. vydání. Praha: Tyfloservis, 2007, 96 s. ISBN 978-80-239-8822-2.
35. SLEPIČKOVÁ, Irena. *Sport a volný čas: vybrané kapitoly*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 115 s. ISBN 80-246-1039-6.
36. SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001, 173 s. ISBN 80-717-8559-8.
37. SOUČEK, J. *Z rukopisného odkazu (články k problematice ztráty zraku a osobnosti nevidomého)*. Praha: SNS, 1992. 82 s.
38. SOUKUP, Vladimír. *Muž a žena v dnešním světě: sborník příspěvků z kolokvia časopisu.* 1. vydání. Hradec Králové: Prométheus, 1999. 167 s. ISBN 80-7041-674-2.
39. SOVÁK, Miloš. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Pod vedením Ludvíka Edelsbergera připravili: Tomáš Edelsberger [et al.] Jinočany: Nakladatelství H, 2000, 418 s. ISBN 80-860-2276-5.
40. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013, 216 s. ISBN 978-802-4744-537.
41. ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. *Strategie odborných služeb a modelový protokol sexuality a vztahů.* Praha: SPRSV, 2009.

42. VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2000, 230 s. ISBN 80-718-4929-4.
43. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
44. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
45. VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. vydání. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN: 80-7315-071-9.
46. WIENER, P. *Prostorová orientace zrakově postižených.* 3. upr. vydání. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. 168 s. ISBN 80-239-6775-4.
47. WIENER, P. *Prostorová orientace zrakově postižených.* Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 1998.
48. WIENER, Pavel, RUCKÁ, Renata. *Terapie zrakového handicapu*. 1. vydání. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. 94 s. ISBN 80-239-6774-6.
49. WILLI, Jürg. *Psychologie lásky: osobní rozvoj cestou partnerského vztahu*. 2. vydání. Editor Petr Macek, Lenka Lacinová. Praha: Portál, 2011, 250 s. ISBN 978-807-3678-951.
50. STRAUSS, Anselm. Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie Přel. S. Ježek. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.

Internetové zdroje

51. *ATM pro nevidomé.* Axmanova technika modelování: Mezinárodní centrum ATM pro zdravotně postižené [online]. 2009 [cit. 2014-07-14]. Dostupné z WWW: <http://www.slepisi.eu/cs/technika-atm/atm-pro-nevidome>.
52. *Český paralympijský výbor* [online]. 2011 [cit. 2014-07-14]. Dostupné z WWW: <http://www.paralympic.cz/ >.
53. *Český svaz zrakově postižených sportovců, o.s.* [online]. 2011 [cit. 2014-07-01]. Dostupné z WWW:<http://www.sportnevidomych.cz/index.php?page=aktualne>.

54. *Český svaz zrakově postižených sportovců, o.s.* [online]. 2011 [cit. 2014-07-14]. Dostupné z WWW: <www.sport-nevidomych.cz>.
55. *Expozice: Schwarzenberský palác.* Národní galerie v Praze [online]. 2011 [cit. 2014-07-14].
Dostupné z WWW: <http://www.ngprague.cz/objektdetail/schwarzenbersky-palac/>.
56. FORSTOVÁ, Pavla. *Možnosti volnočasových aktivit*. Tyflonet: informační portál nejen pro zrakově postižené [online]. 2010 [cit. 2014-07-09]. Dostupné z WWW: <http://www.tyflonet.cz/volnocasove-aktivity/moznosti-volnocasovych-aktivit>.
57. *Hmateliér* [online]. 2011 [cit. 2014-07-14]. Dostupné z WWW: <http://www.hmatelier.cz/>.
58. *Kultura nevidomých*. Technické muzeum v Brně [online]. 2014 [cit. 2014-07-14]. Dostupné z WWW: <http://www.technicalmuseum.cz/kultura-nevidomych>.
59. *Kultura, sport, zájmová činnost.* Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami [online]. 2006 [cit. 2014-07-01]. Dostupné z WWW: <http://www.helpnet.cz/zrakove-postizeni/kultura-sport-zajmova-cinnost/sport-zrakovepostizenych>.
60. MICHÁLEK, Miroslav, MATYSKOVÁ, Kateřina. *Několik poznámek na téma „nevidomí a práce“*. Nevidomí mezi námi [online]. 2011 [cit. 2014-07-01]. Dostupné z WWW: <http://www.nevidomimezinami.cz/main/nmn/Texty/Zamestnani/par_poznamek_na_tema.html>.
61. *Občanské sdružení APOGEUM: audio popis filmů a divadelních představení* [online]. 2005 [cit. 2014-07-11]. Dostupné z WWW: <http://apogeum.info/>.
62. PETTEY, Jess. *Hearing Loss: A Threat to Mental Health*. Hearing Loss Web [online]. 2010 [cit. 2014-23-04]. Dostupné z WWW: <http://www.hearinglossweb.com/Issues/psych/threat.htm>.
63. PLÁTENÍKOVÁ, Lenka. *Taneční pro zrakově postižené v roce 2008.* In: TyfloCentrum Brno o.p.s. [online]. 2008 [cit. 2014-8-26]. Dostupné z: <http://centrumpronevidome.cz/tanecni/2008>.
64. POTMĚŠILOVÁ, Radka. *Nevidomí mezi námi: Je zaměstnání nevidomého velký problém?*. [online]. 2005 [cit. 2014-06-27]. Dostupné z WWW: <http://www.nevidomimezinami.cz/main/nmn/Texty/Zamestnani/Je_zam_nevidomeho_velky_prbl.html>.

65. SCHINDLER, Radek, PEŠÁK, Milan. *Kdo je zrakově postižený?* [online]. SONS. 2013. [cit. 2013-12-06]. Dostupné z WWW: < http://www.sons.cz/kdojezp.php>.
66. *Služby pro osoby se speciálními nároky.* Botanická zahrada Praha [online]. 2005 [cit. 2014-07-14]. Dostupné z WWW: <http://www.botanicka.cz/hlavni-stranka/pronavstevniky/sluzbynavstevnikum/proosobysespecialniminaroky.html?page_id=4874>.
67. *Unie zdravotně postižených sportovců České Republiky* [online]. 2010 [cit. 2014-07-14]. Dostupné z WWW: <http://www.uzps.cz/>.
68. *Vydavatelské a informační služby*. *SONS* [online]. 2002 [cit. 2014-06-05]. Dostupné z WWW: < http://www.sons.cz/zora/>.