

Univerzita Palackého v Olomouci  
Pedagogická fakulta  
Ústav speciálněpedagogických studií

HANA JOKLÍKOVÁ

II. ročník nav. Mgr. studia, forma prezenční  
Obor: Speciálně pedagogická andragogika

## **SENIOR SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM**

Diplomová práce

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

Olomouc 2010

## **Prohlášení**

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

V Olomouci dne 10. dubna 2010

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Ditě Finkové Ph.D. za laskavý a partnerský přístup při vedení diplomové práce, za odborné rady a konzultace.

# OBSAH

<b>Úvod</b> .....	7
<b>1. Seniorský věk</b> .....	9
<b>1.1 Vymezení pojmů</b> .....	9
<b>1.2 Specifika seniorského věku</b> .....	11
1.2.1 Seniorský věk z hlediska biologických změn .....	11
1.2.2 Seniorský věk z psychologického hlediska .....	13
1.2.3 Obecně na téma seniorský věk .....	16
<b>2. Zrakové postižení</b> .....	18
<b>2.1 Vymezení pojmů</b> .....	18
<b>2.2 Specifika osob se zrakovým postižením</b> .....	21
<b>2.3 Zrakové postižení se zaměřením na seniorský věk</b> .....	25
<b>3. Nejčastější příčiny zrakového postižení     v seniorském věku</b> .....	27
<b>3.1 Stručná anatomie oka a fyziologie vidění</b> .....	27
<b>3.2 Věkem podmíněná makulární degenerace</b> .....	30
<b>3.3 Katarakta</b> .....	30
<b>3.4 Diabetická retinopatie</b> .....	32
<b>3.5 Glaukom</b> .....	33
<b>3.6 Jiná onemocnění</b> .....	35

<b>4. Věkem podmíněná makulární degenerace .....</b>	<b>37</b>
4.1 Charakteristika a důsledky onemocnění .....	37
4.2 Příčiny onemocnění .....	39
4.3 Možnosti léčby – oftalmologické hledisko .....	40
<b>5. Kvalita života .....</b>	<b>42</b>
5.1 Vymezení pojmů .....	42
5.2 Kvalita života ve vztahu k seniorům se zrakovým postižením .....	46
<b>6. Možnosti poskytování tyflopédické podpory seniorům se zrakovým postižením .....</b>	<b>47</b>
6.1 Obecně o poskytování tyflopédické podpory seniorům se zrakovým postižením .....	47
6.2 Zařízení a organizace poskytující služby seniorům se zrakovým postižením .....	48
6.2.1 Centrum zrakových vad .....	48
6.2.2 SONS .....	49
6.2.3 Tyfloservis .....	50
6.2.4 TyfloCentrum .....	51
6.2.5 Brno-Chrlice .....	51
<b>7. Příklad podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí .....</b>	<b>52</b>
<b>8. Výzkumná část .....</b>	<b>58</b>
8.1 Úvod do výzkumné části .....	58
8.2 Cíle a úkoly výzkumného šetření .....	58

<b>8.3 Metodika získávání a zpracování dat</b> .....	59
<b>8.4 Případové studie</b> .....	62
8.4.1 Případová studie A .....	62
8.4.2 Případová studie B .....	67
8.4.2 Případová studie C .....	73
8.4.3 Případová studie D .....	79
8.4.4 Případová studie E .....	82
<b>8.5 Výsledky a interpretace dat</b> .....	87
<b>8.6 Náměty pro praxi</b> .....	92
<b>8.7 Závěr výzkumu</b> .....	93
<b>Závěr</b> .....	95
<b>Seznam použitých informačních zdrojů</b> .....	97
<b>Seznam příloh</b> .....	102

## Úvod

To, že populace stárne, je neoddiskutovatelný fakt, potvrzený mnoha demografickými analýzami. Se stárnutím populace a nárůstem počtu osob seniorského věku ovšem souvisejí určitá specifika, na která je třeba se připravit, a se kterými je třeba počítat. Tato příprava je úkolem jednak společnosti jako takové a jednak konkrétních vědních oborů, kterými se ona společnost zabývá. Otevírá se proto v této souvislosti poměrně široké pole působnosti i pro obory speciální pedagogiky, konkrétně pak pro tyflopeditii, jako disciplínu zabývající se výchovou, vzděláváním a všeobecným rozvojem osob se zrakovým postižením.

Senior se zrakovým postižením je typ klienta, se kterým se dnešní speciální andragog-tyflopedit ve své praxi setkává stále častěji, obzvláště v prostředí Tyfloservisů, TyfloCenter, oblastních odboček SONS (Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých), či dalších neziskových organizací. Je tedy na místě, abychom se cílovou skupinou seniorů se zrakovým postižením v rámci tyflopédie blíže zabývali a usilovali o zefektivnění speciálně pedagogických intervencí a jejich přizpůsobení dané klientele. Tyto snahy mohou být realizovány několikerým způsobem. Autorka pro začátek zvolila jakési zmapování života seniorů se zrakovým postižením, zabývá se tím, jak je jejich život zrakovým postižením nejvíce ovlivněn a jak toto ovlivnění oni sami vnímají, a to v nejrůznějších oblastech své existence. Konkrétním cílem práce je tedy co nejpodrobněji popsat, jaká specifika vnaší do života osob seniorského věku postižení zraku.

Práce je tradičně rozdělena na dvě části. V teoretické části se v jednotlivých kapitolách řeší problematika seniorského věku, zrakového postižení, nejčastějších příčin zrakového postižení v seniorském věku a kvality života. Teoretickou část práce uzavírají dvě kapitoly, které se zabývají možností poskytování tyflopeditické podpory seniorům se zrakovým postižením, a to jednak v České republice a jednak v zahraničí.

Základem praktické části je pět případových studií, jejichž cílem je co nejpodrobněji zmapovat život několika málo konkrétních seniorů. Studie se zaměřuje na nejrůznější oblasti života člověka a snaží se postihnout, jak a v jakých oblastech je těchto pět lidí zrakovým postižením nejvíce ovlivněno a omezeno a jak tito lidé omezení vnímají. Na základě případových studií jsou nabídnuty odpovědi na stanovené

výzkumné otázky. Tyto odpovědi napovídají, jakým směrem je třeba zacílit tyflopédickou intervenci u osob seniorského věku.



# 1. Seniorský věk

## 1.1 Vymezení pojmů

Člověk, jemuž je šedesát a více let, bývá různými autory označován odlišně a zároveň i označení pro období života po šedesátém roce věku se různí, stejně jako členění tohoto období. Pro srovnání vybrala autorka terminologii a členění dvou autorů, kteří se zaměřují na gerontopedagogiku.

Čornaničová se spíše přiklání k termínu seniorský věk a pro etapu života člověka po 60. roce věku užívá termín sénium. To pak dělí následovně:

- starší věk: od 60 do 74 let, jedinec se v tomto období označuje jako starší člověk, zařazuje se do skupiny mladých seniorů,
- stáří: od 75 do 89 let, jedinec se v tomto období označuje jako starý člověk, zařazuje se do skupiny starých seniorů,
- dlouhověkost: od 90 let výše, jedinec se v tomto období označuje jako dlouhověký člověk, zařazuje se do skupiny velmi starých seniorů.

(Čornaničová, 1998, str.30)

Muhlpachr (2004, str.12) užívá pojem stáří a uvádí, že „*stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života.*“ Dále pak na téže straně, že „*stárnutí je celoživotní proces , jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na náročnosti prostředí.*“ Stáří dělí Muhlpachr následovně:

- 65 – 74 let: mladí senioři (dominuje tematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace),
- 75 – 84 let: staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob),
- 85 a více let: velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení).

(Muhlpachr, 2004, str.21)

Komisi expertů Světové zdravotnické organizace je doporučováno patnáctileté členění dospělosti. Povšimneme-li si členění po šedesátém roce, zjistíme, že

koresponduje s členěním, jež uvádí Čornaničová. Příhoda (1974, str. 62 in: Muhlpachr, 2004, str. 20) uvádí členění celého dospělého věku takto, včetně alternativních označení pro jednotlivá období:

- 15 – 29 let : postpubescente a mečítma,
- 30 – 44 let: adultium,
- 45 – 59 let: interevium, střední věk,
- 60 – 74 let: senescence, počínající, časné stáří,
- 75 – 89 let: kmetství, senium, vlastní stáří,
- 90 a více let: patriarchum, dlouhověkost.

Někdy se jako společný název pro období života po šedesátém roce života užívá termín třetí věk. Ten vychází ze zjednodušeného členění lidského života na tři základní etapy, dětství, dospělost a stáří. Pojem třetí věk je také možné chápat jako určitý kompromis, jedná se o slovo pozitivněji citově zabarvené, než například stáří. Dnes představuje ustálené spojení, kterým lze taktně označit věk nad 60 let. (Čornaničová, 1998)

Autorka práce se přiklání k termínu senior, pro označení člověka od 60 let věku výše, a termínu seniorský věk, pro obecné označení věku a období života nad 60 let věku. Tyto pojmy považuje za důstojné a kladně přijímané i samotnými seniory, se kterými se v praxi setkala.

Stárnutí české populace nastoupilo oproti západoevropským zemím s určitým zpožděním a probíhá ve specifických podmínkách. I když je obyvatelstvo České republiky v současné době historicky nejstarší, jeho věková struktura patří zatím k evropskému průměru. Podle údajů z posledního sčítání lidu žijí u nás téměř 2 miliony osob ve věku 60 a více let, které tak tvoří necelé dvě pětiny obyvatelstva. Z více než tři pětín jde o jedince ve věku 60 až 74 let. Skutečnost, že muži umírají v průměru o šest až osm let dříve než ženy, výrazně formuje strukturu seniorské populace podle pohlaví a rodinného stavu. Zatímco na tisíc 60-64letých žen připadá 865 mužů, ve skupině 85letých a starších je to už jen 367 mužů na 1000 žen. Podíl vdovců představuje v nejmladší uvedené skupině pět procent a vdov přibližně dvacet procent, ovšem ve skupině lidí nad 85 let je již více než polovina ovdovělých mužů a téměř devadesát procent ovdovělých žen. (Sýkorová, 2007)

## 1.2 Specifika seniorského věku

### 1.2.1 Seniorský věk z hlediska biologických změn

Stárnutí s sebou přináší mnohé změny, jak fyzického, tak psychického stavu. Protože je každý člověk jedinečný, jsou i tyto změny značně individuální. Přesto je možné vytyčit určité společné znaky (změny psychického i somatického stavu), které nacházíme u většiny osob seniorského věku. V kombinaci se zrakovým postižením ovšem působí tyto změny často dramatičtěji a způsobují v běžném životě závažnější komplikace a omezení. Proto se tématu autorka v této a v následující podkapitole podrobněji věnuje.

Co se týče tělesných změn, závisí jejich rozvoj na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých exogenních vlivů, které se v průběhu života člověka postupně nahromadily. Právě genetické dispozice jsou jedním z důvodů interindividuálních rozdílů. Dá se říci, že lidé mají geneticky zakódován počátek a průběh stárnutí i pravděpodobnou délku života. Tempo stárnutí ale ovlivňují již zmiňované vnější (exogenní) faktory. Právě na těch bude záviset, do jaké míry se člověk přiblíží předpokládané maximální délce života. Výsledkem působení vnějších vlivů je aktuální stav člověka, který může být právě z tohoto důvodu horší, než by se dalo na základě genetických předpokladů očekávat. (Vágnerová, 2007)

Konkrétní výčet involučních tělesných změn podává např. Muhlpackr. Jedná se o změny v těchto oblastech:

- složení organismu (atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku, úbytek netučné tělesné hmoty, zvýšení obsahu tělesného tuku až o 25 %, ztížená mobilizace tuku, zmenšení objemu celkové tělesné vody, ukládání vápníku v tkáních),
- řízení organismu (oslabení a zpomalení regulačních mechanismů, úbytek funkčních rezerv, zhoršení adaptačních schopností a odolnosti vůči zátěži, oploštění variability periodických jevů),
- pohybový aparát (pokles svalové síly, úbytek kostní density, stárnutí chrupavky, zhoršení hlubokého cití a pohybové koordinace),
- nervový systém (zpomalení nervového vedení a prodloužení reakční doby, poruchy spánku, atrofie mozku s lehkým zhoršením vstřípivosti i výbavnosti),

- metabolismus (ztížení vstupu glukózy do buněk, snížení maximální spotřeby kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiovaskulárního systému, snížení bazálního metabolismu),
- endokrinní systém (rezistence tkání na hormonální stimulaci, snížení produkce růstového hormonu),
- oběhový systém (snížení průtoku krve všemi orgány, zvětšování světlosti tepen, snížení elasticity tepen, snížení poddajnosti levé komory srdeční se sklonem k diastolickému typu srdečního selhávání bez hrubší poruchy systolické funkce, menší urychlování tepové frekvence, zánik buněk převodního systému s poruchami tvorby vzruchů, hemodynamicky nevýznamné degenerativní změny chlopní),
- respirační systém (zvýšení dechové práce, zvětšení mrtvého prostoru a pokles vitální kapacity plic, snížení citlivosti dechového centra ke změnám krevních plynů a snížení aktivity řasinkového epitelu),
- vylučovací systém (úbytek renálních glomerulů s poklesem glomerulární filtrace i očišťovací schopnosti ledvin, pokles maximální koncentrační schopnosti ledvin, poruchy funkce močového měchýře),
- trávicí systém (opotřebování a ztráta chrupu, poruchy motility trávicí trubice, snížení acidity žaludeční),
- imunitní systém (horší efekt imunizace ve stáří, zvýšená tvorba autoprotilátek),
- ostatní (atrofie kůže s poklesem pružnosti a úbytkem potních žláz s poruchou termoregulace, snížená vitalita tkání a zpomalené hojení, zhoršení smyslového vnímání).

(Muhlpachr, 2004, str. 25)

Často je změněný tělesný stav zhoršen pádem či jiným úrazem. To platí pro seniory se zrakovým postižením dvojnásob (ztížená orientace v prostředí, vyhodnocování nebezpečnosti situace apod.) Pro úplnost proto autorka uvádí některá opatření, která mohou pomoci pádům a úrazům předejít a která považuje za vhodné seniorům se zrakovým postižením doporučovat.

Úpravy prostředí k prevenci pádů a následnému zhoršování tělesného stavu podle Kalvacha a Hrabětová (2007, str.21):

- bezbariérová úprava prostředí (odstranění prahů a jiných překážek, které je třeba překračovat, jakými jsou v bytě zvláště přípojné kabely, menší kusy nábytku apod.),
- přehlednost prostředí (dobré osvětlení, barevné označení začátku a konce schodiště),
- protiskluzná opatření (zvláště v koupelnách, odstranění malých koberečků, protiskluzné pásky na schodišti, nevycházení z domova při náledí),
- opěrné pomůcky (madla, chodítka, hole s protiskluznými hroty),
- pevné, dobře zavázané boty bez vysokého podpatku,
- opatrné vstávání (zvláště po nočním klidu na lůžku jako prevence pádu z poklesu krevního tlaku),
- péče o pohybový stereotyp (kvalitní fyzioterapie-rehabilitace páteře a kloubů dolních končetin, včetně kotníků),
- péče o přiměřený stav výživy.

### 1.2.2 Seniorský věk z psychologického hlediska

Z hlediska psychologických teorií má období stáří svůj specifický význam. Dle teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona je stěžejním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. To se projevuje přijetím svého života, jeho pojetí jako celku, který měl smysl. Senior potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako dokončené dílo, aby tak měl možnost přijmout i jeho konec. Vyrovnání se s vlastním životem usnadňuje i přijetí smrti. Senior by měl akceptovat svůj život takový, jaký byl, bez přílišné lítosti nad tím, co nebylo nebo mohlo být jinak. Nedílnou součástí je i přijetí vlastních nedokonalostí, smíření se s nedostatky a vyrovnání se s nevydařenými věcmi v průběhu celého života. Podmínkou dosažení integrity je harmonizace všech rolí, jež člověk v jednotlivých fázích svého života získal. Nezvládnutí vývojového úkolu stáří se zpravidla projevuje nespokojeností s vlastním životem a zoufalstvím nad nemožností prožít ho znovu a lépe. (Vágnerová, 2007)

Haškovcová (1990, str. 86) poznamenává, že „*Vystihnout podstatné povahové rysy starého člověka není jednoduché. Každý člověk měl zcela odlišný individuální osud, byť realizovaný ve stejném společenském koloritu.*“ Seniorský věk s sebou přináší nové zkušenosti a je individuální záležitostí každého jedince, jak tento úkol zvládne. Jakmile lidé překročí věk 60 let, začnou si uvědomovat nevyhnutelné přibližování stáří

se všemi jeho negativy a záleží na tom, jak budou očekávanou změnu interpretovat a jak s ní dokáží sladit svůj životní styl. Rané stáří zpravidla ještě nepřináší zásadnější omezení, naopak se může člověk cítit svobodněji než dřív, nezatěžován povinnostmi, které už v životě splnil. Na jednu stranu může být vědomí větší svobody přijímáno pozitivně, na druhou stranu může být pro člověka stresující záležitostí. To v případě, že neví, jak se svobodou a volným časem naložit.

Člověk seniorského věku bývá více zaměřen do minulosti. Mívá převážně bilancující tendence, oproti dřívějším tendencím něco měnit. Je také nucen neustále se přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám. Takovou změnou může být například odchod do důchodu, smrt partnera, stěhování do domova pro seniory a další. Přitom zkušenosti z předchozí doby nebývají při řešení takových situací příliš použitelné, jedná se o zkušenost kvalitativně zcela novou. (Vágnerová, 2007)

Senior již zpravidla nebývá zaměřen na výkon, nemívá potřebu udržovat své profesně společenské postavení, přičemž k tomuto posunu často dochází po odchodu do důchodu. Má možnost naplňovat své vnitřní potřeby, přání, věnovat se vlastním zálibám. (Vágnerová, 2007) Ovšem tato skutečnost bývá právě pro seniory se zrakovým postižením problematická. Díky ztrátě či zhoršení zraku jim činí obtíže věnovat se naplno svým zálibám a dohnat tak v tomto ohledu vše, co v předchozím životě nestihli. Často se setkáváme se seniory, kteří uvádějí, že se celý život těšili, až budou moci svůj volný čas v důchodu věnovat na konkrétní volnočasovou aktivitu (čtení, pletení, pomoc s vnoučaty) a teď je pro ně velkým zklamáním a frustrací, že jim v tom i přes veškerou tyflopeditickou podporu zrakové postižení brání nebo alespoň činí značné obtíže.

Z psychologického hlediska významnou změnou je i proměna kognitivních funkcí. Jedná se zejména o zpomalení poznávacích procesů a zpomalení reakčních časů. Patrný je obecný pokles rychlosti zpracování informací v centrálním nervovém systému. Dále pozorujeme zhoršování percepce, tedy příjmu podnětů (především zrakových a sluchových), což zhoršuje orientaci v prostředí. Postižena bývá i pozornost a paměť. Již v raném stáří se začínají objevovat nedostatky paměťových funkcí a s nimi spojené problémy v učení. Nutno ovšem poznamenat, že zhoršování funkcí paměti není závislé jen na biologických změnách, tento proces je individuálně specifický. Uchování paměťových funkcí prokazatelně souvisí se vzděláním a s ním souvisejícími faktory a s mírou užívání paměti. V souvislosti s věkem se také často srovnává fluidní a krystalická inteligence. Zatímco krystalická inteligence (související se vzděláním a s poznatky a vědomostmi nabytými během života) se ani v období stáří zásadně nemění,

u inteligence fluidní (charakterizované jako obecnou schopnost řešit problémy) změny patrné jsou. Její pokles je podmíněn fyziologickými změnami v centrální nervové soustavě. Zhoršuje se tedy schopnost flexibilně reagovat na neobvyklé situace a hledat nová řešení problémů. (Vágnerová, 2007)

Zajímavá je také problematika zvládnání vlastního stáří. Tímto tématem se ve své studii v roce 1962 zabývala S. Reichardová. Ze studie vyplynulo pět vyrovnávacích strategií. Obohacené o své vlastní poznatky je uvádějí například Klevetová a Dlabalová:

1. konstruktivní strategie (člověk se vyrovnává s případnými omezeními, která stáří přináší, snaží se být aktivní, vytvářet nové vztahy, je snášenlivý, otevřený novým situacím, pružný v myšlení a poznávání, tolerantní vůči druhým, počítá s oporou lidí okolo sebe, vůči životu je optimistický, spokojený),
2. strategie závislostí (člověk je více pasivní, nechce o ničem rozhodnout sám, přesouvá zodpovědnost na lidi kolem sebe, má rád své pohodlí, spoléhá na pomoc druhých),
3. strategie obranná (člověk odmítá přijmout změny stáří, je přehnaně aktivní, aby si dokázal, že je soběstačný a nepotřebuje pomoc druhých lidí, byl zpravidla profesně a společensky velmi úspěšný, nerad přijímá myšlenku na odchod do důchodu, přísně dodržuje své zvyklosti, nic se nesmí měnit),
4. strategie hostility (člověk je nepřátelský vůči všem a všemu okolo sebe, chce být litován, hledá viníky, často je agresivní a podezřívavý, vyhledává konflikty, nerozumí si s mladými lidmi),
5. strategie sebenenávisti (člověk obrací svou nenávist proti sobě, je kritický vůči vlastní osobě, častým tématem je smrt jako vysvobození, život hodnotí kriticky a pohrdavě, nechce se už o nic snažit).

(Klevetová, Dlabalová, 2008, str.31)

Zcela určitě nelze dát obecný návod na spokojené stáří, na stáří v psychické pohodě. Je tomu tak proto, že každý člověk má jiné předpoklady, cíle, návyky. Lze ale shrnout obecné potřeby, které jsou potřebné k zajištění jisté životní spokojenosti. Mezi ně patří zabezpečení (přiměřené životní podmínky a prostředky), nezávislost (ve smyslu autonomie, kontroly nad situací), seberealizace (smysluplné vyplnění času), participace (podílení se na životě společnosti, sounáležitost v rámci rodiny či jiného společenství, kvalitní sociální vztahy) a důstojnost. Podstatné pro spokojenost i

v seniorském věku je udržení si vlastní identity, pocitu že „jsem to stále já“, že má člověk stále svou úroveň. (Kalvach, Hrabětová, 2007)

### 1.2.3 Obecně na téma seniorský věk

Nejrůznější aktuální témata, která mají souvislost se seniorským věkem, otevírá ve svém výčtu toho, čím může být seniorská populace ohrožená, Muhlpachr (2004, str. 38):

- pauperizace, ekonomické zbídačování, znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti,
- věková diskriminace, ageismus,
- segregace, vytěsňování, nedobrovolný život vně společnosti,
- generační intolerance (pracovní příležitosti, vedoucí pozice, bydlení),
- předsudky, např. přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stáří, apriori podezírání z přítomnosti diskreditujícího postižení (demence),
- podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží i potřeby věkové modifikace zdravotnických i jiných služeb,
- maladaptace na stáří a sním spojenou změnu sociálních rolí (penzionování),
- osamělost, zvláště v souvislosti s ovdověním,
- rychlý vývoj společnosti, zastarávání technologických znalostí, ztráta konkurenceschopnosti na trhu práce, zhoršení orientace ve společenském dění i mezigenerační komunikace,
- vyšší nemocnost a při kombinaci a atypickém průběhu chorob ve stáří i vyšší riziko omylu,
- zvýšené riziko ztráty soběstačnosti,
- pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže,
- manipulování, ztráta rozhodovacích schopností,
- zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců.

Všechny tyto položky, ačkoliv pro jejich rozpracování není v této práci dostatek prostoru a ani se na ně práce primárně nezaměřuje, si zasluhují pozornost. Minimálně je třeba, aby odborníci, kteří spolupracují s osobami seniorského věku, vzali tato možná ohrožení na vědomí a dále sami ohroženost seniorů svým přístupem nezvyšovali, ale



naopak se snažili svým všestranným působením na ně samé i společnost jejich ohrožení snižovat.

## 2. Zrakové postižení

### 2.1 Vymezení pojmů

Disciplínou speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou, vzděláváním a péčí o osoby se zrakovým postižením, je tyflopédie (z řeckého tyflos – slepý, paidea – výchova). Někdy se pro pojmenování speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením užívá též pojem oftalmopedie, který ovšem bývá kritizován za to, že evokuje medicínský obor oftalmologie a bývá s ním i zaměňován. Z toho důvodu se autorka přiklání k pojmu tyflopédie a ve své práci ho dále užívá.

Ludíková (in Ludíková, Souralová, 2006, str.25) uvádí, že „V tyflopédickém pojetí je za jedince se zrakovým postižením chápána ta osoba, která po optimální korekci (např. medikamentózní, chirurgické, optické) své zrakové vady či poruchy má dále problémy při zrakovém vnímání a zpracování zrakem vnímaného v běžném životě“.

Ludíková (in Ludíková, Souralová, 2006, str. 24) dále uvádí, že „Cílem tyflopédie je maximální rozvoj osobnosti jedince se zrakovým postižením“. Za použití dostupných a známých postupů, metod a technik práce se tedy snažíme dosáhnout co nejvyššího stupně socializace jedince. Poskytnout mu potřebnou podporu k tomu, aby zvládl postarat se sám o sebe (ve smyslu sebeobsluhy), samostatně se pohybovat, získávat informace a komunikovat, zapojit se do života společnosti, do pracovního života, popřípadě aby zvládl další věci, které si bude přát a které bude považovat za důležité.

Jesenský (2002, str. 25) se ke zrakovému postižení vyjadřuje následujícím způsobem: „Zrakovým postižením rozumíme víc, nežli představuje pouhé poškození anatomických struktur a poruchy funkcí zrakového analyzátoru. Jde o stav, při kterém se toto poškození nebo porucha promítá negativně do všech dimenzí charakterizujících kvality života člověka.“ Dimenzemi kvality života se přitom rozumí:

- řada schopností a vlastností člověka, citový život a procesy, kterými se člověk aktivně adaptuje na prostředí sociální, kulturní, pracovní i výchovně vzdělávací,
- sféra jednání (konání) a výkonů.

Zrakové vady, vedoucí k případnému zrakovému postižení, lze klasifikovat z různých hledisek. Kritériem pro jejich rozdělení přitom může být doba vzniku vady, etiologie, druh postižené zrakové funkce nebo stupeň zrakového postižení. Přehledně uvádí klasifikaci zrakových a poruch podle různých kritérií např. Slowík (2007, str.61):

**Tab. 1**

<b>Klasifikace zrakových vad</b>	
podle postižených zrakových funkcí	<ul style="list-style-type: none"> <li>- snížení zrakové ostrosti</li> <li>- omezení zorného pole</li> <li>- poruchy barvocitu</li> <li>- poruchy akomodace (refrakční vady)</li> <li>- poruchy zrakové adaptace</li> <li>- poruchy okoohybné aktivity</li> <li>- poruchy hloubkového (3D) vidění</li> </ul>
podle stupně zrakového postižení	<ul style="list-style-type: none"> <li>- slabozrakost</li> <li>- zbytky zraku</li> <li>- nevidomost</li> </ul>
podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vrozené</li> <li>- získané</li> </ul>
podle etiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orgánové (např. vady čočky nebo sítnice)</li> <li>- funkční (poruchy binokulárního vidění – např. tupozrakost a strabismus)</li> </ul>

Hodnocení funkčního postižení se provádí stanovením centrální zrakové ostrosti na dálku a vyšetřením zorného pole na perimetru. Podle WHO (Světová zdravotnická organizace) je zrakové postižení klasifikováno takto:

1. Střední slabozrakost (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18, minimum rovné nebo lepší než 6/60, kategorie zrakového postižení 1)
2. Silná slabozrakost (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60, minimum rovné nebo lepší než 3/60, kategorie zrakového postižení 2)

### 3. Těžce slabý zrak

- a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60, minimum rovné nebo lepší než 1/60, kategorie zrakového postižení 3
  - b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20°, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45°
4. Praktická nevidomost (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5° kolem centra 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)

(Zpracováno dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize (MKN-10), vydáno Ústavem zdravotnických informací a statistiky)

Osoby nevidomé chápeme jako kategorii osob s nejtěžším stupněm postižení. Díky svému postižení nemohou získávat informace ze svého okolí pomocí zraku, jsou tedy nuceny k této činnosti využívat ostatních smyslů, hovoříme pak o kompenzační úloze těchto smyslů. Z pohledu speciální pedagogiky je pak hlavní metodou kompenzace. Za účelem co možná největšího rozvoje osobnosti nevidomého jedince a utváření co možná nejdokonalejších představ o světě okolo sebe je třeba pracovat s nižšími i vyššími kompenzačními činiteli. Nižšími jsou myšleny hmat, sluch, čich a chuť, vyššími pak myšlení, paměť, řeč, představivost, obrazotvornost. Díky tomu, že nevidomí nemohou vizuálně vnímat, je jim znemožněna práce s klasickým černotiskem, mají specifické potřeby v oblasti mobility a orientace v prostředí, či v oblasti komunikace. V závislosti na těchto potřebách potom využívají speciální pomůcky, popř. techniky práce, zmíněné níže. (Ludíková in: Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Za osoby slabozraké jsou v širokém pojetí považovány všechny ty, jež mají orgánové postižení obou očí, které jim i při optimální brýlové korekci činí obtíže v běžném životě. Míra a typ speciálních potřeb se liší v závislosti na stupni slabozrakosti. Slabozrací využívají zrak jinak a v jiné kvalitě, než osoby bez postižení zraku. Jejich zrakové představy bývají často nepřesné, neúplné nebo zkreslené, přičemž tato skutečnost má vliv na grafický a pracovní výkon dotyčného, jeho schopnost orientace v prostoru, ale i pozornost a pracovní tempo. Hlavní speciálně pedagogická

činnost se u této kategorie zaměřuje na využívání oslabeného zraku za dodržování zásad zrakové hygieny, opět s využitím speciálních pomůcek a technik práce, zmíněných níže. Současně s využíváním zraku je ovšem třeba vizuální nedostatky kompenzovat do jisté míry ostatními smysly, zejména u progredujících vad je třeba počítat i s možností, že současná slabozrakost se vyvine v nevidomost a využívání ostatních smyslů se tedy stane nutností. (Ludíková in: Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Mezi kategoriemi osob slabozrakých a nevidomých se nachází ještě jedna, a to osoby se zbytky zraku, tato kategorie zhruba odpovídá kategorii Těžce slabý zrak, kterou autorka uvádí v klasifikaci zrakového postižení. Podobně jako u již zmiňovaných kategorií jsou důsledkem snížené, omezené nebo deformované zrakové představy jedince. Tato skutečnost je ve většině případů opět spojena se snížením grafického i pracovního výkonu. Co se týče metod a technik práce (ve smyslu reedukačních či kompenzačních postupů), kombinují se ty, které jsou využívány u osob nevidomých a slabozrakých (Ludíková in: Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

## **2.2 Specifika osob se zrakovým postižením**

**Specifika osob se zrakovým postižením** s ohledem na různé oblasti jejich života vhodně shrnuje Jesenský (2002, str. 25):

- snížení citlivosti na vizuální podněty,
- zvýšení reakčních časů a prodloužení průběhu procesu poznávání,
- chyby a nedostatky průběhu a výsledku poznávání,
- neúplnost procesů a výsledků poznávání,
- informační deficit a senzorická deprivace,
- zvýšení citového prožívání nedostatků,
- snížená adaptabilita na různá prostředí,
- snížená výkonnost v různých aktivitách,
- snížená míra soběstačnosti při zvýšené potřebě samostatnosti a asertivity,
- zvýšená míra specifických potřeb umožňujících vyrovnávat nedostatky vyvolané poškozením zraku a poruchou vidění,
- zvýšená míra podpory psychosociální, kulturní, edukační, materiálně technické a finanční,
- zvýšená míra sociálně právní ochrany.

Jedním z konkrétních specifik osob se zrakovým postižením je **nutnost využívat v běžném životě nejrůznější kompenzační pomůcky**, což se samozřejmě týká i seniorů. Stává se, že některou z pomůcek senior odmítá, i když by mu prokazatelně tu, či onu činnost usnadnila nebo vůbec umožnila vykonávat. Důvodem bývají obavy, že by se již s ní nenaučil správně pracovat nebo celková neochota učit se novým věcem a obava z neznámého. Senioři jsou nicméně ze strany tyflopeditů a dalších pracovníků k užívání pomůcek motivováni. Při výběru pomůcky se vždy zohledňuje stupeň a typ zrakového postižení, schopnosti konkrétního uživatele a jeho přání a potřeby, popřípadě jeho finanční možnosti, pokud se jedná o pomůcku nehrazenou nebo hrazenou částečně (zdravotní pojišťovnou či sociálním odborem).

Pomůcky, které mohou využívat senioři se zrakovým postižením, spadajícím do kategorie „nevidomost“, jsou tyto:

- mobilní telefon (ozvučený telefon, firmy RosaSoft a Galop),
- digitální čtecí zařízení (sestává z výkonného počítače a speciálního software – odečítače obrazovky, tzv. screen-reader),
- braillovský řádek (přichází v úvahu u seniorů s dobře zachovanou citlivostí v konečcích prstů, jedná se o zařízení, na kterém se jednotlivé znaky z monitoru zobrazují v reliéfní podobě Braillova písma)
- dymokleště (dokáží na pásku vytlačit text v Braillově písmu, slouží k např. k popisu CD, knih, kořenek apod.)
- náramkové hodinky (s hlasovým výstupem nebo hmatové)
- Colortest (zařízení, jež umožňuje rozpoznávat barvy, ale slouží také jako indikátor světla, hodiny, minutník, stopky či kalendář),
- Sherlock (zařízení, jež umožňuje nahrát zvukovou informaci až v délce 2 minuty na čip a pomocí čtečky si ji pak nechat přehrát, čipy lze umístit kdekoliv v bytě)
- Pichtův psací stroj (mechanická pomůcka sloužící k psaní Braillova bodového písma, stejně jako Braillovský řádek přichází v úvahu jen u seniorů se zachovanou citlivostí v konečcích prstů),
- navlékač jehel,
- indikátor hladiny (zařízení sestávající z malé krabičky, z níž vedou dva drátky, jakmile se jich dotkne tekutina, ozve se zvukový signál),
- další pomůcky pro domácnost (oddělovač bílků a žloutků, ozvučený teploměr, osobní či kuchyňská váha a další),

- dvojkolo (pro aktivní seniory),
- Showdown (pálková hra vzniklá modifikací stolního tenisu, vznikla speciálně pro potřeby nevidomých),
- stolní hry (např. šachy v hmatové podobě),
- bílá hůl (orientační, signalizační či opěrná),
- akustický majáček (zařízení, které pomocí zvuku navádí jedince k cíli)
- digitální hlasový majáček (umožňuje nahrát dvě fráze),
- vysílačka (zařízení, pomocí něhož se dá aktivovat majáček).

(volně dle Růžičkové, 2006)

V další skupině se nacházejí pomůcky, které jsou vhodné pro seniory se zrakovým postižením spadajícím do kategorie „slabozrakost“ či „zbytky zraku“. Tito senioři mohou samozřejmě dle potřeby a přání využívat též pomůcky z předchozí kategorie.

- brýle,
- kontaktní čočky,
- lupy (klasické ruční, stojánkové lupy s možností udržování stálé vzdálenosti od textu, lupy s osvětlením),
- turmon (dalekohledové monokulární kukátko, které do dálky zvětšuje až 8x a do blízka až mnohonásobně více, jeho nevýhodou je výrazné zúžení zorného pole),
- předsádkové čočky (dioptrické čočky, jež se přidávají k nošeným brýlím pro zvětšení optické mohutnosti, do zvětšení cca 3x se dají používat binokulárně, do maximálního zvětšení 7x již jen monokulárně),
- dalekohledové brýle (mohutné brýle pro práci do dálky i do blízka, Galileiho či Keplerův systém),
- filtry (zabarvené brýle schopné zvýraznit kontrast a zároveň prokreslit detaily),
- digitální zvětšovací televizní lupa (zařízení sestávající z kvalitního hardware a speciálního software – tím je program, který zvětšuje text na monitoru v požadované velikosti, navíc si uživatel volí barvu pozadí, barvu textu, jas či kontrast. Takovým programem je např. ZoomText firmy Elvos),
- kamerové zvětšovací lupy (zařízení fungující na principu uzavřeného televizního okruhu, kamerou je snímán čtený text, který se ve zvoleném zvětšení zobrazuje na televizní obrazovce. Existují ve třech provedeních: stolní zařízení, přenosná zařízení s ručně vedenou kamerou, přenosné zařízení s pevnou kamerou).

(volně dle Růžičkové, 2006)

**Specifická** je, nebo by alespoň měla být, i **komunikace s osobami se zrakovým postižením**. Za účelem vzájemného porozumění je vhodné dodržovat jisté komunikační zásady, chceme-li, abychom došli k vzájemnému porozumění. Co se týče osob slabozrakých, což právě senioři se zrakovým postižením často jsou, neliší se komunikace s nimi příliš od komunikace běžné. Je třeba pamatovat na to, že může být obtížnější udržovat zrakový kontakt (např. z důvodu nystagmu, zvýšeného slzení očí) a také dodržovat zásady zrakové hygieny a to zejména ve smyslu vhodného osvětlení v místnosti (např. zabránit oslnění nebo naopak nedostatečnému osvětlení).

Pokud verbálně komunikujeme s osobou nevidomou, je vhodné dodržovat tyto základní principy:

- před jakýmkoliv kontaktem, oslovením či dotekem, je třeba osobu oslovit,
- před započatím jakékoliv komunikace se osobě představit, nespolehat na to, že nás pozná podle hlasu,
- při rozhovoru udržujeme s nevidomou osobou zrakový kontakt, i když je realizace často obtížná, k aktivnímu naslouchání zvolíme nějakou zvukovou techniku, pokývání hlavou nevidomý nezachytí,
- nevyhýbáme se slovům, která mají souvislost se zrakem (např. „viděl jsem, prohlédněte si...“),
- při sdělování instrukcí či popisu nějaké skutečnosti nenahrazujeme směrové pojmy gestikulací, která není pro nevidomého zachytitelná,
- s žádným nevidomým člověkem nemanipulujeme ani slovně, ani prakticky, necháváme jej mluvit sám za sebe, nevyřizujeme za něj automaticky jeho osobní záležitosti,
- vždy ohlásíme, pokud odcházíme z místnosti,
- nemanipulujeme osobními věcmi nevidomého, nepřemisťujeme je bez jeho vědomí.

(volně dle Wienera, 2007)

Specifická je i komunikace písemná. Tu mohou osoby s těžkým zrakovým postižením realizovat pomocí Braillova písma. Skládá se ze šesti bodů uspořádaných do dvou sloupců. Kombinace tohoto šestibodu vytváří až 63 možností, ty jsou základem pro psaní textů, a to nejen běžného, ale i notopisu, matematických značek apod. Braillovo písmo je možno psát na Pichtově psacím stroji. Tento stroj je sestaven ze sedmi základních kláves a jedné zpětné klapky. Každá základní klávesa odpovídá



jednomu z bodů Braillova šestibodu, sedmá klávesa je mezerníkem. Další možností záznamu bodového písma je Pražská tabulka. Ta se skládá ze dvou k sobě pevně připojených desek, mezi něž se vkládá papír. V tabulce jsou vyznačeny šablony šestibodu a pomocí bodátka se bodové písmo ručně vypichuje. Stejně jako Pichtův psací stroj i Pražská tabulka se stávají stále méně užívanějšími pomůckami. Nahrazuje je moderní technika, počítač se speciálním software a hardware (viz výše). (Růžičková in: Specifika komunikace osob se zdravotním postižením, 2008)

### 2.3 Zrakové postižení se zaměřením na seniorský věk

Díky stále dokonalejší lékařské i sociální péči se dnes ve srovnání s minulostí dožívají vysokého věku i jedinci, kterým by to dříve jejich zdravotní stav či postižení neumožňovalo. Protože se obecně zvyšuje hranice průměrného věku, kterého se lidé dožívají, zvyšuje se tím logicky úměrně i počet osob starších věkových kategorií s některým druhem postižení. Pojem zdravotní postižení navíc zahrnuje i obtíže, které se vyskytují ve zvýšené míře právě v seniorském věku. To se týká nejen postupného omezování pohybových schopností, ale také sensorických obtíží. (Krahulcová, 2002 in: Slowík, 2007)

Zrakové postižení, které nastává právě v souvislosti se seniorským věkem, často zhoršuje akceptaci a přizpůsobování se nové situaci života se zrakovým postižením ve smyslu zachování životní aktivity a energie. Často se můžeme setkat se seniory se zrakovým postižením, kteří upadají do pasivity a podléhají depresivním náladám. (Květoňová-Švecová, 2000)

Výstižně se k seniorům se zrakovým postižením a práci s nimi vyjadřuje Skalická (in: Jesenský, 2002, str. 213): „*S prodloužením průměrné délky života se zvyšuje počet osob, které trpí ve vyšším věku degenerativními onemocněními zraku. Většinou postižení zraku není jediným problémem, často jde o kombinaci postižení sluchu, motoriky a zhoršování duševních schopností. Starší lidé se hůře přizpůsobují novým životním situacím, proto je nutný specifický přístup respektující jejich aktuální možnosti. Je nutné věnovat dostatek času motivaci a psychologické podpoře. Kontakt s terapeutem by měl být opakovaný, nácvik nových dovedností povolný. Je vhodné zajistit účast široké rodiny na motivaci pacienta k nácviku nových dovedností a v realizaci nových oblastí zájmů a činností úměrných aktuálním možnostem a*

*schopnostem pacienta při zajištění pokud možno stejné kvality života, na kterou byl dosud zvyklý.“*

Specifická je problematika využívání optických pomůcek (zmiňovaných výše) ze strany seniorů. Ze zkušenosti se ukazuje, že se může jednat o komplikovanou záležitost. Klienti za odborníky často přicházejí s tím, že nemohou vykonávat drobné ruční práce, sledovat televizi, číst, nepoznávají své známé na ulici a chtějí tyto problémy řešit. Na blízko se nejčastěji využívají zvětšovací lupy s rukojetí, binokulární lupy a stojánkové lupy, do dálky pak Galileovy a Keplerovy systémy. Díky zvyšující se informovanosti si pacienti přicházejí do příslušných organizací a zařízení (např. Centrum zrakových vad, Tyfloservis) pomůcky stále častěji vyzkoušet a požádat o pomoc při jejich získání. Často ovšem nedomyslí, že pomůcku nestačí jen vlastnit, podstatný je především nácvik práce s ní. Ten bývá u mladých klientů poměrně snadný, pro seniory však může být problémem. Mohou se jim třást ruce, bývají netrpěliví, jsou zvyklí používat ve svém bytě nedostatečné osvětlení. U každého člověka záleží také na úrovni intelektových schopností, předchozím povolání, zájmech, celkových schopnostech a v neposlední řadě na jeho zdravotním stavu. Stává se, že se pacienti někde dozvěděli o možnosti předpisu pomůcky, ovšem nečetli ani se nezabývali jemnější prací několik let a přejí si, aby jim to s pomůckou okamžitě šlo. Výsledkem pak může být to, že si pomůcku v prvotním nadšení pořídí a pak ji nevyužívají, nebaví je se na čtení plně soustředit. Na to je nutné vždy při práci s klientem pamatovat a o užívání pomůcky ho řádně informovat. Faktorem, který významně ovlivňuje využívání pomůcek, je i zázemí daného jedince a to, zda je svým okolím ve využívání pomůcky podporován. (Pavlíčková, Vorlíčková in: Jesenský, 2002)

Zrakové postižení samozřejmě nemusí s věkem vůbec souviset, může se jednat o setrvalý stav postižení vzniklého kongenitálně či v kterémkoliv předchozím období života. Tomuto případu se ale autorka nevěnuje, v centru zájmu se nacházejí senioři, jejichž zrakové postižení má se seniorským věkem souvislost a u nichž ke ztrátě či zhoršení zraku došlo právě až v pozdním věku.

### 3. Nejčastější příčiny zrakového postižení v seniorském věku

V rámci této kapitoly autorka podává základní informace o těch oftalmologických onemocněních, která v seniorském věku nejčastěji vedou k postižení zraku. Blíže se proto věnuje zejména věkem podmíněné makulární degeneraci, diabetické retinopatii, kataraktě a glaukomu, stručně zmiňuje i další možná onemocnění. Pro lepší pochopení souvislostí je kapitola uvedena stručnou anatomií oka a fyziologií vidění.

#### 3.1 Stručná anatomie oka a fyziologie vidění

Stěna oční koule (bulbus oculi) je tvořena třemi koncentrickými vrstvami. Zevní vrstva se diferencuje na bělimu a rohovku. Střední vrstva je nazývána živnatkou a tvoří ji cévnatka, řasnaté těleso a duhovka. Vnitřní vrstvu tvoří sítnice.

**Bělima** (sclera) zaujímá 5/6 povrchu v zadní části, **rohovka** (cornea) zaujímá zbylou přední šestinu. Skléra je podpurná tkáň tvořená hustým kolagenním vazivem. Udržuje tvar bulbu a poskytuje mu i mechanickou ochranu. V přední části přechází skléra v rohovku, která tvoří průhledný přední díl a je vyklenuta dopředu. V zadní části je skléra perforovaná prostupem zrakového nervu a kolem zrakového nervu (nervus opticus) prorážejí skléru zadní krátké artérie a nervy.

Střední vrstvu stěny oční koule tvoří, jak je zmíněno výše, **živnatka** (uvea). Ta se skládá z řídkého kolagenního vaziva, jež obsahuje četné cévy a melanocyty. Zadní část živnatky se označuje jako **cévnatka** (choroidea). Kapiláry cévnatky se kladou k optické části sítnice a zajišťují její výživu. Vpředu se živnatka mění v **řasnaté těleso** (corpus ciliare) a duhovku (iris). Na podélném řezu okem se živnatka v oblasti řasnatého tělíska rozšiřuje a získává trojúhelníkovitý tvar, což zapříčiňuje přítomnost hladkého svalu, m. ciliaris (ten je inervován z n. oculomotorius). Kontrakce ciliárního svalu uvolňuje tah závěsného aparátu čočky, která se tak vyklene a akomoduje na vidění do blízka.

Přední část živnatky, která odstupuje z řasnatého tělíska, se odpoutává od skléry a vytváří **duhovku** (iris). Ta má vzhled tenké cirkulární ploténky s kruhovým otvorem uprostřed. Průsvit zornice upravují dva duhovkové svaly, svěrač zornice a rozvěrač

zornice, které tak regulují množství světla dopadající na sítnici. Množství pigmentových buněk rozhoduje o výsledném zbarvení duhovky. (Rozsival et al., 2006)

Ve vnitřní vrstvě oční koule se rozprostírá **sítnice** (retina). Vystýlá celou dutinovou stranu oční koule až k okraji duhovky. Svou zevní plochou nasedá na střední vrstvu oční koule, vnitřní plocha je v kontaktu se sklivcem. Sítnice se dělí na dva odlišné oddíly. Zadní oddíl (v zadní části oční koule) tvoří optická část sítnice. Přední oddíl, jež se přikládá k vnitřní straně řasnatého tělesa a duhovce, bývá označován jako slepá část sítnice. Pro vidění je samozřejmě podstatná optická část sítnice. Jedná se o tenkou a křehkou blánu, jejíž červené až oranžové zbarvení je zapříčiněno prosvítáním cév cévnatky. (Synek, Skorkovská, 2004)

Část sítnice, která leží v zorné ose oka, je místem nejostřejšího vidění. Tato oblast sítnice je lehce žlutozeleně zbarvená, proto se nazývá **žlutá skvrna** (macula lutea). Při pohledu oftalmoskopem je v místě žluté skvrny rozpoznatelná drobná jamka (**fovea** centralis maculae), která má velikost zhruba 1/3 mm. Fovea obsahuje převážně čípky. Naopak oblast sítnice, která zcela postrádá fotoreceptory, se nazývá slepá skvrna. V místě slepé skvrny vystupuje z oční koule **zrakový nerv** (nervus opticus). (Rozsival et al., 2006)

Mikroskopická stavba sítnice je velmi složitá, neboť je tvořena 11 vrstvami. V rámci základního členění je možné rozlišit vrstvu zevní a vnitřní. Zevní vrstva přiléhající k cévnatce obsahuje pigmentové buňky. Tato vrstva, společně s pigmentovou vrstvou cévnatky, funguje jako světelná izolační vrstva, která pohlcuje dopadající světelné paprsky a zabráňuje jejich odrazu uvnitř oka. Do této pigmentové vrstvy se noří světločivé výběžky smyslových buněk sítnice. Tyto smyslové buňky (fotoreceptory) jsou už ovšem součástí vnitřní vrstvy sítnice. Vnitřní vrstva obsahuje fotoreceptory a neurony, které sbírají informace z fotoreceptorů a odvádějí je prostřednictvím zrakového nervu z oka do mozku. Smyslové buňky se v sítnici vyskytují v podobě tyčinek (pro černobílé vidění) a čípků (pro vnímání barev). Tyčinky, kterých je asi 130 milionů, registrují množství dopadajícího světla. Oproti tomu čípky, jichž je kolem 7 milionů a nacházejí se ve žluté skvrně, vnímají barvy a svými výběžky navazují na vrstvu drobných bipolárních neuronů. To z nich dělá jediný typ smyslových buněk. (Synek, Skorkovská, 2004)

Světelné záření, které přináší do oka obrazovou informaci, musí před dopadem na fotoreceptory projít lomivým systémem oka (rohovka, přední komora oční, čočka, sklivce). Obraz, jež dopadá na sítnici, je obrácený.

Prostor mezi rohovkou a přední plochou duhovky se nazývá **přední komora oční**. Je vyplněn komorovou vodou, která se vstřebává tzv. Schlemmovým kanálem. Přední komora komunikuje zorničkou se **zadní komorou oční**, jež se rozprostírá od duhovky a řasnatého tělíska k přední ploše sklivce. (Rozsival et al., 2006)

**Čočka** (lens) je bikonvexní těleso (dvojjvypuklá spojka) připojené závěsným aparátem k povrchu řasnatého tělíska. Čočka je avaskulární (bezcévná), transparentní (průhledná) tkáň, Kolín (2007, str.63) uvádí, že „...čočka má přibližně, podle stavu akomodace, průměr 9 mm a tloušťku 4 mm a plní dioptrické úkoly“. Na čočce rozlišujeme pouzdro (capsula lentis), hmotu (cortex) a jádro (nukleus). Ačkoliv je čočka původně průhledná, s přibývajícím věkem se postupně zakaluje, čímž se snižuje její průhlednost a zhoršuje vidění. Hovoříme pak o šedém zákalu (katarakta). Ve věku nad 65 let je určitý stupeň zakalení čočky prokazatelný až u 50% obyvatelstva a nad 75 let je šedým zákalem postiženo až 70% obyvatel. (Kraus a kol., 1997)

Světelné paprsky přicházejí do normálně fungujícího oka z nekonečna a lámou se do ohniska na sítnici v místě fovey. Když pozorujeme blízké předměty, zvyšuje se optická mohutnost čočky a dochází k akomodaci (nepodmíněný reflex). Při akomodaci se tah závěsného aparátu čočky zmenší a čočka se svou pružností více vyklene a přizpůsobí se k vidění do blízka. Při pohledu do dálky je závěsný aparát naopak více napjatý a čočka oploštělá, její optická mohutnost klesá. (Synek, Skorkovská, 2004)

Prostor za čočkou vyplňuje **sklivec** (corpus vitreum). Sklivec má vysoký obsah kyseliny hyaluronové a z toho důvodu má rosolovitou konzistenci. Sklivec, stejně jako čočka, neobsahuje žádné cévy.

Každé oko má i své přídatné orgány. Přední část oka je kryta **víčky** (kožní řasy) Vnější povrch víček je krytý posunlivou kůží, vnitřní plochu kryje **spojivka** (tunica conjunctiva). Na přechodu obou ploch víček jsou zepředu ve 3-4 řadách zasazeny **řasy** (cilia) Na řasy jsou vázány potní a mazové žlázy. V zevní horní čtvrtině očníce je uložena **slzná žláza** (glandula lacrimalis). Činností víček omývá slzná tekutina rohovku a spojivku a odstraňuje prachové částice. (Rozsival et al., 2006)

### 3.2 Věkem podmíněná makulární degenerace

Na tomto místě uvádí autorka Věkem podmíněnou makulární degeneraci spíše pro přehlednost a proto jen velmi stručně. Vzhledem k tomu, že je jednou z nejčastějších příčin zrakového postižení u osob seniorského věku ve vyspělých zemích, podrobně se jí věnuje v kapitole č.4.

Věkem podmíněná makulární degenerace je projevem stárnutí a je charakterizována postupným progresivním úbytkem kapilár, které zajišťují výživu v makulární oblasti sítnice. Je-li úbytek kapilár nadměrný, výživa makuly se snižuje a následně nezvratně klesá zraková ostrost. Rozeznáváme dvě formy Věkem podmíněné makulární degenerace, vlhkou a suchou. (Rozsival et al.)

### 3.3 Katarakta

Jak bylo zmíněno výše, s přibývajícím věkem přibývá i výskytu katarakty, neboli šedého zákalu, zaměřujeme se tedy pro potřeby této práce na tzv. senilní kataraktu. Vedle senilní katarakty existují též katarakta posttraumatická (příčinou je úraz), toxická (příčinou je např. dlouhodobé podávání určitých léků), katarakta při jiném onemocnění apod. Těmto dalším typům se autorka vzhledem k zaměření práce dále nevěnuje.

Senilní katarakta je nejčastější chorobnou změnou čočky. První projevy onemocnění se objevují okolo 55. až 60. roku života, v některých případech i dříve. Základní příčinou je ztráta vody a s ní související změny v komplikovaných metabolických procesech, které udržují průhlednost čočky. (Oláh a kol., 1998)

Dle převažujícího zkalení rozlišuje Rozsival (2006, str. 221) senilní kataraktu na:

- kortikální (klínovitá zkalení v přední a zadní kortikální vrstvě, s progresí se kortikální vrstvy homogenně zkalí, u pacientů při pohledu na intenzivní světelné zdroje často vyvolává pocit rozostřeného oslňujícího obrazu),
- nukleární (zákal v centrálních vrstvách čočky, postupně se jádro čočky zbarvuje v odstínech hnědé, pacienti mívají obtíže při pohledu do dálky),
- zadní subkapsulární (zkalení se rozprostírá před zadním pouzdrem).

Všechny uvedené typy mohou progredovat do stádia tzv. maturní katarakty. Ta je charakteristická šedobělavým, popř. hnědobělavým matně lesklým vzhledem. Odpovídá tuhé sklerotizaci (zkornatění) všech čočkových vrstev. (Rozsival et al., 2006)

V souvislosti se vznikem katarakty se uvádějí některé rizikové faktory. Prvním z nich je UV záření, konkrétně pak dlouhodobá expozice. Doporučena je ochrana očí pomocí slunečních brýlí. Druhým nejčastěji uváděným rizikovým faktorem je kouření. U těžkých kuřáků, kouřících více jak 15 cigaret denně, je asi třikrát větší pravděpodobnost vzniku katarakty, než u nekuřáků. Cigaretový kouř totiž obsahuje látky, které narušují antioxidační obranný mechanismus čočky. Třetím z faktorů je Diabetes Mellitus (cukrovka). U pacientů s touto diagnózou se katarakta vyskytuje častěji a v dřívějším věku.. Posledním ze čtveřice nejčastěji uváděných faktorů je dlouhodobé podávání kortikosteroidů, stále totiž není známa přesná bezpečná denní dávka ani bezpečná délka užívání. (Rozsival et al., 2006)

Jedinou účinnou léčbou je v současnosti léčba chirurgická. Indikací pro operaci katarakty je u dospělých osob snížená zraková ostrost (vizus). Při senilním typu katarakty je operace indikovaná při poklesu vizu na úroveň 0.3 normy. Podstatou operace je odstranění zákalu, tzv. extrakce. (Oláh a kol., 1998)

V současné době se operuje v zásadě třemi metodami. První z nich je intrakapsulární extrakce (po otevření přední komory oční je velkou operační ránou odstraněna celá čočka i s pouzdrém, oko se tedy stává afatickým – neobsahuje čočku a je tedy nutná afatická brýlová korekce, tj. asi +11 dioptrií). Intrakapsulární extrakce se u nás běžně používala do roku 1990, dnes jen ve výjimečných případech. Druhou z metod je extrakapsulární extrakce (principem je odstranění zkaleného jádra a hmoty čočky menším řezem v přední komoře oční při zachování převážné části čočkového pouzdra, zbylé pouzdro je důležité pro implantaci zadněkomorové nitrooční čočky). Tato metoda snižuje riziko pooperačních komplikací a je dnes u nás nejvíce používanou. Třetí metodou je fakoemulzifikace (jedná se v podstatě o extrakapsulární extrakci, při které je jádro rozbito a odsáto v čočkovém vaku za pomoci ultrazvuku). Tato metoda se zdá z důvodu nejmenšího řezu a nejmenšího rizika pooperačních komplikací nejvýhodnější. (Rozsival et al., 2006)

### 3.4 Diabetická retinopatie

S diabetickou retinopatií (dále jen DR), jako příčinou úplné nebo částečné ztráty zraku, se u tyflopeditické klientely setkáváme poměrně často, a to zdaleka ne jenom u klientely seniorského věku. Proto považuje autorka za vhodné ji v této souvislosti zmínit a pro úplnost i stručně charakterizovat.

Rozsival (2006, str.244) uvádí, že „*retinopatie je označení pro patologické změny sítnice a jejích cév, které vznikají v souvislosti s celkovými chorobami*“ a zároveň na téže straně poznamenává, že „*diabetická retinopatie je nejčastějším vaskulárním onemocněním sítnice*“. Retinopatie je bohužel častou komplikací Diabetu Mellitu (cukrovky) a tyflopedit pracující s dospělou populací se s ní, jakožto příčinou ztráty zraku, opakovaně setkává.

Na očním pozadí jsou patrné diabetické změny často již v průběhu několika let po vypuknutí onemocnění, přičemž první příznaky choroby se někdy projevují, aniž by měl pacient pocit nějaké nemoci a až při náhodném vyšetření očního pozadí jsou zjištěny změny typické po DR a pacient začne být léčen na oftalmologii. (Oláh, 1998)

Čím lépe je diabetes kompenzován, tím později zpravidla nastupují oční komplikace. Asi 2 % diabetiků díky DR oslepnou, v západních státech je to nejčastější příčina ztráty zraku u lidí v produktivním věku. Vzhledem k tomu, že počet takto postižených lidí stále narůstá, a to i přes stále vyšší kvalitu lékařské péče, stává se DR závažným zdravotně sociálním problémem. Nejen úplná ztráta zraku, ale už i jen jeho výrazné zhoršení, totiž mají výrazný vliv na kvalitu života člověka. (Rozsival et al., 2006)

Histologicky (z hlediska tkání) je možné nalézt postižení všech retinálních cév, v první řadě kapilární sítě (sítě velmi jemných krevních cév). Kapiláry ochabnou, místy se rozšíří, místy naopak dojde k jejich uzávěru nebo ke zkratům. Z toho plyne zpomalení toku krve a tedy prosakování sítnice a následná blokáce přenosu kyslíku. Zjednodušeně lze tedy říct, že se jedná o zhroucení kapilárního oběhu sítnice a z toho plynoucí retinální hypoxie (nedostatek kyslíku). (Kolín, 2007)

Co se týče klasifikace DR, člení ji Kolín (2007, str. 60) takto:

- *preproliferativní retinopatie a proliferativní retinopatie* (postižení jsou převážně mladí diabetici závislí na inzulinu – pacienti s diagnózou inzulin dependentní diabetes 1. typu. Typický je sklon k tvorbě nových cév, které jsou křehké a bývají zdrojem krvácení),



- *prostá, neproliferativní diabetická retinopatie* (postižení jsou převážně lidé, kteří překročili střední věk, nezávislí na inzulinu - pacienti s diagnózou insulin non dependentní diabetes 2. typu dodržující zpravidla pouze dietu nebo užívající antidiabetika ve formě tablet. Zde je sklon k vytváření nových cév malých, vznikají spíše tvrdé výpotky, které časem rozruší celou centrální oblast).

Základem léčby DR je dokonalá kompenzace diabetu a úzká spolupráce diabetologa a oftalmologa, jež spočívá v pravidelných kontrolách očního pozadí.

U preproliferativní a proliferativní formy DR je jedinou účinnou léčbou operace laserem. Při ní se v několika sezeních ošetří celá sítnice s výjimkou makuly. V sítnici se tak zlepší oběhové poměry a tím její výživa, především v makulární oblasti. Dále také dojde ke snížení tvorby nových cév. Posledním možným typem léčby je tzv. vitrektomie, ta u 50 – 90 % operovaných obnoví zrakovou ostrost alespoň pro orientaci v prostoru. (Kraus a kol., 1997)

### **3.5 Glaukom**

Výborný (in: Rozsival, 2006 str. 275) uvádí, že „*Glaukom je skupina očních chorob, které jsou charakterizovány změnami zrakového nervu v souvislosti se zvýšením nitroočního tlaku. Pokud není nitrooční tlak pod kontrolou, pokračuje glaukom progresivně a nezvratně zužováním zorného pole, které může vést až k úplné slepotě*“.

Český název, který se pro označení glaukomu užívá, zelený zákal, nevystihuje přesně podstatu onemocnění, je odvozen od nazelenalé barvy, kterou mívá zornice postižená druhotnými změnami v konečném stádiu glaukomového onemocnění. V České republice stojí toto onemocnění na jednom z předních míst v příčinách slepoty. (Moravcová, 2004)

Výše nitroočního tlaku je určena poměrem mezi tvorbou komorové vody a snadností jejího odtoku. Komorová voda vzniká v řasnatém tělísku, protéká skrze závěsný aparát čočky a štěrbinovitým průchodem mezi zadní plochou duhovky a přední plochou čočky protéká ze zadní komory do přední komory, z ní proniká trámčinou (trabekulárním systémem) v komorovém úhlu do odvodného systému. (Kolín, 2007)

Kraus a kol. (1997, str.162) klasifikuje glaukom následujícím způsobem:

#### *Glaukom s otevřeným úhlem*

Forma, při které se zvyšuje nitrooční tlak v trabekulárním systému, kam se ale tekutina dostává bez překážek. Primární glaukom s otevřeným úhlem, neboli prostý glaukom, je stav, kdy se nitrooční tlak postupně zvyšuje a jeho zvyšování není spojeno s jiným onemocněním. Počátek i postup onemocnění bývají plíživé, onemocnění je většinou odhaleno náhodou, např. když si pacient přichází k oftalmologovi pro presbyopickou korekci. Postupné zužování zorného pole, pro onemocnění typické, je totiž velmi nenápadné a je zachyceno často až velmi pozdě. Při sekundární glaukomu s otevřeným úhlem omezuje odtok oční tekutiny patologický materiál z jiného očního onemocnění.

#### *Glaukom s uzavřeným úhlem*

U tohoto typu glaukomu jsou odtokové cesty uzavřeny, nitrooční tekutina se nedostává do trabekulární tkáně. Primární glaukom s uzavřeným úhlem (tzv. angulární glaukom) vzniká u anatomicky predisponovaných očí (často malé oči), u kterých je přítomný uzávěr komorového úhlu naléhající na duhovku. Projeví se zpravidla akutním glaukomovým záchvatem (bolest oka a hlavy, rychlý pokles vidění, pocity na zvracení). Díky těmto obtížím bývá včas odhalena diagnóza, na rozdíl od primárního glaukomu s otevřeným úhlem. Sekundární glaukom s uzavřeným úhlem vzniká uzávěrem komorového úhlu patologickým materiálem z jiného onemocnění.

#### *Vrozený glaukom*

Tato zvláštní forma glaukomu vzniká tehdy, jestliže vrozené anomálie předního segmentu zvyšují nitrooční tlak zhoršením odtoku nitrooční tekutiny.

#### *Smíšené formy glaukomu*

Vznikají zpravidla spojením uzávěru úhlu s překážkou v odtoku v trabekulární tkáni.

Glaukom zpravidla probíhá dlouho bez příznaků a díky je často stanovena pozdní diagnóza, někdy až v terminální fázi onemocnění, při zhoršení centrální zrakové ostrosti. Glaukom je druhou nejčastější příčinou slepoty, postihuje asi 2 % procenta populace nad 40 let a s věkem toto procento narůstá. Ačkoliv se vyskytuje častěji u osob seniorského věku, může vzniknout kdykoliv během života. (Rozsival, 2006)

### 3.6 Jiná onemocnění

V této podkapitole autorka velmi stručně poukáže na další možná oční onemocnění, která mají přímou souvislost se seniorským věkem a kterým není věnována samostatná podkapitola.

Tak jako stárne postupem času celý organismus, stárne i oko a rozvíjejí se fyziologické (funkční) změny zrakového orgánu. Ty se týkají především změn ve zrakové ostrosti (způsobené úbytkem čípků v oblasti žluté skvrny), v akomodaci (zhoršuje se především schopnost rozlišovat blízké předměty a rozvíjí se tzv. presbyopie, tedy stařecká krátkozrakost), v prahové hodnotě zrakového vjemu (s věkem totiž klesá schopnost sítnice adaptovat se na světlo a tmu), ve změnách zorného pole (jeho rozsah se zužuje a objevují se i změny ve vnímání barev) a ve vnímání hloubky a perspektivy. (Oláh, 1998)

Vedle těchto fyziologických změn se ale vyskytují i chorobné změny. Z hlediska přídatných orgánů oka se jedná například o ektropium (vyvrácení víčka směrem ven), entropium (přivrácení víčka směrem dovnitř), záněty spojivek, syndrom suchého oka (zapříčiněný atrofickými změnami na slzných žlázách), krvácení do spojivky a další.

Z hlediska onemocnění struktur oční koule může být postižena rohovka, a to tím způsobem, že na jejích periferiích se ukládá tuk v podobě prstence. Citlivost rohovky se v tomto případě snižuje až sedminásobně. Geriatrické změny na duhovce se projevují tak, že se oddělí její pigmentový list. Změny na čočce souvisejí se ztrátou její průhlednosti, viz kapitola o kataraktě. S přibývajícím věkem vznikají degenerativní změny i ve sklivci. Jedná se o zákaly a zkapalnění s tvorbou dutin, objevuje se i odloučení zadní sklivcové membrány od sítnice. Zákaly a dutiny se ve sklivci pohybují a tento pohyb způsobí u pacienta subjektivní vjem padajících sazí či letících mušek nebo pavučiny. Při nárazu na sítnici vyvolávají vjem záblesku nebo jiskření. Ovlivněna je i zraková ostrost.

Geriatrické změny na cévách sítnice jsou součástí celkových aterosklerotických procesů. Změny na cévách sítnice se nejvíce podobají změnám v ledvinách. Proto je také sítnice považována za „zrcadlo ledvin“. Vlivem změn na cévách sítnice (angiopatie) se postupně vyskytují i změny na sítnici samotné (angioretinopatie). V nejtěžších případech se pro nedokrvení rozvíjí ischemický edém terče zrakového nervu, spojený s náhlou úplnou ztrátou zraku. V souvislosti s nedokrvěním dochází ke

zhrubnutí kolagenových vláken zrakového nervu, dochází k postupnému úbytku vláken.  
Ten je spojený se zužováním zorného pole a konečně i poklesem vizu.  
(Oláh a kol., 1998)

## 4. Věkem podmíněná makulární degenerace

Protože se Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) podílí velkou, ne-li největší, měrou na počtu lidí, kteří v seniorské věku přišli o zrak, nebo se jim díky tomuto onemocnění zrak zhoršil, je jí věnována samostatná kapitola. V té se autorka zaměřuje nejprve na charakteristiku a důsledky VPMD a poté na možnosti léčby. Tento podrobný popis onemocnění a jeho specifík je předkládán s cílem co nejlépe se zorientovat v dané problematice a v návaznosti na to lépe pochopit jeho dopady na běžný život člověka.

### 4.1 Charakteristika a důsledky onemocnění

Rozsival (2006, str. 253) charakterizuje onemocnění následovně: *„Věkem podmíněná makulární degenerace je nejčastější příčinou praktické slepoty u lidí nad 60 let a představuje závažný zdravotně sociální problém. Onemocnění je projevem stárnutí a je charakterizováno postupným progresivním úbytkem kapilár v choriokapilaris, která zajišťuje látkovou výměnu makulární oblasti sítnice. Pokud je úbytek kapilár nadměrný, výživa makuly trpí a následně nezvratně klesá zraková ostrost“.*

V anglicky mluvících zemích se pro označení Věkem podmíněné makulární degenerace užívá pojem Age Related Macular Degeneration (AMD).

Zpočátku se může Věkem podmíněná makulární degenerace (dále jen VPMD) projevovat zcela nenápadně, zhorší se zrak za soumraku či za tmy, postižený vidí jakoby více zamlženě, barvy již nejsou tak jasné jako dřív. Zvláště lidé, kteří nosí brýle, často těmto prvotním příznakům nevěnují pozornost a považují je za součást své vady. Vzhledem k tomu, že VPMD často postihne nejprve jen jedno oko, sníží se možnost subjektivního rozpoznání jejích příznaků. Těmi jsou zamlžený pohled, šedá místa v centru vidění (centrální skotom), neobvykle rozvlněný obraz nebo zprohýbaná linie či písmena (metamorfopsie). Pokročilejší stádia nemoci se projevují zřetelněji, poškození makuly je bohužel už nevratné. Velmi jednoduchým testem, který může pomoci odhalit

onemocnění již v počátečních stádiích a který může člověk provádět sám doma, je tzv. Amslerova mřížka (viz příloha A)

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

U většiny podmíněné makulární degenerace rozlišujeme dvě formy, vlhkou a suchou. Stručná charakteristika dvou forem VPMD dle Rozsívála (2006):

- Suchá (nonexsudativní) forma: je způsobena zánikem kapilár v choriokapilaris makulární oblasti. Nemocní si stěžují na pozvolný pokles zrakové ostrosti spojený s metamorfopsií a vznikem drobných skotomů v centrální části zorného pole. Obtíže se projevují zejména při čtení. Vzniká centrální skotom a postupně až praktická nevidomost. Do klinického obrazu patří mimo jiné i tzv. drúzy. To jsou malá okrouhlá běložlutavá ložiska hluboko v sítnici. Jedná se o chrupavčitý materiál vznikající v souvislosti s degenerací pigmentového epitelu. Drúzy se obvykle dlouhou dobu (až několik let) nemění a nemají vliv na vidění. V okamžiku, kdy se drúzy začnou zvětšovat a splývat, znamenají vysoké riziko progresu choroby do vlhké formy.
- Vlhká (exsudativní) forma: je způsobena růstem novotvořených cév z cévnatky. Tyto novotvořené cévy pronikají pod pigmentový epitel a později také pod sítnici, kde se šíří jako subretinální membrána. Tyto novotvořené cévy mají patologicky zvýšenou propustnost tekutiny pod sítnici. Následuje odloučení pigmentového epitelu, spojené s náhlým a výrazným poklesem zrakové ostrosti a vznikem velmi rušivých metamorfopsií. Novotvořené cévy často krvácejí do subretinálního prostoru. Prosakování i krvácení stimulují tvorbu vazivové tkáně a v makule se tvoří vazivový útvar. Na rozdíl od suché formy jsou změny u vlhké formy rychlejší a mají dramatičtější průběh. Ke zhoršení zraku dochází již během několika týdnů.

Suchá forma mezi pacienty značně převažuje, je jí postiženo asi 85 – 90 % lidí, na zbylých 10 – 15 % potom připadá vlhká forma. Co do závažnosti postižení centrální zrakové ostrosti je ovšem vlhká forma zodpovědná za 85 % všech těžkých ztrát zrakové ostrosti. (Kolář, 2008)

## 4.2 Příčiny onemocnění

Na vzniku VPMD se podílejí jak vlivy genetické, tak vlivy prostředí, jedná se o onemocnění multifaktoriální. Genetická podmíněnost byla zjištěna až poměrně nedávno, před 15 – 20 lety. Přitom onemocnění bylo poprvé popsáno Dondersem už v roce 1855. V současnosti existují díky odborným studiím důkazy o tom, že výskyt VPMD v rodině je rizikovým faktorem pro rozvinutí onemocnění. U sourozenců pacientů s VPMD je zhruba čtyřikrát vyšší riziko rozvoje nemoci než u ostatní populace. (Kolář, 2008)

Co se týče celkových rizikových faktorů, uvádí Kolář (2008, str. 53), že *“Výsledky studií především v otázce celkových, ale i okulárních rizikových faktorů, jsou značně nekonzistentní a mnohdy si dokonce odporují...”*. I přes různé rozpory ale byly stanoveny určité rizikové faktory, které bývají spojovány se vznikem a rozvojem VPMD.

Celkové rizikové faktory VPMD dle Koláře (2008):

- Ateroskleróza,
- cerebrovaskulární onemocnění,
- levostranná komorová hypertrofie,
- hypovitaminóza A a C,
- snížená vitální kapacita plic, či opakované chronické plicní afekty,
- snížení úchopové síly,
- hypermetropie,
- nižší úroveň vzdělání,
- nižší vzrůst,
- výskyt VPMD v rodině,
- vyšší plazmatická hladina vitamínu A,
- světlá duhovka,
- vyšší příjem nasycených mastných kyselin a cholesterolu,
- systolický tlak vyšší než 95 mm Hg,
- užívání antihypertenziv,
- nižší hladiny sérových karotenoidů,
- vyšší kalorický příjem,
- změněná lipidová triáda,

- kouření,
- kouření v anamnéze,
- vyšší index tělesné hmotnosti (BMI),
- pozitivní rodinná anamnéza,
- vyšší expozice modrého, viditelného světla, UV záření,
- vyšší spotřeba piva,
- degenerativní změny elastických vláken v oblasti pokožky chráněné před sluncem,
- vyšší hladina cukru v krvi,
- diabetes,
- hladiny hs CRP (vysoce citlivé stanovení C-reaktivního proteinu),
- infarkt myokardu.

Jediný rizikový faktor, na kterém se všechny odborné studie shodují, je věk. Je prokázáno, že prevalence (počet nemocných na 100 000 obyvatel k určitému datu) i incidence (počet nemocných s nově vzniklým onemocněním na 100 000 obyvatel za období kalendářního roku či jiné přesně definované období) a také progresse všech forem VPMD narůstá s věkem. (Kolář, 2008)

#### **4.3 Možnosti léčby – oftalmologické hledisko**

Současná léčebná terapie vlhké formy VPMD se ubírá dvěma směry. Prvním je fotodynamická terapie a druhým anti-VEGF léčba.

Fotodynamická terapie je metoda, kdy předpokladem úspěšného řešení subretinální neovaskulární membrány je intravenózní aplikace léčebné látky a současné užití laseru. Jako léčebná látka se využívá verteporfin (Visudyne, Novartis AG, Basel), která se aplikací dostane do krevního řečiště a tím i do subretinální membrány. Následně je použit laser. Laserový paprsek projde sítnicí aniž by ji tepelně poškodil a reaguje s molekulami verteporfinu na subretinální membráně. Je spuštěna fotochemická reakce, jejímž výsledkem je uvolnění agresivních látek, které poškodí cévy v subretinální membráně. (Chrapek, Řehák in: Kolář, 2008)

Molekula VEGF-A je peptidem a hraje zásadní roli v patofyziologii vzniku a rozvoje neovaskulárních membrán. VEGF-A je obsažen ve strukturách sítnice a cévnatky, a to v fyziologických i patologických okolnostech. U pacientů s vlhkou formou



VPMD je prokázána přítomnost VEGF ve sklivci. Anti-VEGF terapie má při léčbě vlhké formy VPMD prokazatelné pozitivní účinky. Léčebná látka v rámci této terapie se aplikuje intraokulární injekcí. Léčba je finančně velmi náročná a pacient je nucen se na ní spolupodílet, protože není plně hrazena zdravotními pojišťovkami. (Kolář, 2008)

Pro úplnost uvádí autorka i další možné terapie vlhké formy VPMD: laserová fotokoagulace termálním laserem, transpupilární termoterapie, chirurgická terapie, radioterapie.

Léčba suché formy VPMD prozatím není k dispozici, v současné době se podávají antioxidanty, jako jsou vitamin C, vitamin E a karotenoidy. (Kolář, 2008)

## 5. Kvalita života

### 5.1 Vymezení pojmů

Téma kvality života se v této práci zmiňuje hned z několika důvodů. Jedním z nich je výzkumná část diplomové práce. V té se sice nejedná o měření kvality života seniorů se zrakovým postižením standardizovanými nástroji, které nabízí např. WHO (Světová zdravotnická organizace), nicméně se autorka formou případových studií prakticky zabývá jednotlivými oblastmi života seniorů a popisem toho, jakým konkrétním způsobem je kvalita života v jednotlivých oblastech zrakovým postižením ovlivněna.

Dalším důvodem je skutečnost, že pojem kvalita života a vůbec celá tematika je v současné době hodně diskutovaná a aktuální. Cílem snažení poskytovatelů sociálních služeb, speciálních pedagogů, sociálních pedagogů, lékařů a dalších odborníků je právě zvyšování kvality života svých klientů. Bylo tedy nasnadě vyjádřit se alespoň stručně k tomu, co to vlastně je kvalita života, jakých oblastí existence člověka si musíme při jejím hodnocení všimnout a jak může zrakové postižení ovlivňovat kvalitu života seniora.

Běžně se v odborné literatuře pro označení kvality života užívá zkratka QOL, která je tvořena z prvním písmen anglického označení kvality života, Quality Of Life.

Ve vědecké literatuře se fenoménu kvality života člověka dotkli už takoví autoři, jakým byl např. C.G. Jung, ovšem větší pozornost otázkám kvality života a vzniku prvních konceptů podpory a měření aspektů kvality života přinesly až medicínské přístupy k pacientům v psychiatrii či geriatrii. V současném pojetí kvality života dominují některé vědní přístupy, a to přístup sociologicky, psychologicky a medicínsky zaměřený. (Čornaničová in: Sýkorová, 2004)

Psychologické přístupy usilují o vytvoření adekvátních teoretických modelů kvality života, o specifikaci jednotlivých indikátorů, o jejich měření apod. Psychologický výzkum v této oblasti je zaměřený na tematiku spokojenosti se životem, pocitu životního štěstí, duševního zdraví, emocionální rovnováhy, zvládání životních situací atd. Dá se zjednodušeně říct, že v psychologicky orientovaných přístupech se pod kvalitou života rozumí koncept toho, co člověku přináší pocity pohody a spokojenosti se životem. (Čornaničová in: Sýkorová, 2004)

Sociologicky orientované přístupy (či sociologizující přístupy) jsou charakterizovány porovnáváním kvality života různých sociálních vrstev, států, geografických oblastí apod. Jako charakteristiky kvality života se uvádějí vybrané materiálně-ekonomické identifikační znaky. Tyto přístupy se tedy zaměřují především na materiální podmínky života, jejich základem je výpočet dostupnosti, resp. množství určitých parametrů životní úrovně sledovaných subjektů. (Čornaničová in: Sýkorová, 2004)

Medicínské přístupy mají většinou užší záběr vzhledem člověku ve specifické životní situaci, v roli pacienta či klienta. Medicínské přístupy věnují pozornost především změnám, ke kterým došlo v kvalitě života před a po terapii nebo operaci. (Čornaničová in: Sýkorová, 2004).

V současné době se prosazuje především tzv. syntetizující přístup a model kvality života. Nejznámější syntetizující model představuje model WHO (Světové zdravotnické organizace). Jde v něm o určení základních oblastí kvalit života a vnitřních složek každé této oblasti. Základní oblasti kvality života a jejich jednotlivé složky (indikátory) dle WHO jsou tyto:

#### **TĚLESNÉ ZDRAVÍ A ÚROVEŇ NEZÁVISLOSTI:**

- energie a únava,
- bolest a nepohoda,
- spánek a odpočinek,
- mobilita,
- aktivity v každodenním životě,
- závislost na lécích a zdravotnických pomůckách,
- pracovní kapacita.

#### **PSYCHICKÉ FUNKCE:**

- tělesný vzhled,
- negativní emoce,
- pozitivní emoce,
- sebehodnocení,
- myšlení, učení, paměť, pozornost,
- spiritualita, osobní přesvědčení.

#### **SOCIÁLNÍ VZTAHY:**

- osobní vztahy,
- sociální podpora,

- sexuální aktivity.

#### PROSTŘEDÍ:

- finanční zdroje,
- svoboda, fyzická bezpečnost,
- zdravotní a sociální péče,
- prostředí domova,
- možnost získat informace a kompetence,
- participace na volnočasových a rekreačních aktivitách,
- fyzikální prostředí,
- doprava.

(Dle Čornaničové in: Sýkorová, 2004)

Zajímavé je také pojetí kvality života tak, jak ho představuje Centrum pro podporu zdraví Univerzity Toronto. Jejich model kvality života je následující:

<b>BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka</b>	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
<b>PATŘÍT NĚKAM (BELONGING) - spojení s konkrétním prostředím</b>	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
<b>REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace</b>	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

(dostupné na

<[http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba\\_sociologie\\_II\\_kvalita\\_zivota-svobodova.doc](http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc)> )

Tříúrovňový model kvality života prezentuje Kováč (2001, str. 34-43 in: Vaďurová, Muhlpachr, 2005, str.16):

- bazální úroveň (existenční, všelidská) – tato úroveň zahrnuje somatický stav, psychické fungování, funkční rodinu, materiálně-sociální zabezpečení, životní prostředí a způsobilost pro život,
- mezo-úroveň (individuálně specifická, civilizační),
- meta-úroveň (elitní, kulturně duchovní).

S pojmem kvalita života se v českém prostředí operuje také v Národním plánu přípravy na stárnutí na období let 2008-2012 vypracovaném Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV), který má v závorce za svým základním názvem právě heslo Kvalita života.. Na internetových stránkách MPSV <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>> je řečeno, že tento program stanovuje základní předpoklady pro to, abychom vytvořili podpůrné, integrující a vstřícné prostředí pro sebe i pro druhé. Jeho cílem je podpořit solidaritu a soudržnost mezi generacemi a zájem o situaci, těžkosti a preference starších lidí v České republice, zvýšit subjektivní a objektivní bezpečí a ochránit práva zranitelných skupin starých lidí. Výslovně je v Plánu zmiňována i kvalita života, která je brána jako hodnota a průřezové téma, které přesahuje hranice administrativních kompetencí a úrovní veřejné správy. Vyžaduje ucelený a komplexní přístup a spolupráci napříč sektory společnosti. V plánu se poukazuje také na to, že téma stárnutí populace a kvality života se týká nás všech.

Definovat a uchopit pojem kvality života je záležitost náročná, pojem je široký a složitý. Jedná se o komplexní záležitost, která postihuje vnitřní i vnější podmínky života člověka. Uvedený pohled na věc proto považuje autorka za malé nahlédnutí do dané problematiky, které bylo zařazeno především s cílem uvědomit si, jaké všechny oblasti života mohou být postižením, a to nejenom zrakovým, ovlivněny a kterým oblastem je tedy třeba se při poskytování služeb osobám se zrakovým postižením věnovat.

## 5.2 Kvalita života ve vztahu k seniorům se zrakovým postižením

Autorem, který se ve své práci konkrétně zabýval kvalitou života osob se zrakovým postižením, byl J. Jesenský. Ten uvádí (2003, str. 22), že „*Kvality života představují souhrn okolností, které vymezují možnosti existence člověka...*“

Význam posuzování kvality života spočívá dle Jesenského (2000, str. 82):

- v odhalování celkového vlivu postižení na život člověka,
- ve vymezování cílů a úkolů zaměřených na pozitivní změny kvality života,
- v odhalování vlivu diagnostických, terapeutických, rehabilitačních, pedagogických, pracovních a sociálních zásahů na život člověka,
- v možnosti hodnocení efektivity uplatněných zásahů.

Oborem, který se zabývá mimo jiné kvalitami života osob se zrakovým postižením, je tyflogie. Kvality života osob se zrakovým postižením se vyznačují svými specifiky podmiňovanými specifiky učení se při snížené nebo žádné vizuální kontrole a také možnostmi zrakově postiženého existovat v prostředí vizuálně silně poznamenané majoritní kultury vidících. (Jesenský, 2003)

Z tyflogických studií vyplývá, že specifika kvalit života osob se zrakovým postižením, která je odlišují od intaktní populace i populace jinak postižené, představují tyto oblasti:

- způsoby akceptace zrakové vady,
- informační deficit a smyslová deprivace,
- samostatnost a soběstačnost,
- společenský status a prosperita,
- pracovní schopnosti.

(Jesenský, 2003)

O otázky kvalit života se tyflogie dle Jesenského zabývá z těchto důvodů:

- jsou přímo spojeny s antropologickým paradigmatem tyflogie,
- vymezují vnitřní a vnější podmínky vzniku, průběhu a modifikací tyfloedukačních situací,
- odhalují, kde vznikají a jaká bude podstata tyfloedukačních potřeb.

## **6. Možnosti poskytování tyflopédické podpory seniorům se zrakovým postižením**

Protože není cílem práce podat vyčerpávající informace o konkrétních metodách a technikách tyflopédické podpory, je tato problematika v první podkapitole pouze obecně nastíněna. Větší pozornost je ve druhé podkapitole věnována organizacím a zařízením, kde je tato podpora poskytována. Je tomu tak proto, že autorka považuje za důležité, aby tyto organizace byly všeobecně známy a aby byly známy též služby, které poskytují. Stále totiž v této oblasti panuje nedostatečná informovanost, která může zapříčinit, že se člověku s nově vzniklým zrakovým postižením nedostane potřebné péče a podpory. Vycházejme tedy z pořekadla, že opakování je matka moudrosti a věnujme organizacím a službám, jež osobám se zrakovým postižením nabízejí, patřičnou pozornost.

### **6.1 Obecně o poskytování tyflopédické podpory seniorům se zrakovým postižením**

Obecně je možno vymezit určité principy, v rámci nichž by měla probíhat rehabilitační péče o osoby se zrakovým postižením nebo obecně podpora těchto osob. Výčet principů nabízí např. Wiener (2006, str.38):

- včasnost,
- komplexní funkční diagnostika,
- komplexnost a profesionalita péče,
- včasná a systematická práce s rodinnými příslušníky,
- dostupnost pro každého,
- individuální terapeutická péče.

Tyto zmiňované principy poukazují na to, že by mělo být samozřejmé, aby se potřebné podpory dostalo každému pokud možno ihned po vzniku její potřeby, aby tato podpora byla komplexní, na potřebné profesionální a odborné úrovni a aby byla dostupná každému, bez rozdílů věku. Terapeut musí být dobře vzdělán a připraven, kromě erudice musí být vybaven také schopností empatie. Velmi důležitý je také včasný a kvalitní kontakt s člověkem s nově vzniklým zrakovým postižením a jeho okamžité vybavování potřebnými dovednostmi a návyky. (Wiener, 2006)

Wiener (2006, str.39) uvádí, že „Zásadně důležitá je komplexní funkční diagnostika, tedy prověření všech smyslových funkcí (včetně eventuálních zrakových možností), a to při prováděné činnosti.“ Samozřejmostí je diagnostika vstupní, ovšem je třeba nezanedbávat ani diagnostiku průběžnou. Za důležitý se považuje pozitivní výklad faktů zjištěných při diagnostice, poukazovat tedy na možnosti, které klient má, nikoli na ty, které již ztratil. Zjišťují se též rodinné poměry, vzdělání, dřívější pracovní uplatnění, ale také koníčky a zájmy, jež často zásadně ovlivňují motivaci člověka. Wiener (2006, str. 39) vysvětluje, že „Provedená komplexní funkční diagnostika umožňuje individuální přizpůsobení forem a obsahu práce podle schopností a potřeb klienta.“

## **6.2 Zařízení a organizace poskytující služby seniorům se zrakovým postižením**

### 6.2.1 Centrum zrakových vad

Svým klientům poskytuje tyto služby:

1. Precizní oftalmologické vyšetření, v mnoha případech superkonziliární, oftalmology se zkušenostmi v problematice osob s těžkým zrakovým postižením.
2. Vyzkoušení a předpis speciálních optických pomůcek v prakticky kompletním sortimentu číselníku VZP.
3. Vyzkoušení elektronických (tzv. televizních) zvětšovacích pomůcek – jak kamerových, tak i počítačových, včetně vystavení příslušných doporučení.
4. Návčik dovedností nutných k efektivnímu využívání optických a elektronických pomůcek.
5. Návčik schopností přizpůsobit běžné denní aktivity úbytku zrakových funkcí, doporučení na úpravu pracovního a domácího prostředí.
6. Stimulaci zraku dětí s těžkým zrakovým postižením, poradenství o rané péči.
7. Specializované funkční vyšetření zraku u obtížně vyšetřitelných pacientů
8. Statickou perimetrii na počítačovém perimetru Humphrey prováděnou pacientům z celé FN Motol.
9. Genetické poradenství prováděné jediným oftalmogenetikem ve střední Evropě pro zrakově postižené a jejich rodiny.
10. Psychologickou diagnostiku a psychoterapii dětí i dospělých, součástí programu je i podpora rodin a nabídka stimulačních programů.



11. Sociální služby – řešení specifických sociálních problémů souvisejících se zrakovým postižením.
12. Speciálně pedagogické poradenství o vhodném typu vedení, způsobu vzdělávání.
13. Profesní poradenství.
14. Návaznost na specializovaná pracoviště organizací nevidomých a slabozrakých, zejména na Tyfloservis a jeho krajská střediska.
15. Služby specializovaného očního optika (optometristy), který zajistí co nejrychlejší obstarání předepsané pomůcky.

(dle Rodného in: Jesenský, str. 49)

### 6.2.2 SONS

SONS je zkratka pro Sjednocenou organizaci nevidomých a slabozrakých. Jedná se o občanské sdružení s celostátní působností, které vzniklo v roce 1996 sloučením dvou celostátně působících občanských sdružení občanů s těžkým zrakovým postižením - České unie nevidomých a slabozrakých a Společnosti nevidomých a slabozrakých v ČR. Své odbočky a odborná střediska má v převážné většině okresů ČR a sdružuje přes 10 000 členů. Posláním organizace je jednak sdružovat a hájit zájmy osob se zrakovým postižením, jednak poskytovat konkrétní služby vedoucí k integraci těchto osob do společnosti.

SONS poskytuje konkrétně tyto služby:

- sociální práce mezi těžce zrakově postiženými občany včetně jejich vyhledávání a prvního kontaktu s nimi,
- základní informace o možnostech kompenzace zrakového handicapu i poskytovatelích služeb,
- speciální sociálně právní a pracovně právní poradenství,
- technické poradenství při výběru pomůcek pro zpracování informací včetně nácviku práce s těmito pomůckami,
- vydávání informačních časopisů v Braillově písmu, zvukové podobě, zvětšeném černotisku a digitální podobě,
- provozování informačního systému a digitální knihovny přístupné na internetu,
- rozvoj a docvičování dovedností získaných v programech základní rehabilitace,
- výcvik vodicích psů a další služby jejich držitelům,

- služby osobní asistence,
- odstraňování architektonických bariér.

(<http://www.sons.cz/index.php>)

### 6.2.3 Tyfloservis

Tyfloservis je obecně prospěšná společnost, která se zabývá terénní a ambulanti sociální rehabilitací nevidomých a slabozrakých po celém území české republiky prostřednictvím sítě krajských středisek. Společnost byla založena v roce 1991 občanským sdružením SONS a jejím posláním je podpora integrace nevidomých a slabozrakých do společnosti prostřednictvím intervencí zaměřených na samotné nevidomé a slabozraké, osoby jim blízké a širokou laickou i odbornou veřejnost. (<http://www.tyfloservis.cz/zakladni-udaje.php>)

Tyfloservis nabízí konkrétně tyto služby:

- kurz prostorové orientace a samostatného pohybu (návuk chůze s bílou holí, bez pomůcek, s průvodcem, výběr vhodných tras),
- kurz sebeobsluhy (návuk vaření, péče o oděvy, osobní hygienu, péče o domácnost...),
- kurz čtení a psaní Braillova bodového písma (včetně psaní na tabulce),
- návuk vlastnoručního podpisu,
- návuk psaní na kancelářském psacím stroji a klávesnici počítače,
- tyflografika (návuk samostatného zhotovování reliéfních vyobrazení a rozvoj schopností tato vyobrazení vnímat),
- rehabilitace zraku (užívání zraku v maximální možné míře),
- návuk sociálních dovedností (chování v různých společenských situacích a způsob kontaktu s lidmi v dopravě, v obchodech apod.),
- seznámení se sortimentem speciálních optických, rehabilitačních, kompenzačních i jiných pomůcek a s možnostmi jejich získání,
- proškolení v obsluze vybraných pomůcek,
- poradenství ve vztahu k úpravám prostředí, odstraňování architektonických bariér,

- poradenství ve vztahu k volbě speciální komunikační techniky při současném postižení zraku a sluchu,
- nasměrování na další poskytovatele služeb.

(<http://www.tyfloservis.cz/sluzby-pro-zrakove-postizene.php>)

#### 6.2.4 TyfloCentrum

TyfloCentrum je obecně prospěšná společnost, založená takéž SONS, k jejímuž názvu nedílně patří i název města, ve kterém sídlí. Každé z TyfloCenter sídlí v jednom z krajů a má krajskou působnost. Každé TyfloCentrum poskytuje ve svém kraji komplex sociálních služeb stejného druhu a charakteru, liší se jen v drobnostech podle regionu. Rámcovou náplní činnosti společností je provoz školicích středisek počítačových pomůcek včetně technického poradenství při výběru pomůcek a provoz denních center sociálních služeb (<http://www.tyflocentrum.cz/o-nas.php>)

Nejčastěji poskytované služby:

- sociální poradenství,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociální rehabilitace.

(<http://www.tyflocentrum.cz/sluzby.php>)

#### 6.2.5 Brno-Chrlice

Posláním Ústavu sociální péče v Brně-Chrlicích je poskytování sociálních a zdravotních služeb lidem nad 18 let se zrakovým postižením či s kombinovaných postižením zraku a sluchu, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu postižení a sociální situaci nemohou žít ve svém přirozeném prostředí a kteří potřebují podporu dalších osob. V tomto zařízení jsou nabízeny pobytové a odlehčovací služby. (<http://www.uspchrlice.cz/>)

## 7. Příklad podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí

Konkrétním zajímavým příkladem podpory seniorů se zrakovým postižením (většinou v kategorii slabozrakosti, s dg. Věkem podmíněná makulární degenerace) v zahraničí je projekt „Hope In Sight“ a s ním související studie, realizované týmem specialistů z různých univerzit v americkém Massachusetts ve spolupráci s tamějším National Eye Institut (NEI) a National Eye Health Education Program (NEHEP). Cílem projektu bylo vytvořit edukační materiál ve formě videa, který by měl osobám se slabozrakostí pomoci v jejich situaci a motivovat je k využívání služeb specialistů, v našem pojetí zrakových terapeutů či instruktorů sociální rehabilitace. V této kapitole bude projekt přiblížen a popsán, z důvodu přesvědčení autorky o jeho užitečnosti a zajímavosti a také z důvodu absence podobného projektu, s podobným cílem, v českém prostředí.

### *Jaký byl důvod k realizaci projektu?*

Tamější Státní oční institut (NEI) definuje low vision (slabozrakost) jako zrakové postižení, které nelze korigovat standardními brýlemi, kontaktními čočkami, léky nebo chirurgickým zákrokem, a které omezuje schopnost člověka vykonávat běžné denní aktivity. Věkem podmíněná makulární degenerace – AMD (Age Related Macular Degeneration) je nejrozšířenější oční choroba v pozdním věku, která u osob nad 65 let často vede právě ke slabozrakosti či slepotě. Prevalence je silně spojena s věkem, proto se očekává velký nárůst v souvislosti se stárnutím populace. Po sdělení takové diagnózy, jako je např. AMD, se mnoho pacientů cítí v koncích. Emoční dopady omezení, způsobených zrakovým postižením, mohou být velmi závažné. Mohou čítat smutek, depresi, anxiету, zmatek, strach a sebevražedné myšlenky.

I když v USA existují mnohé rehabilitační služby a pomocná optika, velká část pacientů nevyužívá jejich výhod. Předpokládá se, že je to proto, že nejsou svým diagnostikem o těchto možnostech informováni. Výzkum ukazuje, že většina respondentů uvádí, že jim jejich oční specialista poskytl malé nebo žádné lékařské informace o tom, jak naložit se svou diagnózou. Navíc si většina respondentů myslí, že jejich oční specialista byl příliš zaneprázdněn a neměl dostatek času jim celý problém vysvětlit. Někteří oftalmologové dokonce říkali svým pacientům, že pro ně nemohou

nic víc udělat. Oni proto následně přirozeně ukončili návštěvy jakýchkoliv specialistů, aniž by zjistili, že mají možnost využívat speciální pomůcky.

A to vše je důvod, proč je stav edukace a vůbec její možnosti u slabozrakých pacientů v USA alarmující. Zjištění této skutečnosti vedlo National Eye Health Education Program (NEHEP) v USA k vytvoření celostátního edukačního programu pro slabozraké a jejich rehabilitaci, včetně veřejných osvětových aktivit, sponzoring veřejného servisu, rozvoj a rozšiřování publikací a prezentace problematiky na velkých obrazovkách v nákupních střediscích. Jako doplněk všech těchto snah bylo vyvinuto na základě poznatků z National Eye Institut edukační video s názvem „Hope In Sight“. Video je zacíleno na vzdělávací, emoční a motivační potřeby spojené s životem s makulární degenerací. Video využívá tzv. kognitivní restrukturuaci. Jedná se o přístup, který vyvolává adaptivní přesvědčení, jež napomáhají adaptivním změnám. Speciálním vzdělávacím záměrem videa bylo zlepšit znalosti v oblastech anatomie oka a patologie makulární degenerace, typů dostupných rehabilitačních pomůcek, možných úprav a změn v prostředí, změn životního stylu, zdrojů informací o službách, pomůcek atd. Motivačním záměrem bylo zvýšit pacientovo sebehodnocení po získání a užívání pomůcky a především ho k užívání pomůcek motivovat. Výše zmiňovaná studie popisuje vývoj videa a výsledky výzkumu efektivity videa.

#### *Vývoj obsahu videa a jeho tvorba*

Obsah videa byl vytvořen v šesti krocích. V prvním byla navržena základní linka na základě experimentů a nahlédnutí do dostupných dosavadních videí a tištěných materiálů pro pacienty. Ve druhém kroku byla navržená témata diskutována třemi pokusnými skupinami, popsány níže. Ve třetím kroku byl obsah přezkoumán a revidován na základě připomínek jednotlivých skupin. Následně byl vytvořen asi desetiminutový prototyp videa, který refletoval celkový přístup a tón videa. Prototyp obsahoval dokumentárně laděný rozhovor s mužem s AMD a jeho manželkou a také virtuální úpravy interiéru pro slabozraké. Kontrasty v prototypu byly zvětšeny, jak je popsáno níže. V pátém kroku měli čtyři účastníci z předchozí pokusné skupiny (3 osoby s low vision, a jeden člen rodiny) shlédnout prototyp. Poté popisovali a hodnotili jednak obsah a jednak formát. Zvětšení kontrastu usnadnilo sledování videa a oni tak mohli vidět nezvětšený virtuální domov. V šestém kroku byl vytvořen konečný obsah a video bylo dokončeno. (jednotlivé videomateriály jsou ke shlédnutí na <<http://www.eri.harvard.edu/faculty/peli/projects/hopeinsight.html>> , pozn. autorky)

Dvouhodinové sezení se třemi pokusnými skupinami bylo provedeno proto, aby bylo možné určit nejzajímavější části videa ze tří různých perspektiv. První skupina čítala osoby s AMD (4 ženy a 5 mužů). Druhá skupina byla složena z pečovatelů o osoby s AMD (5 manželek, 1 dcera a 1 přítel). Ve třetí skupině byli poskytovatelé rehabilitačních služeb pro slabozraké (3 oftalmologové, 3 optometristé, 1 sociální pracovník a 2 terapeuti). Diskuse ve skupinách probíhaly pod odborným vedením a byly nahrávány a zapisovány.

Pokusná skupina pacientů popisovala svůj počáteční strach a beznaděj po sdělení diagnózy. Podobné reakce byly zaznamenány i u jiných pokusných skupin v jiných výzkumech zaměřujících se na slabozrakost. U této konkrétní skupiny byl emocionální dopad AMD identifikován jako čtvrtý nejrozšířenější problém související s jejich stavem. Skupina zdůrazňovala potřebu pacientů dostat naději na znovuzískání ztracených schopností ve vztahu ke slabozrakosti. Tato potřeba mimochodem nebyla v jiných studiích prokázána.

Na základě poznatků získaných od pokusné skupiny bylo rozhodnuto použít právě onen zmiňovaný koncept kognitivní restrukturace jako teoretický podklad projektu. Kognitivní restrukturace je přístup, který vyvolává adaptivní přesvědčení, jakými jsou lépe pochopená kontrola, lepší důvěra ve vlastní schopnosti a realističtější odhad vlastního neúspěchu, který zpravidla předchází snaze o změny aktuálního chování. Tento přístup byl úspěšně použit např. v komunikaci mezi lékařem a pacientem.

V dokumentárním stylu byly do videa vsazeny tři příběhy skutečných lidí se slabozrakostí způsobenou AMD a jejich rodin, která ukazují, jak se emočně vyvíjeli od počátečního strachu a beznaděje až k akceptaci a vyrovnání se s nastalou situací. Bylo též zobrazeno využívání asistenčních pomůcek pro slabozraké, které je postupně vedlo k větší nezávislosti a samostatnosti. Vzrůstající povědomí a znalosti o pomůčkách, které jsou dostupné pacientům s AMD a ukázka skutečných lidí, kteří se vyrovnali s počáteční diagnózou a vrátili se k produktivnímu a plnohodnotnému životu, vytvářejí podklad pro kognitivní restrukturuaci.

Dynamická simulace vizu s centrálním skotomem byla vytvořena zejména pro rodiny pacientů. Video ukazuje chodce přibližujícího se ke slabozraké osobě a to, jak se přibližuje k pozorovateli a stává se tak větší, se stále více viditelnými detaily její tváře. To také ilustruje skutečnost, proč je zvětšení pro slabozraké osoby tak efektivní.

K ilustraci změn prostředí, které mohou být provedeny v domácnostech slabozrakých pacientů, byl použit animovaný 3D virtuální domov vytvořený počítačovou grafikou. Jeho jednoduchost usnadňuje náhled na změny v prostředí a animace umožňuje prohlédnout si interiér před a po úpravách. Konkrétně ukazuje některé změny, které může pacient učinit v různých místnostech svého domova proto, aby se jeho každodenní činnosti staly snadnějšími.

V oblasti fyziologie oka vykazovali zmatek především poskytovatelé péče. Proto byly vytvořeny grafické animace, které ilustrují anatomii oka a změny spojené s AMD. Dle zkušenosti mnozí pacienti nerozumí klasickému zobrazení oka, jak ho známe z učebnic a obrázků u lékaře. Pacienti si nedokáží propojit informace a představit si tak reálně funkci oka a jeho jednotlivých částí. Např. si většina dotázaných myslela, že duhovka je něco jako balón uprostřed oční koule. Proto byla vyvinuta animace určená přímo pro laickou veřejnost. Vztahy jednotlivých částí oka, důležité pro správné vidění, byly zdůrazněny v průběhu animace za použití postupného odkrývání vrstev oka a jejich průhledů. Bylo použito tak velké zvětšení, jak jen bylo možné.

Video bylo vytvořeno se zvětšeným kontrastem za účelem zlepšit percepci u cílové skupiny slabozrakých osob. Použitý parametr zvětšení byl vytvořen zprůměrováním parametrů vybraných pokusnými slabozrakými osobami. Pokusní pacienti pak shlédli video a potvrdili, že zvětšení skutečně usnadňuje sledování videa. Poskytovatelé péče shlédli stejné segmenty videa a potvrdili, že zvětšení nepůsobí rušivě.

#### *Výzkum očekávaného účinku*

Subjekty pro výzkum byly vybrány během pěti veřejných školení konaných Schepens Eye Research Institut na Floridě během zimy 2002. Lidé, kteří měli zájem se výzkumu účastnit, byli požádáni o svolení kontaktovat je prostřednictvím telefonického rozhovoru. Byly jim také rozeslány brožury ve zvětšeném černotisku a informační formuláře s žádostí o pečlivé prostudování těchto materiálů před začátkem studie (tzn. telefonních screeningových rozhovorů). Kritérii pro přijetí byla slabozrakost, znalost angličtiny, vlastnictví televize a videa a schopnost slyšet, potřebná k uskutečnění telefonátů. Věk nebyl rozhodující. Nakonec bylo do výzkumu přijato celkově 151 dospělých osob, 54 mužů a 97 žen. Veškerá data byla získána vyškoleným pracovníkem po telefonu.

Všechny subjekty byly na začátku osloveny ve stejnou dobu. Poté bylo jedné skupině zasláno video („video skupina“) a dostala za úkol se na něj do dalšího telefonátu, tj. za dva týdny, podívat. Skupina bez videa („kontrolní skupina“) byla kontaktována též za dva týdny. Obě skupiny pak byly kontaktovány ještě potřetí, 3 měsíce od vstupního pohovoru. Kontrolní skupina obdržela video až po těchto třech měsících.

Analýza dat byla použita k posouzení účinku videa na změnu znalostí, postojů a chování ve dvou časových rovinách. Některé změny byly očekávány až po uplynutí tříměsíční lhůty, přičemž některé se měly projevit okamžitě, ve dvoutýdenní lhůtě, bez jakékoliv profesionální pomoci. Změny ve znalostech byly očekávány do dvou týdnů po vstupním telefonátu, kdežto změna ve využívání asistenčních pomůcek naproti tomu až ve lhůtě 3 měsíců.

### *Výsledky výzkumu*

#### **Znalosti**

Scóre znalostí bylo počítáno jako počet správných odpovědí na osm otázek. Obě skupiny zlepšily své scóre, nicméně zlepšení „video skupiny“ bylo signifikantní, kdežto zlepšení kontrolní skupiny ne. Lidé, kteří si vedli dobře při vstupním pohovoru, se zlepšili méně. Více se zlepšili lidé, kteří nikdy nežili v manželství, lidé, kteří žijí sami a také ti, kdo mají lepší zdravotní stav.

#### **Asistenční pomůcky**

Bylo prověřováno aktuální využívání a plán využívat asistenční pomůcky. Aktuální využívání se zjišťovalo pomocí otázek s uzavřenými odpověďmi ano-ne u každé konkrétní pomůcky. Přání a plány využívat pomůcku bylo měřeno na čtyřbodové škále: nepřeji si-možná ano-velmi si přeji-jíž užívám. Byla porovnáována změna od prvního pohovoru a poté stav po 3 měsících. Prokazatelný byl nárůst používání zvukových knih u „video skupiny“ (z 28 na 51%), přičemž u kontrolní skupiny se toto nezměnilo (stále 34%).

Co se týče zvětšovací pomůcky, aktuální využívání se u „video skupiny“ změnilo ze 49 na 61%, u „kontrolní skupiny“ pouze ze 44 na 48%. Podobně i u ozvučených pomůcek se užívání nezměnilo u „kontrolní skupiny“, stále 12%, kdežto u „video skupiny“ byla změna z 5 na 12%.



## **Adaptivní chování**

Adaptivní chování bylo pro účely této studie definované jako provádění změn v domě a v životním stylu za účelem přizpůsobit se svému postižení. Zjišťování se provádělo výběrem odpovědi ano-ne na otázky úprav interiéru či změny v činnostech. Zde vykazovaly zlepšení obě skupiny.

## **Osobní postoje a sebedůvěra**

Sebedůvěra byla definovaná pro potřeby studie jako důvěra ve vlastní schopnost vykonávat činnosti jako je chůze, sebeobsluha, udržovat vlastní nezávislosti, udržovat vztahy, přijímat informace o svém stavu a využívat rehabilitačních postupů. Scóre sebedůvěry bylo počítáno jako součet sedmi otázek. Každá z otázek zjišťovala, jak jistá si je osoba ve vykonávání dílčích aktivit. Možné odpovědi byly trochu-docela-velmi. Nenastala prokazatelná změna u „video skupiny“ a ni u „kontrolní skupiny“.

## **Emoční prožívání**

Emoční prožívání, tedy jak často osoba cítí smutek, frustraci či beznaděj ve vztahu ke zrakovému postižení, bylo zjišťováno pěti otázkami a frekvence těchto stavů byla počítána na čtyřbodové škále. Možné odpovědi byly nikdy-zřídka-někdy-často. Rozdíly mezi oběma skupinami se neprokázaly.

Výzkumný tým tedy prokázal, že zkoumané osoby, které shlédly video, měly prokazatelně vyšší scóre, než kontrolní skupina, a to konkrétně v oblastech znalostí o svém postižení a asistenčních pomůcek, včetně přání využívat tyto pomůcky. Video skupina také začala více využívat zvukové knihy. Nicméně byla patrná pouze malá změna v emocionálním postoji k onemocnění a neprokázala se změna v aktuálním užívání adaptivních technik nebo aktuálním užívání asistenčních pomůcek. Důvod může být jednak vysoká cena asistenčních pomůcek a jednak např. problém dostavit se na schůzku s low vision specialistou. Také to ale může být proto, že pacienti potřebují více než jenom video a jiné edukační materiály k tomu, aby se vypořádali se svými emocemi a mohli učinit změny ve svém životním stylu.

Jakýmsi poselstvím výzkumu by mělo být to, že pacienti potřebují více interakcí s profesionály a více setkání s low vision specialistou, který jim doporučí konkrétní speciální pomůcky a ukáže, jak fungují a jak jim mohou pomoci.

(anglický text studie dostupný na

<http://www.eri.harvard.edu/faculty/peli/papers/OVS%20-%20Video.pdf>)

## **8. Výzkumná část**

### **8.1 Úvod do výzkumné části**

Problematika, která je v diplomové práci přiblížena, je poměrně široká a lze ji uchopit a zkoumat z několika úhlů pohledu. Z celého obsáhlého tématu seniorů se zrakovým postižením se autorka ve výzkumné části své práce rozhodla zaměřit především na to, jak je život seniorů zrakovým postižením nejvíce ovlivněn a jak toto ovlivnění oni sami vnímají, a to v nejrůznějších oblastech své existence. Tato zjištění poté využít pro praxi, ve smyslu uvědomění si specifik, která cílová skupina seniorů se zrakovým postižením má a ve smyslu možnosti přizpůsobit speciálně pedagogickou intervenci dané skupině s cílem maximalizovat její pozitivní účinek.

Za účelem dosažení tohoto cíle byly v rámci výzkumu zpracovány případové studie a na jejich základě byly zodpovězeny vytyčené výzkumné otázky.

Výzkumná část diplomové práce je vystavěna tak, že nejprve jsou stanoveny cíle a úkoly výzkumného šetření. V souvislosti se zvolenými cíli je dále popsána metodika získávání a zpracování dat. Následují případové studie, zpracované dle zvolené metodiky. Dalším bodem jsou výsledky a interpretace dat, sestávající především ze zodpovězení výzkumných otázek. Výzkumná část práce je uzavřena závěrem a náměty pro praxi.

Autorka je si vědoma rozsáhlosti problematiky a nemožnosti jejího komplexního pojetí v rámci jedné práce. Považuje proto práci za jakési její základní uchopení, na které lze v budoucnosti navázat a podívat se tak na téma seniorů se zrakovým postižením z různých dalších úhlů pohledu.

### **8.2 Cíle a úkoly výzkumného šetření**

Cílem výzkumného šetření je co nejpodrobněji popsat specifika života seniorů, kteří se potýkají se zrakovým postižením. Zejména pak jde o snahu přiblížit fenomén ztráty zraku v seniorském věku a podat informace o tom, jakým způsobem a v jakých oblastech se senioři cítí tímto postižením omezeni a jak vnímají novou situaci v kontextu svého dosavadního života, co všechno může toto jejich vnímání ovlivňovat.

Cíle výzkumného šetření bylo dosaženo jednak zpracováním pěti podrobných případových studií a jednak podáním odpovědí na vytyčené výzkumné otázky uvedené níže.

Konkrétní úkoly výzkumu:

1. Shromáždění teoretických podkladů nezbytných pro výzkum.
2. Výběr případů, určení metody sběru dat.
3. Příprava strukturovaného rozhovoru (interwiev), jako jednoho z hlavních zdrojů informací pro vypracování případové studie.
4. Vstup do terénu.
5. Sběr dat v terénu (rozhovory s informanty, zúčastněné pozorování).
6. Vyhodnocení a interpretace dat získaných terénním šetřením, příprava zprávy.
7. Zpracování závěru výzkumu.

### **8.3 Metodika získávání a zpracování dat**

V závislosti na cíli šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum byl v tomto případě zvolen proto, že cílem bylo podat co nejdůkladnější popis daného jevu, věnovat se důkladně několika málo konkrétním případům, pokusit se nastínit některé možné souvislosti života seniorů se zrakovým postižením. Za tímto účelem se pak mimo jiné osobně a dlouhodobě setkával v terénu se zkoumanými osobami. Cílem výzkumu tedy nebyla snaha široce zevšeobecnit získané údaje, nýbrž podat náhled na to, jaká může být situace některých seniorů se zrakovým postižením.

Dle všeobecných zvyklostí bylo na počátku vybráno výzkumné téma, v tomto případě „Senior se zrakovým postižením“, a určeny výzkumné otázky.

Výzkumné otázky byly zvoleny tyto:

1. Jak se cítí senioři se zrakovým postižením nejvíce omezení?
2. Jaký vliv může mít na seniora se zrakovým postižením rodinné zázemí?
3. Jaký je vztah seniorů k využívání speciálních pomůcek?

4. Jak se staví senioři k možnosti využívat sociální služby se zaměřením na osoby se zrakovým postižením?

Výzkum byl proveden pomocí **případové studie**, a to z níže uvedených důvodů.

V případové studii jde výzkumníkovi o podrobné studium jednoho případu nebo několika málo případů, sbírá se velké množství dat od tohoto případu nebo několika málo případů. Jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. Vychází z předpokladu, že důkladným prozkoumáním jednoho případu je poté možno lépe porozumět jiným podobným případům. Zde se konkrétně jedná o **osobní případové studie**, v nichž jde o podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby nebo několika málo osob. Zkoumané osoby jsou záměrně označovány jako informanti. Autorka vychází z toho, že tradičně používaný pojem respondent spíše vyjadřuje, že zkoumaná osoba zcela prostě, bez vlastní kreativity odpovídá na položené otázky, své odpovědi dále nerozvádí. Kdežto pojem informant spíše vyjadřuje, že daná osoba nás široce informuje o svém životě, poskytuje informace různého charakteru, které nemusí přesně korespondovat se zadanými otázkami a které jdou často nad jejich rámec. (Hendl, 2005)

Jako hlavní **metoda sběru dat** byl zvolen **strukturovaný rozhovor**, respektive interview, doplněný o zúčastněné **pozorování** a studium dokumentace (především lékařské) v případech, kde to bylo možné.

Při tvorbě otázek strukturovaného rozhovoru s převážně otevřenými otázkami (viz příloha B) bylo bráno v potaz, že zrakové postižení významně ovlivňuje kvality života člověka. Pro přehlednost a úplnost tudíž byly v otázkách zohledněny jednotlivé dimenze kvality života tak, jak se o nich zmiňuje Světová zdravotnická organizace. Jednalo se tedy o oblasti: fyzické zdraví a úroveň soběstačnosti, psychické zdraví a duchovní stránka, sociální vztahy, prostředí. Jednotlivé okruhy otázek s těmito dimenzemi víceméně korespondují, pro úplnost byly samozřejmě doplněny další tematické okruhy, konkrétní znění otázek je pak již dílem autorky.

Rozhovor je obsáhlý a počet otázek vysoký, proto bylo třeba realizovat jej ve chvíli dobrého psychického i fyzického rozpoložení zkoumaných osob, což bylo často možné až na opakovaný pokus. Realizace vždy probíhala v tichém prostředí se zajištěním dostatku soukromí. Průměrný čas potřebný pro zodpovězení všech otázek byl 1,5 – 3 hodiny. Odpovědi byly zaznamenávány ručně do předem připraveného záznamového archu. Před zahájením oficiálního rozhovoru byli informanti vždy seznámeni s jeho

předpokládanou délkou, účelem, praktickým využitím. Zároveň byli poučeni o právu neodpovídat na všechny otázky bez udání důvodu. Protože jsme se se zkoumanými osobami navzájem již znali, nesla se komunikace v přátelském duchu.

Rozhovor a případné zúčastněné pozorování byl realizován s informanty, kteří splňovali určitá, předem daná kritéria. Při výběru případů byla proto zvolena metoda záměrného výběru. **Kritéria pro výběr informantů** byla následující:

- seniorský věk (tzn. v pojetí autorky věk nad 60 let),
- vznik zrakového postižení u dané osoby v seniorském věku (ve věku nad 60 let),
- aktuální nebo minulé využívání některých sociálních služeb se zaměřením na osoby se zrakovým postižením.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 5 informantů: 3 ženy (75, 85 a 80 let) a 2 muži (78 a 75 let).

**Šetření v terénu** probíhalo pravidelně a dlouhodobě, konkrétně pak od počátku listopadu 2009 do poloviny března 2010. Před vstupem do terénu bylo třeba zvolit některou z technik, jak tento vstup usnadnit. Nejvhodnější se v tomto případě jevila tzv. osoba „vrátného“, tedy člověka, který otevře výzkumníkovi prostředí a uvede jej do něj. (Gavora, 2000) V tomto konkrétním případě byla oním facilitátorem sociální pracovnice SONS, která organizuje neregistrovanou klubovou činnost seniorů se zrakovým postižením, jejich pravidelné setkávání, kterého jsem se měla možnost dlouhodobě účastnit. V rámci těchto setkání jsem se se seniory seznámila, pozorovala je, sledovala jejich reakce v různých situacích, mluvila s nimi i mimo oficiální rozhovor (interview), absolvovala s nimi některé akce. Mimo to jsem s některými vybranými z nich vedla rozhovor, který byl realizován na tichém místě s dostatkem soukromí (v prostorách organizace) a získala tak od nich zásadní informace pro vypracování případových studií. Pouze s jediným informantem (pan E) byl realizován rozhovor a pozorování v jeho domácím prostředí.

Veškeré informace získané terénním šetřením (informace získané z interview, z pozorování, z dílčích rozhovorů, ze studia dokumentace – především lékařské) byly následně zpracovány do případové studie. Tyto případové studie jsou uvedeny v následující kapitole.

## 8.4 Případové studie

### 8.4.1 Případová studie A

Paní A bylo nedávno 75 let. Na mou žádost o rozsáhlý rozhovor reaguje velmi ochotně a po mém vysvětlení, k jakému účelu bude rozhovor použit, se její zájem ještě zvyšuje, po celou dobu mám potom pocit, že jej bere velmi zodpovědně. Důsledně a bez váhání odpovídá i na otázky osobnějšiho rázu, vždy svou odpověď sama rozvádí, není nutné klást doplňující či objasňující otázky, když už se trochu odchýlí od původního zadání otázky, ptá se, zda mě to ještě zajímá, jestli může povídat dál. Díky tomuto aktivnímu přístupu informantky se podařilo získat vcelku obsáhlé a ucelené informace.

Přesné znění oftalmologické diagnózy se nepodařilo zjistit, údaje tedy pocházejí od samotné informantky. V mládí, ve věku 24 let, jí byly z neznámých důvodů aplikovány jakési oční léky, které v ojedinělých případech mohou nenávratně poškodit sítnici (jakési „popraskání“). To byl případ i paní A. Po této příhodě se jí zrak zhoršil natolik, že uvádí, že oslepla. Dostala se ale tehdy do péče prof. Vejdovského, díky němuž se zrak vrátil do toho stavu, že mohla číst i vykonávat drobné manuální činnosti, ačkoliv zrakový komfort nebyl nejlepší, viděla zamlženě a pouze s brýlovou korekcí. Takto prožila prakticky celý život. Změna nastala ve věku 63 let, kdy se zrak začal výrazně zhoršovat. Čtení se s běžnou brýlovou korekcí stalo prakticky nemožné, zamlžení se zvýraznilo, zhoršila se orientace v prostoru. Do této doby spadá pro informantku jedna výrazná oftalmologická příhoda, od které se ona sama považuje za zrakově postiženou. Na základě dostupných informací můžeme tedy konstatovat, že zrakové postižení jako takové vzniklo ve věku 63 let.

Z důvodu celkově se zhoršujícího zraku tehdy navštívila oftalmoložku. Ta provedla standardní vyšetření, jehož součástí bylo „rozkapání“ očí. Po tomto zákroku ale paní A přestala vidět úplně. Lékařka tehdy tomu nevěnovala pozornost a poslala paní A domů s tím, že to bude v pořádku. Domů musela být dovedena svou 7,5letou vnučkou, která ji k lékaři doprovázela, sama by se zpět nedostala. Teprve doma jí došla závažnost celé situace. Manžel již velmi dlouho nežil a ona seděla sama, nevidomá v bytě a nevěděla, co dělat a co bude dál. Měla pocit, že už nikdy nebude nic jako dřív a že už ji v životě nic nečeká. Dlouho plakala a když se v rámci možností uklidnila, kontaktovala rodinu. Ta zuřila. Prvotní reakce synů byla taková, že chtěli lékařce

fyzicky ublížit, čemuž paní A naštěstí zabránila. Následovalo zmobilizování sil a na druhý den odvezly děti svou nevidící maminku za člověkem, který provádí akupunkturu, s tou měla v minulosti velmi dobré zkušenosti. Na tuto terapii docházela celkem tři měsíce a uvádí, že po uplynutí této doby se jí určitá schopnost vidět vrátila a že od ukončení terapie vidí zhruba stejně jako dnes, s tím, že v poslední době se jí zrak začíná opět mírně zhoršovat. Tato skutečnost ji samozřejmě velmi stresuje, bojí se totální slepoty.

V současné době hodnotí informantka subjektivně svůj zrak tak, že na jedno oko nevidí nic a na druhé velmi zamlženě. Obličej druhého člověka rozezná jen z velmi blízkého pohledu, ale je schopna si ho potom do příště zapamatovat. Nejjemnější manuální práce už se zrakovou kontrolou není schopná provozovat (drobné ruční práce – vyšívání, přišítky knoflíku apod.). S použitím optických pomůcek je schopná přečíst pár řádků zvětšeného černotisku, ale tato činnost ji velmi vyčerpává a proto se jí spíše vyhýbá. S normálním černotiskem je práce již zcela vyloučená. Problémem se stal i nákup v obchodě, kde jí všechno vystavené zboží splývá a ona není schopná vybrat to správné. Při vyřizování na úřadech, v bance apod. je vždy nutná asistence za účelem přečtení tištěného. Paní A uvádí, že pořádně nic nepřečte od svých 63 let.

Vzhledem k jejím omezením je nezbytné využívání speciálních pomůcek, optických i neoptických. Z optických jsou to lupa (ruční) a hyperokulárové brýle, z neoptických pak indikátor hladiny, zvukové knihy – chodí poštou pravidelně 1x za měsíc, Pichtův psací stroj. Žádné další informantka neuvádí. Zároveň poznamenává, že naučit se správně používat optiku bylo pro ni neskutečně náročné a dokonce uvažovala, že to vzdá. Dnes říká, že to sice byl boj, ale že je moc ráda že vytrvala a lupu se naučila používat, že jí to velmi usnadňuje život. Na můj dotaz, zda by si přála mít doma ještě nějaké další pomůcky, odpovídá, že ne, že jich má tak akorát, že by toho stejně víc nevyužila. Jediné, co zmiňuje, je lupa, o které si myslí, že by jí vyhovovala, ale nemá na ni ještě nárok a vzhledem k vysoké pořizovací ceně si ji nemůže uhradit sama v celé výši.

K problémům se zrakem se bohužel přidaly i další zdravotní obtíže, které ještě více komplikují situaci. Paní A používá při chůzi francouzskou hůl, protože má problémy s kolenem. Operace kolene není možná z důvodu srdeční vady, tudíž chůze s oporou hole je trvalý stav. Na jedné noze má v současné době otevřený bércový vřed. Pravidelně užívá léky na astma. Přes všechny tyto zdravotní komplikace bere svou

situaci, jak sama říká, „sportovně“. Na svůj zdravotní stav si nestěžuje, nijak zvlášť o něm nepřemýšlí, bere ho tak, jak je. Nechce se nechat svými obtížemi omezovat. Přes tento její pozitivní přístup omezena v určitých činnostech je. Díky zhoršené mobilitě se již po dvakrát nemohla zúčastnit rekondičního pobytu, na který velmi ráda jezdila, což ji moc mrzí. Tuto skutečnost vzpomněla za náš rozhovor hned několikrát. Nevydrží také dlouho stát, tudíž veškeré činnosti, které stání vyžadují, nepřicházejí v úvahu. Tady vzpomněla například vaření, stání fronty v obchodě či na úřadě, pochůzky po městě. Co se týče dalších těžkostí, spojených s postižením zraku, jmenuje pouze bolest hlavy a očí při opakovaných pokusech o čtení nebo při delším čtení s optikou. To, že by se někdy cítila bez energie nebo unavená, s úsměvem zamítá, prý je to spíš naopak.

Paní A žila před vznikem zrakového postižení poměrně aktivním životem. Vyučila se ševcem, po vyučení pracovala nějakou chvíli v železárnách, následně dlouhé roky pracovala jako pradlena v jeslích a jejím posledním zaměstnáním, ve kterém setrvala od roku 1980 až do svých 63 let, byla skladová dělnice v nemocnici. Všechno mohla bez problémů vykonávat i se svým mírným zrakovým omezením. Na všechna svá zaměstnání vzpomíná ráda a uvažuje o tom, že kdyby se jí nezhoršil zrak a nemusela díky tomu do důchodu, možná by pracovala dodnes. Vždy byla ráda mezi lidmi a zejména mezi malými dětmi, ty byly a jsou její celoživotní zálibou. Již v mládí vykonávala funkci skupinové vedoucí v Pionýru, vedla různé kroužky, hrála s dětmi divadlo, recitovala, pořádala výlety. S manželem měli několik vlastních dětí, hodně cestovali a vůbec aktivně trávili volný čas. Jeho smrt před 22 let byla pro paní A velkou ranou. Tenkrát se zhroutila a měla velké zdravotní problémy. S podporou rodiny toto těžké období překonala a postupem času se opět vrátila k aktivnímu životu. Jak ale sama říká, už to nebylo jako dřív.

Po smrti manžela žila až do nedávné doby sama v bytě. Byt se nacházel v domě bez výtahu a tato skutečnost se postupem času ukázala jako nepřekonatelný problém. Tento nevyhovující byt se podařilo vyměnit za lepší, v domě s výtahem. Do toho bytu se k paní A před nedávnem nastěhoval její vnuk se svou přítelkyní, přičemž tento nápad vzešel přímo od paní A. Společné bydlení se realizuje tak, že „babička“, jak o sobě někdy paní A mluví, bydlí v prostorném pokoji, mladý pár má také svůj pokoj a společně užívají kuchyň, koupelnu, WC a chodbu. Soužití s vnukem hodnotí jako harmonické a velmi si ho pochvaluje. V bytě provedl vnuk s ohledem na zrakové postižení babičky drobné úpravy. Odstranil prahy, byt vymaloval světlou barvou a babičce zajistil kvalitní osvětlení, jak centrální, tak bodové pro drobnou práci. Na



otázku, zda by chtěla, aby se v bytě provedly ještě nějaké další úpravy, které by jí usnadnily život, odpovídá, že zatím rozhodně ne, že jí to tak vyhovuje. V bytě se jí žije dobře, cítí se tam bezpečně.

S rodinou se paní A stýká velmi často, nepočítaje každodenní kontakt se spolubydlícím vnukem. Pravidelně dostává od svých blízkých nabídky, zda nechce něco nakoupit, někam odvézt, zúčastnit se společné rodinné akce. Někdo z rodiny ji vždy doprovodí či autem zaveze k lékaři či na úřad, a díky tomu zatím nemusela využít placené osobní asistence, pečovatelské služby, či služeb dobrovolníka. Rodina ji pravidelně navštěvuje, stejně tak kamarádky a známí. Rozhodně se dle svých slov necítí tak, že by byla osamělá nebo měla nedostatek sociálních kontaktů.

Ve volném čase se paní A věnuje poslechu rádia, sledování televize (za použití optických pomůcek), občas jde ven – samostatného pohybu se zatím nebojí, občas něco „mladým“ upeče. Pravidelně 1x měsíčně chodí za doprovodu své vidící kamarádky do místního divadla, kde má celoroční předplatné. Velmi ráda cestuje a poznává nové věci a tuto svou potřebu uspokojuje v rámci výletů a akcí, které jsou pořádány organizací, jež navštěvuje. O těch mluví s velkým nadšením. Když se zamýšlí nad tím, v čem konkrétně ji zrakové postižení omezuje, udává právě samostatné cestování, neschopnost sledovat pohodlně TV, provozovat samostatně nenáročnou sportovní aktivitu (lehká turistika, cykloturistika, plavání), čtení knih. Co se týče společenského styku nebo získávání informací jako takového, subjektivně žádné omezení nepocituje. Používá mobilní telefon, sms nečte ani nepíše, ovšem telefonuje, důležitá čísla má nastavená na automatické vytáčení (zmiňuje se o tom, že jí rodina slíbila k Vánocům telefon speciálně upravený pro potřeby lidí se zrakovým postižením a že je na to velmi zvědavá). Pravidelně čte časopisy Ohníček a Šance, které má předplacené. Jedna věc ji ale velice mrzí. Těšila se, že až bude v důchodu, bude jezdit na výlety, poznávat kraj, jezdit na akce s klubem astmatiků, a zrakové postižení jí tyto plány ztížilo až znemožnilo.

Když se bavíme o tom, zda jsou pro ni, jako pro člověka se zrakovým postižením, nějaké činnosti doslova stresující, odpovídá bez rozmýšlení. Jsou to zejména cesty na neznámé místo nebo pobyt v malém prostoru (s tím měla problémy již dříve, ovšem po rozvoji zrakové vady se obtíže výrazně zhoršily). Nejvýrazněji si ovšem posteskuje, že už nevidí na recepty a na váhu v kuchyni. Vášnivě ráda pekla, teď jí to moc chybí a tato skutečnost ji dost stresuje. Při mé zmínce o váze s hlasovým výstupem hned ví, o co jde a uznává, že už asi bude pomalu načase si ji pořídit.

Narážíme také na téma sníženého pocitu bezpečí z důvodu zrakového postižení. Nejméně v bezpečí si paní A připadá na rozbitých chodnících, kde hrozí zakopnutí o dlažební kostku. Dále potom v podchodu. Přepadení na ulici se neobává, stejně tak vykradení bytu, dodržuje bezpečnostní zásady.

Paní A je dobře informovaná o možnostech využívání různých služeb. Ona sama využívá služeb jak Tyfloservisu, tak TyfloCentra, tak odborného sociálního poradenství poskytovaného SONS. Kontakt na poskytovatele těchto služeb dostala od svého oftalmologa. V Tyfloservisu prošla kurzem prostorové orientace a samostatného pohybu, učila se číst a psát Braillovo bodové písmo a podle jejích slov se tam naučila také samostatnosti, nespolehat na druhé lidi. Dále zde absolvovala zácvik práce s veškerými pomůckami, které vlastní. V TyfloCentru využívá nabídky volnočasových aktivit, výlety, přednášky, zájezdy za kulturou a památkami, pravidelná společná setkávání uživatelů služeb. V SONS pak služby odborného poradenství. Žádné další služby není nucena z důvodu výrazné podpory rodiny využívat, ovšem ví o nich a je jí jasné, že kdyby jí rodina nepomáhala, bylo by nutné některé z nich (např. pečovatelskou službu) využívat. V souhrnu jí nabídka služeb připadá více než dostačující, říká, že dostává vše co potřebuje, a že co nevyužije ona, využijí jiní. Uvádí, že vzhledem k široké nabídce volnočasových aktivit v TyfloCentru je velmi vytížená a že více akcí už by snad ani nezvládla. Když se na svůj popud zamýšlí nad tím, jak by to asi vypadalo, kdyby se žádné služby nenabízely, posmutní a říká, že by určitě nemohla tak často za kulturou a za památkami a neviděla se se svými přáteli. Děti by se snažily jí aktivní využití volného času zajistit, ale už by to nebylo ono. Navíc by se neuměla tak dobře orientovat venku a možná by se bála chodit někam sama. Průběžně opakuje, že je moc ráda za to, že Tyfloservis a TyfloCentrum existují.

Paní A byl přiznán příspěvek na péči ve výši druhého stupně. Uvádí, že nad penězi má naprostou kontrolu, nestává se, že by po ní rodinní příslušníci chtěli bezdůvodně peníze, není na ni po finanční stránce vyvíjen žádný nátlak. Své peníze neshromažďuje doma, má je uloženy v bance. Svou finanční situaci hodnotí jako dobrou, nic jí nechybí. V souvislosti se svým zrakovým postižením ovšem pociťuje zvýšené finanční náklady z důvodu častějších návštěv lékaře a spoluúčasti na hrazení léků. I přes tuto skutečnost si ale, podle svých slov, na nic nestěžuje.

#### 8.4.2 Případová studie B

Paní B je 85 let. S poskytnutím rozhovoru ochotně souhlasí, říká, že když je to potřeba a pro dobrou věc, na otázky mi ráda odpoví. Vzhledem k presbykuisis (stařecká nedoslýchavost) byla realizace rozhovoru chvílemi poněkud náročnější, některé otázky bylo nutné opakovat, informantka byla ovšem velmi trpělivá, nenechala se touto skutečností rozladit a odpovídala na veškeré dotazy. Rozhovor se nesl v přátelské atmosféře a bylo během něho získáno potřebné množství informací, některé odpovědi a informace byly vysoko nad rámec mých požadavků.

Oftalmologická diagnóza paní B je suchá forma Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD), spojená s kataraktou, postiženy jsou obě oči. Kombinace těchto faktorů způsobuje, že využitelnost zraku je v současné době zcela minimální. Společně se dobíráme toho, že zrakové postižení jako takové vzniklo zhruba před 25 lety, kdy přestala stačit brýlová korekce a bylo nutné začít využívat lupy (tedy cca v 60 letech). Do té doby pouze „špatně viděla“, byla nutná stále silnější brýlová korekce. Výrazné a běžné aktivity omezující zhoršování zraku nastalo až nějakou dobu po odchodu do starobního důchodu. Zhoršení nebylo příliš náhlé, spíše se jednalo o postupný úbytek zrakových funkcí, tak jak je to pro suchou formu VPMD typické. Stále výraznější metamorfopsie a zvětšující se centrální skotom začaly paní B postupně více a více omezovat v běžném životě. Teprve po vzniku VPMD se začala rozvíjet i katarakta. Dlouho po sdělení diagnózy si informantka závažnost svých problémů neuvědomovala, doufala, že se její stavlepší, dokud mohla více méně vykonávat běžné aktivity, příliš se svými problémy nezabývala. Stejně k problému přistupovalo její okolí.

Současný stav zraku hodnotí informantka jako velmi neuspokojivý. V centrálním zorném poli obou očí je přítomný rozsáhlý skotom, periferie jsou díky kataraktě zamlžené a tudíž jen velmi omezeně využitelné. Aktuálně byla paní B nabídnuta oftalmoložkou operace katarakty, ona ovšem váhá, vzhledem ke svému věku se bojí komplikací a není si jistá, zda jí to ještě „stojí za to“. Detaily už samozřejmě nerozezná (obličej, drobné předměty apod.), velmi těžko se orientuje v prostoru, a to i ve známém. Zmiňuje se o tom, že se jí někdy ještě podaří použít lupy k přečtení výrazně zvětšeného černotiskového písmene (opravdu jen písmene nebo několika málo písmen, text již nepřichází v úvahu), ale že to není pravidlem (naopak spíše výjimečná situace), záleží to na jejím aktuálním rozpoložení, fyzickém stavu (únava, nemoc apod.). Hodnotí

proto sama tuto oblast jako tu, která je již pro ni nerealizovatelná. Velký problém má při pohybu venku, nepozná, kdy se k přechodu pro chodce přibližuje auto, kdy se na ulici vyskytne něco neobvyklého, nedokáže správně vyhodnotit situaci.

Co se týče speciálních pomůcek, nevlastní jich příliš mnoho. V minulosti běžně využívala lupy, měla různé typy (ruční, stojánkové, s osvětlením...) a velmi si tyto pomůcky chválila, uvádí, že jí umožňovaly využívat zrak až do poslední chvíle. Luštila křížovky, četla, vařila podle receptů. V současné době je již využití lupy téměř nemožné (viz výše). Doma má paní B indikátor hladiny, ale nevyužívá jej. Uvádí, že to vnímá jako práci navíc a že raději tekutiny přelije a pak po sobě nepořádek uklidí. Podobné je to s navlékačem jehel, ten také doma má, ale nepoužívá. Zde se ale zdá, že je problémem spíše zhoršující se jemná motorika, která způsobuje, že navlékač není používám zcela správně a nit se zauzlovává. Speciálními pomůckami, které paní B vlastní a skutečně je používá, jsou hodinky s hlasovým výstupem a orientační bílá hůl. Hlasový výstup hodinek je sice německý, to ovšem není vnímáno jako překážka. Využívány jsou ale jen doma, kde má paní B na to klid, když je někde mimo domov, raději se na čas někoho zeptá. Bílou hůl používá běžně a je s ní velmi spokojená. Dříve si nechávala posílat zvukové knihy na kazetách, nyní už objednávku zrušila. Sama již totiž není schopná zajistit odnesení přečtené knihy na poštu a její zaslání zpět do Prahy na výměnu, a uvádí, že nemá nikoho, kdo by jí toto pravidelně, jednou týdně, zajišťoval. Bohužel tím přišla prakticky o poslední zálibu, pokud nepočítáme poslech rádia a televize. Tuto skutečnost uvádí posmutněle a podotýká, že knihy poslouchala opravdu velmi ráda. Žádné další pomůcky paní B nevlastní. Když se snažím zjistit, zda by si ještě nějaké další přála, takové, které by jí usnadnily vykonávání běžných denních činností nebo které by jí umožnily věnovat se nějaké zálibě, nejprve říká, že už nic nechce, že už to nemá v jejím věku cenu. Pak se ale zamyslí a vzpomíná telefon. Má totiž klasický telefon (pevnou linku), nijak neupravený pro potřeby osob se zrakovým postižením, navíc v černém provedení s černými tlačítky. Tím je znemožněno využívání telefonu pro uskutečňování odchozích hovorů, paní B hovory pouze přijímá. Přiznává, že kdyby si potřebovala zavolat např. lékaře, nemá jak. Poslední pomůcka, kterou zmiňuji v souvislosti s tím, že by jí usnadnila život, je diktafon. Protože už si nemůže dělat poznámky na papír, uvítala by možnost nahrát si je. Jednalo by se jí především o termíny návštěvy lékaře, termíny schůzek, o poznamenání věcí, na které by neměla zapomenout. Nakonec ale možnost diktafonu opět zavrhuje s tím, že už to nemá cenu.

Vedle problémů se zrakem má paní B i další zdravotní problémy. Celkově hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný a čím dál tím horší. Léky žádné pravidelně neužívá. Nejvýraznější z obtíží je těžká osteoporóza, která jí velmi stěžuje pohyb. Jako hodně nepříjemnou hodnotí také nedoslýchavost. Vlastní sice sluchadlo, ovšem nepoužívá jej, prý jí nevyhovuje, obzvláště ve společnosti, kde je více lidí, to potom slyšené hodnotí jako velký zmatek. Při našem rozhovoru jej také neměla. Ztráta sluchu jí vadí, stěžuje si na to, že pokud mluví více lidí, není schopná se orientovat v rozhovoru, obzvláště mluví-li tito lidé najednou, a je odkázaná na to, že jí někdo „tváří v tvář“ tlumočí, co ostatní říkají. Tento handicap pocituje zejména na pravidelných setkáních s lidmi se zrakovým postižením (průměrně se sejde cca deset lidí), kde se na její omezení příliš nebere ohled. Paní B na ně dochází s vypětím většiny svých sil, protože chce být v kontaktu s lidmi, ale přiznává, že si tam prakticky nepopovídá. Ideální pro ni je, když ji někdo navštíví v klidu u ní doma a povídají si ve dvou nad šálkem kávy. Když pokračujeme v hodnocení zdravotního stavu, dozvídám se, že omezující je i motání hlavy, díky němu před nedávnem doma ošklivě upadla a způsobila si zlomeniny žeber a nohy s následnou několikátýdenní rekonvalescencí v nemocnici. Na tuto nehodu nevzpomíná ráda a doufá, že už se jí nic takového nepříhoda, ačkoliv je jí jasné, že se stále se zhoršujícím zdravotním stavem je to více než možné.

Před vznikem zrakového postižení pracovala paní B jako sekretářka v nemocnici. Žila sama s manželem, děti neměli, jediná dcera, o kterou se dlouho snažili, jim z neznámých příčin zemřela ve věku dvou měsíců, což bere informantka jako největší životní ránu. Mezi největší koníčky paní B patřily ruční práce (šití, vyšívání, pletení), ty jí pomáhaly překonávat těžké období. Po celý svůj „pracovní život“ se těšila, že v důchodu bude s manželem cestovat a věnovat se volnočasovým aktivitám, to bohužel znemožnila manželova smrt rok před tím, než měla jít paní B do starobního důchodu. Partner jí velmi schází, říká, že kdyby nežila již tak dlouhou dobu sama, jistě by byla v lepší psychické kondici.

Nyní bydlí informantka sama v dvoupokojovém panelákovém bytě, v tomto bytě nemá provedené žádné úpravy, vzhledem k jejímu zrakovému postižení. S rodinou se nestýká. Občas (cca 1x za 14 dní) ji navštíví kamarádka, někdy známí. Celkově se ale cítí osaměle a svůj kontakt s okolím hodnotí jako neuspokojivý. Tyto návštěvy jí pomohou s péčí o domácnost, ovšem i pomoc z této strany je omezená, neboť většina návštěv jsou vrstevníci paní B a i ti již mají jistá omezení spojená se svým věkem.

Pomohou ale s vysáváním, s úklidem, mytím oken, popř. s praním, všechny tyto činnosti už totiž vykonává paní B jen s velkými obtížemi, v omezené míře a kvalitě, je proto ráda, když jí s nimi někdo pomůže. Když se ptám na placené služby (osobní asistence, pečovatelská služba apod.) a na služby dobrovolníků, ví, o čem je řeč, ale říká, že si to neumí představit, že by musela lidi, které pustí do bytu, dobře znát, a to že by nebylo při střídání pracovníků, např. z pečovatelské služby, možné. Tuto možnost proto zavrhuje, ale jak bude samostatný život realizovat, až nebude nikdo, kdo by jí pomohl, neví. Velmi důrazně mi sděluje, že přestěhovat se domova pro seniory v žádném případě nechce, že ze všeho nejvíc si přeje zemřít doma.

Co se týče omezení, která jsou způsobena zrakovým postižením, jsou již značná. Některé skutečnosti týkající se péče o domácnost jsou zmíněny výše. Mimo tyto činí paní B obtíže např. samostatné vaření, proto jej již nerealizuje a obědy si nechává každý den dovážet. Náročným se stalo také vykonávání osobní hygieny (koupání mytí vlasů...), do vany si sedá paní B s obtížemi a bojí se pádu či uklouznutí, proto volí náhradní možnosti provádění osobní hygieny (umyvadlo apod.) Získávání informací je též problém, cítí se odkázaná na to, co jí kdo řekne, popřípadě se něco málo dozví z rádia či televize. Velmi stresující je pro ni samostatný pohyb venku, kterému se již spíše vyhýbá, necítí se vůbec bezpečně. Když je to nezbytně nutné, přiblíží se k cíli tramvají, na jiný hromadný dopravní prostředek by si již dle svých slov netroufla. Na nákupy již prakticky nechodí, maximálně pro chleba do „svého“ obchodu, pokud potřebuje něco víc, někoho poprosí. Na výlety a akce s organizací, do které dochází, už zhruba 3 roky nejezdí, fyzicky by to nezvládla, stejně tak už nenavštěvuje divadlo a jiná kulturní zařízení, jak tomu bylo dříve. Návštěvy lékaře zvládá zatím sama, což se ovšem nedá říct o vyřizování na úradech. Tam je dopomoc nutná, většinou ze strany sociální pracovnice působící v organizaci, kam paní B dochází. Uvádí také, že jednou se jí dostalo pomoci při vyřizování úředních věcí ze strany sousedů, ale to že není pravidlem a nelze se na to spoléhat. Zatím je situace taková, že pokud na něco již nestačí, pomohou kamarádky, popř. již zmiňovaná sociální pracovnice.

Když se spolu snažíme zhodnotit, jestli se díky svému zrakovému postižení cítí méně v bezpečí, jsou její odpovědi zcela jasné. Doma naráží do nábytku, do dveří apod., velmi se bojí při práci v kuchyni a to konkrétně opaření a pořezání, často se jí taková nehoda bohužel opravdu stane. Dlouho tak trvá, než najde spadlé předměty, což ještě ztěžují problémy s pohybem (sehnutí se, klek apod.). Vzhledem k tomu, že, jak sama říká, už špatně chodí, vidí a slyší, má strach z okradení na ulici, je podle svého názoru

velmi snadným terčem. Proto, pokud je to jen trochu možné, vydává se ven v doprovodu další osoby. Bezpečnost při otevírání dveří od bytu dodržuje, neznámé osoby dál nepouští. Když se ptám na to, co ji nejvíce stresuje, nyní, po ztrátě zraku, uvádí, že všechno nastejno, že nemůže žádnou věc vyzdvihnout. Zmiňuje se o tom, že díky všem těm omezením, včetně pocitů osamění, už ji život příliš nebaví, že už by raději nebyla, už to prý nestojí za nic. To, že je věřící, ji ale dává sílu vydržet. Je moc ráda, že ještě zvládá samostatnou návštěvu kostela každou neděli, kostel má přes ulici.

Jako stresující událost a velké životní zklamání ovšem hodnotí událost z nedávné doby. Nejprve váhala, zda mě má s ní zatěžovat, ale poté se přece jen o svou negativní zkušenost podělila. V kostele se seznámila s manželským párem, který se k ní choval zpočátku velmi pěkně, začali se tedy spolu stýkat, paní B byla ráda, že má společnost. Svěřila svým novým přátelům klíče od bytu, aby za ní mohli kdykoliv přijít. Když manželé zjistili, že paní má byt v osobním vlastnictví a že není nikdo, komu by ho odkázala, začali na ni tlačit, aby byt přepsala na ně. Paní B více méně souhlasila, ovšem s tím, že byt na ně přejde až po její smrti, teď, když v něm bydlí, ještě ne (jak se zmiňuji výše, v žádném případě nechce byt opustit a chce v něm dožít). S tímto se manželé nespokojili a tlak pokračoval. Snažili se přemluvit i kamarádky paní B, aby jí „domluvily“ Do toho vstoupila nehoda, která již byla zmíněna (zlomenina žeber a nohy spojená s dlouhým pobytem v nemocnici). Po návratu domů podle svých slov paní B doma nenašla spoustu věcí, včetně šperků, některé věci nacházela jinde, než kam je uložila. Zpětně se dozvěděla, že manželé počítali s tím, že paní už se domů z nemocnice nevrátí. Současná situace je taková, že se s manželi stále občas stýká, nemá sílu proti nim podnikat žádné kroky a byt jim pravděpodobně po své smrti nechá. Říká ale, že by nikdy předtím nevěřila, jací dokáží lidé být a že je to opravdu jedno z jejích největších životních zklamání. Při vyprávění má slzy v očích.

Příspěvek na péči nebyl informantce z nepochopitelných důvodů vůbec přiznán, jejím jediným finančním příjmem je proto starobní důchod. Pokud by tedy nastala nutnost hradit si nějaké sociální služby, bylo by to zcela určitě spojeno s určitými finančními problémy. V současné době využívá služeb TyfloCentra a to konkrétně pravidelných setkání seniorů se zrakovým postižením. To se koná dvakrát týdně, ale často už se takto pravidelně účastnit nezvládá, někdy vynechá, je to pro ni příliš namáhavé. Dále služeb odborného sociálního poradenství poskytovaného SONS. V nedávné minulosti využívala též služeb Tyfloservisů. Tam se zúčastnila výcviku prostorové orientace a samostatného pohybu (návěky chůze s bílou holí v rámci

rekondičního pobytu a individuálních lekcí), zácviku s některými pomůckami (indikátor hladiny, lupy), dostala některé informace (např. možnost nechat si zasílat zvukové knihy). O možnosti využívat těchto služeb se dozvěděla od oftalmologa. Ostatní služby pro ni podle jejího názoru nepřicházejí v úvahu, nejrazantněji odmítá možnost přestěhování do domova pro seniory nebo podobného zařízení. Se službami, které nyní využívá, je celkem spokojená, největší význam spatřuje v tom, že jí umožňují se setkávat s lidmi, že nebýt jich, je ještě více osamělá než teď. Jen si trochu posteskne, že větší možnosti mají ve využívání služeb mladí, že pro staré už toho tolik není. Často se prý nepočítá s tím, že ona už moc neslyší, prakticky nic nevidí a špatně se pohybuje. Ale bere to tak, jak to je, dokud mohla, těchto služeb využívala, teď už ji vystřídali mladší. V souvislosti se službami se znovu vracíme k možnosti spolupráce s dobrovolníkem. Paní B se po delší úvaze vyjadřuje v tom smyslu, že by takovou neplacenou službu vlastně uvítala, jen by se musela s dobrovolníkem postupně seznámit, získat v něj důvěru, byla by ráda, kdyby se za něj mohl někdo zaručit. Určitě by si s ním ráda popovídala a neodmítla by menší pomoc v domácnosti. Zatím ovšem konkrétní nabídku spolupracovat s dobrovolníkem nedostala.

Svou finanční situaci hodnotí paní B jako ne příliš dobrou, s penězi vychází, dle svých slov, jakž takž. V souvislosti s očním onemocněním má nyní lehce zvýšené výdaje, oftalmoložka jí doporučila jistý vitaminový preparát, který si paní B den před naším setkáním za několik set korun pořídila. Jiné další výdaje v souvislosti s postižením zraku nemá, ani by zřejmě vzhledem ke svému příjmu mít nemohla. Připouští ale, že kdyby měla tu možnost, něco, co by jí usnadnilo život, by si asi pořídila, např. již zmiňovaný diktafon. Aktuálně se velmi bojí finančních nákladů spojených s generálními opravami u nich v domě.



#### 8.4.2 Případová studie C

Panu C je 78 let. S poskytnutím rozhovoru s nadšením souhlasí, sám zajišťuje klidné místo k jeho realizaci a informuje mě, že jeho časové možnosti jsou neomezené a že tedy není kam spěchat. Zároveň upozorňuje, že je velmi hovorný a že možná bude často odbíhat od tématu a bude jej třeba usměrnit. To se potvrdilo záhy, nicméně pan C byl ve výborné duševní kondici, stále intelektuálně velice aktivní, a neustálé návraty k tématu mu nečinily nejmenší obtíže. Se svým životem, současným i minulým, je pan C velmi dobře vyrovnan, má pocit že prožil pěkný život, že se nemusí stydět za nic, co v něm učinil, a proto na něj rád vzpomíná. Rád hovoří o sobě, o tom co vykonal a co má ještě v plánu. Díky těmto jeho tendencím bylo získáno velké množství informací. Nad žádnou z otázek se nepozastavil, odpovídal otevřeně na všechno a to zpravidla velmi obsáhle.

Pan C má zrakové postižení, které je způsobeno autoimunitním onemocněním rohovky, jehož vlivem se rohovka rozpadá. Jeho obtíže začaly před devíti lety, v roce 2001 a zhruba od té doby je stav jeho zraku víceméně neměnný. První signály toho, že není s očima něco v pořádku, se dostavily ve formě nejasného, mlhavého vidění, přičemž se obtíže rychle zhoršovaly téměř až ke ztrátě zraku. U oftalmologa mu tehdy byla sdělena diagnóza s tím, že další léčba není možná a on pravděpodobně dříve či později oslepne. S tím se ale pan C odmítl smířit a požádal lékařku, aby jeho stav konzultovala s dalším kolegou. Shodou okolností byl tímto kolegou Doc. Filipec z VFN v Praze, u něhož se pan C léčí dodnes. V Praze mu byla provedena oboustranná transplantace rohovky. Tato operace sice postup onemocnění zastavila a zbytky zraku zachránila, ovšem nezlepšila. Výsledek je tedy ten, že onemocnění prozatím nepostupuje. Současný stav zraku je následující: Na levé oko nevidí pan C nic, na pravém je zachován vizus 10 % na 1,5m. Vidění je ovšem neostré, zamlžené a jeho využitelnost v praktickém životě proto poměrně nízká. Detaily, např. v obličeji jiného člověka, rozezná pan C až na 20 cm, s přibývajícím vzdáleností se kvalita vjemu snižuje a na vzdálenost 1 m už není schopen určit, zda se jedná o muže či ženu. Při používání zraku dle svých slov už spíše jen odhaduje, než že by něco skutečně viděl.

Když se dozvěděl o své diagnóze a prognóze, spíše než cokoliv jiného cítil úlevu, že zná konečně pravdu, že je konec nejistoty. Podle vlastních slov nepropadal panice, necítil se výrazně šokován ani sražen na kolena, přemýšlel nad praktickými

věcmi z pohledu aktivního člověka (jak bude číst a psát, realizovat své koníčky a podobně). Cítil také určitou jistotu v tom, že je v péči odborníka (Poznámka autorky: Doc. MUDr. Martin Filipec, CSc., přednosta oční kliniky VFN, specializace na mikročirurgii katarakty, transplantace rohovky, refrakční chirurgie, záněty a imunologie oka) a dostává tak ze strany medicíny to nejlepší, co je možné. Okolí pana C tehdy reagovalo na jeho zdravotní stav podobně jako on sám, nebo alespoň žádné neobvyklé reakce nezaznamenal. Necítil z jejich strany žádnou nepříjemnou lítost ani soucit, o nějakém přepečování prý nemůže být řeč. Byl podporován do té míry, do jaké si o to řekl. S přístupem svých nejbližších ve vztahu ke svému nově vzniklému zrakovému postižení byl tehdy naprosto spokojen. Jen ho mrzí, že stav zraku se může kdykoliv zhoršit a on o něj může přijít úplně. V souvislosti s touto skutečností dojíždí každé 2 měsíce do Prahy na pravidelné kontroly. Uvádí, že jeho oftalmologická diagnóza je vzácná a proto že je pod tak pečlivým lékařským dohledem.

Vzhledem k rozsáhlému postižení zraku je nutné využívání speciálních pomůcek. Pan C vlastní celkem 3 lupy. Dvě z nich jsou lupy ruční (jedna s osvětlením) a jedna je lupa kamerová (zv. 60x). Druh lupy vybírá s ohledem na situaci a konkrétní záměr, při sobě nosí vždy jednu z příručních lup, kdyby bylo něco potřeba, pro své intelektuální aktivity prováděné v pohodlí domova využívá lupu kamerovou. Vzhledem k nezbytnému zvětšení je ale možné vidět najednou v průměru jen jedno slovo, tudíž je práce zdoluhavá, problémy činí i psaní interpunkčních znamének, dělení slov na konci řádků. Práce je zdoluhavá (není už možné studovat rozsáhlé texty, spíše poznámky), přesto ji pan C nehodnotí jako únavnou a je velmi rád, že lupu má. Na rozdíl od ostatních informantů neuvádí, že by mu nácvik práce s kamerovou lupou i lupami obecně činil obtíže. Nácvik probíhal snadno a bavil ho. Dále využívá bílou hůl, kterou má doma hned ve čtyřech provedeních a její typ volí dle potřeby a situace. Vlastní hůl orientační, signalizační i opěrnou a navíc ještě orientační teleskopickou. V zimě používá z důvodu zhoršené schůdnosti chodníků a cest zásadně bílou hůl opěrnou, kterou s nadsázkou nazývá čakanem. Dále vlastní indikátor hladiny, který ale příliš nepoužívá, převážně mu nápoje i jídlo připravuje manželka. Má i váhu a náramkové hodinky s hlasovým výstupem, oboje využívá denně. Dříve používal též diktafon, potom co se rozbil, už si nový nepořídil. Nyní ale o jeho koupi vážně uvažuje, uznává že by ho jistě využil a že mu vlastně docela chybí. Pravidelně si z pražské knihovny K. E. Macana nechává zasílat zvukové knihy. Má pocit, že pomůcky mu plně vyhovují a dostačují,

nemá žádné speciální přání, co se týče pořízení nějaké další. Zároveň dodává, že bez nich by byl ztracený a těžko by normálně fungoval.

Kromě problémů se zrakem má pan C i další zdravotní obtíže. Absolvoval totální endoprotézu obou kyčelních kloubů, má onemocnění ledvin (ledvinové kameny) a problémy se sliznicí v nose. Svůj zdravotní stav ale nebere nijak tragicky, hodnotí ho jako „úměrný věku“ jen problémy s očima vnímá jako „zbytečné“ negativum navíc. Převážně se cítí obstojně, říká „jde to, bojuji s tím“. Že by se cítil extrémně unavený či bez energie, odmítá. Sám sebe hodnotí jako vitálního. Onemocnění pohybového ústrojí nemá, pohyb mu nečiní problémy.

Pan C žil před vznikem zrakového postižení skutečně aktivním životem a dá se říci, že jím žije, i přes všechna omezení, která s sebou přináší, dodnes. Po gymnáziu nastoupil na VUT do Brna, kde se z něj stal stavební inženýr, jeho specializací byly hlavně vodohospodářské stavby. Stavařině se věnoval až do odchodu do starobního důchodu v roce 1990. Již v mládí byl velmi aktivní, byl zakladatelem klubu Rychlých šípů, cvičil v Sokole. Procestoval Evropu, navštívil i některé další země, byl nadšeným zahrádkářem.

Společně se svou manželkou (dnes 74 let) žije v bytě v krajském městě, kde prožil celý svůj život. Má dva syny a pět vnoučat, všichni vysokoškolsky vzdělaní nebo studující. Celá rodina žije ve stejném městě, mezi jejími členy jsou vřelé vztahy, pravidelně se navštěvují, jsou neustále v kontaktu. Svou rodinu hodnotí pan C jako soudržnou a vnímá ji jako jistotu. Když je cokoliv potřeba, je vždy po ruce někdo, kdo pomůže. Ve svém bytě nemá provedeny žádné úpravy, které by se vztahovaly ke zrakovému postižení. Pouze má s manželkou a nejbližšími lidmi jasnou domluvu o nepřesouvání jeho věcí a věcí v bytě obecně.

Co se týče kontaktů s okolím, necítí se být pan C nijak omezen. S manželkou často přijímají návštěvy, i oni sami jsou schopni někam vyrazit. Už to ale není jako dřív (kino, divadlo a podobně), on špatně vidí, manželka špatně slyší, kulturní zážitek už není stoprocentní, raději zůstávají v pohodlí domova. To samé platí o návštěvách restaurací či kaváren. Jediné akce (i kulturní), kterých se pan C účastní, jsou akce pořádané TyfloCentrem (pravidelné návštěvy kulturních akcí, wellness, kaváren, historických památek...). Na těchto akcích se cítí dobře, jsou tam známí lidé, všichni podle jeho slov mají problémy se zrakem a program je tomu uzpůsoben.

Návštěvu lékaře zvládá sám, pokud je třeba, doprovodí ho manželka. Většinou to bývá z důvodu nepříznivého počasí. Vše potřebné na úřadech vyřizuje také manželka.

V případě, že by byl nucen jít on osobně, požádal by o doprovod někoho z rodiny, sám by se nejspíš nevypravil. Jediné „úřední“ vyřizování, které zastává sám, je vyzvedávání důchodu na poště. Uvádí, že je to hlavně proto, aby byl nucen jít sám ven. Navíc ho na poště už znají, takže odpadá stres z neznámého.

Když hovoříme o péči o domácnost, dobíráme se toho, že hlavní tíha těchto činností leží na manželce. Ona vaří, uklízí, pere. Pan C uvádí, že by jednotlivé činnosti nějak zvládl, ale bez zrakové kontroly jistě ne tak kvalitně jako jeho žena. Zároveň dodává, že dříve běžně pomáhal s úklidem a mytím nádobí. Když hodnotí, jestli ho celkově zrakové postižení v oblasti péče o domácnost omezuje, uvádí že ne, že není vlastně nucen to řešit, když má manželku.

V terénu se pohybuje velmi jistě, energicky, bez váhání. Chodí sám po trasách, které zná z doby před vznikem zrakového postižení, řídí se pamětí. Na úplně neznámé místo by se dnes již sám bez doprovodu v žádném případě nepustil. Nemá ale obavu z toho, že by se musel v případě potřeby nějakou novou trasu naučit (např. za asistence pracovníků Tyfloservisu). Při pohybu v terénu se řídí pravidlem, že chodník je světlý a tráva tmavá, drží se vodící linie. Nerovnosti terénu, včetně schodů, mu nečiní problémy. Z přecházení silnice také nemá obavy, je si vědom toho, že když bude dodržovat zásady prostorové orientace a samostatného pohybu, bude pro něj pobyt v terénu víceméně bezpečný.

Problémem se pro pana C po vzniku zrakového postižení stalo získávání informací, konkrétně získávání informací z tištěného textu. To je v současné době realizováno za pomoci již zmiňovaných optických pomůcek. Tento způsob ovšem není příliš komfortní a je hodnocen jako omezující. Navíc není možné studovat delší texty (např. v knize), což pana C omezuje v jeho zálibách. Je ale rád, že si takto může přečíst alespoň kratší články v novinách. Dalším zdrojem informací je rádio, televize a také dokumentární filmy na DVD. Ty zejména poslouchá, ale z velmi malé vzdálenosti je může sledovat i vizuálně, bez rozlišení detailů. Počítač nevlastní a uvádí, že už ani nechce. Nicméně je dobře seznámen s jeho výhodami.

Se získáváním informací souvisí většinou i koníčky pana C. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi silně intelektuálně orientovaného člověka, je tato činnost jejich základem. Jeho velkou zálibou je historie, zejména pak druhá světová válka. Dále uvádí numismatiku, zeměpisné zajímavosti, hudbu. Píše vlastní citáty, „životní pravdy“, kratší povídky. Chodí do rozhlasu jako host vyprávět o historii. S písemným záznamem jeho myšlenek a dalších věcí mu v případě potřeby pomáhají sekretářky jeho syna. Je

evidentní, že má v tomto směru výborné organizační schopnosti. Tyto všechny aktivity prováděl pan C jak dříve, tak nyní, o nějakém výrazném omezení tedy nemůže být řeč. Jedinou věc, kterou uvádí jako dříve realizovatelnou a dnes už vůbec, je práce na zahrádce. Tuto činnost měl velmi rád a dnes mu chybí. Obecně ale výrazné omezení svých zálib díky zrakovému postižení neuvádí. Zároveň ho také nenapadá žádná činnost, kterou si nechával do důchodu a kterou by teď díky svým problémům nemohl provádět. Ujišťuje mě, že se vždy snažil žít život naplno a nic neodkládat.

Nabídka služeb pro osoby se zrakovým postižením je pro pana C zcela dostačující. Nejprve využíval služeb Tyfloservisu, tam se konkrétně jednalo o nácvik chůze s bílou holí a výběr vhodných optických pomůcek a nácvik práce s nimi. Nabídku učit se Braillovo bodové písmo odmítl, už se na to z důvodu omezení citlivosti v konečcích prstů necítil. Tohoto rozhodnutí nelituje, obejde se bez problémů i bez Braillova písma. Spolu s těmito službami poskytovanými Tyfloservisem začal využívat služby poskytované TyfloCentrem. Konkrétně pak pravidelné setkávání a akce pro seniory, které mu vyhovují z výše zmiňovaných důvodů. V případě potřeby též využívá odborného sociálního poradenství poskytovaného SONS. Když se zamýšlíme nad možností využívání služeb dobrovolníků, pan C velmi váhá. Nedovede si představit, že by nechal k sobě domů přijít neprověřeného člověka, k němuž nemá z dřívější doby vybudovanou důvěru. Podle něj dnešní doba důvěře mezi lidmi vůbec moc nepřeje. Připouští ale, že pokud by se za dobrovolníka zaručil někdo z lidí, kterým důvěřuje, pak by taková spolupráce v úvahu připadala. Další dostupné služby (osobní asistence, pečovatelská služba, pobytové služby, psychologické služby a podobně) nevyužívá, nepotřebuje je. Na to, jak se poprvé dozvěděl o existenci organizací poskytující služby osobám se zrakovým postižením, si již nevzpomíná. Byl (a je dodnes) ale nadšený, že něco takového existuje a že je to pro něj dostupné. Nabídka služeb mu připadá zcela dostačující, tak akorát, je rád, že je z čeho vybírat a že je jen jeho svobodné rozhodnutí, které služby využije, nebo kterých akcí se zúčastní. Této svobody také náležitě využívá a nechodí pravidelně jednou za týden na setkání seniorů (pořádané TC), vybírá si podle toho, co je na setkání v plánu, zda např. nějaká zajímavá přednáška, tvořivá dílna apod. Z nabídky služeb by ale obecně nic neubíral, ani by k ní nic nepřidával, ani ho nenapadá, co by se ještě dalo přidat. Uvádí doslova, že: „Kdyby tyhle služby nebyly, cítil bych se omezený a neschopný“. Význam služeb je pro něj tedy zásadní a hodnotí je jako jednoznačně pozitivní.

Ani z hlediska subjektivního pocitu bezpečí se pan C v současné době necítí nijak zvlášť omezen. Snaží se být opatrný ve všech oblastech svého života, zejména pak při pohybu venku. Rozhodně ale nemá strach, že se na ulici stane obětí trestného činu. V rámci svého bytu dodržují s manželkou oba zásadu nikdy neotvírat cizím, neznámým lidem. Zvýšený pocit strachu při činnostech v domácnosti též nepociťuje. Pracuje vždy pomalu a s rozvahou, aby se neopařil či nepořezal.

Svou finanční situaci hodnotí jako normální, spíše dobrou, vzhledem k tomu, že do rodinného rozpočtu přispívá svým důchodem on i manželka. Má přiznán příspěvek na péči ve výši třetího stupně (8000 Kč). V souvislosti se zrakovým postižením se mu jednoznačně zvýšily náklady za telefonování. Protože na neznámá místa nechodí, je třeba spoustu věcí vyřídit po telefonu. Další výraznější položka je nákup benzínu, když se nechává někam odvézt svými syny. Dále ho napadají například častější nákupy DVD, která začal po vzniku zrakového postižení více sledovat. V neposlední řadě vydává více peněz za léky. V porovnání s dřívější dobou ale celkově svou finanční situaci jako výrazně horší nehodnotí.

Celkově je pan C se svou životní situací spokojen, nestěžuje si, má vše zařízeno tak, aby se mu i se zrakovým postižením žilo dobře a kvalitně. Cítí se být stále součástí společnosti, má pocit, že žije plnohodnotný život. Když se zamýšlí nad tím, jestli s sebou zrakové postižení přineslo i nějaká pozitiva, uvádí že ne, ale že to pro něj ani není žádná velká tragédie, doslova říká „nepláču nad sebou“.

### 8.4.3 Případová studie D

Paní D je 80 let. K poskytnutí rozhovoru příliš chut' nemá, upozorňuje mě, že nesmí trvat moc dlouho, začínáme až po mém ujištění, že může sama naše setkání kdykoliv ukončit, ať už z důvodu únavy či z jakéhokoliv jiného důvodu. O praktické využití našeho povídání nejeví příliš zájem, mé vysvětlení jeho účelu si bez komentáře vyslechne, během rozhovoru se pak ještě jednou stručně dotáže, kde bude použit, detaily a podrobnosti pro ni nejsou důležité. Není příliš sdílná a skutečně náš rozhovor velmi brzo ukončuje, proto jsou informace získané právě od této informantky neúplné a chudší než od ostatních. Z toho důvodu i příslušná případová studie má ve srovnání s ostatními studii menší rozsah, ovšem je zařazena z důvodu některých zajímavých skutečností.

Paní D uvádí, že jisté obtíže se zrakem u ní začaly ve věku 11 let, nicméně jí byla tehdy předepsána brýlová korekce a omezení v běžném životě bylo zcela minimální, ne-li žádné. Vážnější problémy začaly až krátce po šedesátém roce života, kdy se jí zrak zhoršil a ona byla nucena podstoupit operaci sítnice. Bohužel tato operace nebyla příliš úspěšná a paní D žije od té doby s těžkým zrakovým postižením, které má progredující charakter. V současné době hodnotí informantka svůj zrak tak, že vidí nejasně, rozeznává pouze obrysy, detaily není schopna absolutně postihnout. Bez optických pomůcek není schopna cokoli přečíst. Zrakový komfort výrazně zhoršuje ostré slunce, za slunečných dní raději nevychází ven. Naopak ráda vyrazí večer, když svítí pouliční lampy. Ty poměrně dobře rozezná a zlepšuje se tak její schopnost orientace v terénu a samostatného pohybu.

Používá ruční lupu s osvětlením, především pro psaní drobných poznámek či seznamu nákupu. Občas nosí brýle, když jsem ale zjišťovala, zda jí pomáhají, přiznává, že je nosí ze zvyku, že jsou prakticky zbytečné a nepomáhají. Užívání lupy ale paní D vysiluje, přistupuje k němu jen v nejnútnejších případech, čtení delších textů nepřipadá v úvahu. Další ze speciálních pomůcek, které vlastní, je bílá hůl. Má ji ve dvou provedeních, orientační a opěrnou. Ovšem orientační hůl opravdu pouze vlastní a nosí v kabelce, běžně ji z kabelky nevyndává, ačkoliv ji používat umí. Opěrnou hůl má doma a použije ji jen ve dnech, kdy se necítí dobře a má pocit, že potřebuje oporu. Využívá ale indikátor hladiny, ten hodnotí jako velmi užitečný a nepostradatelný. Svého času si objednávala také knihy v audio podobě, ale nyní už jí celý proces zasílání knih přijde

příliš namáhavý, tudíž od něho ustoupila a knihy si neobjednává. Již nevyužitelné jsou pro ni i televizní brýle, které má doma. Dříve je užívala často a ráda, ovšem díky progresi onemocnění to již v současné době není možné. Poslední pomůckou, která by se dala nazvat speciální a kterou paní D vlastní, je barevně kontrastní telefon, s černým podkladem a bílými, zvětšenými číslicemi. Velmi si jej pochvaluje a nechápe, jak může někdo se stejným zrakovým postižením, jako má ona, existovat bez něj.

Paní D dlouhodobě působí, že je spíše pesimistického ladění a i během našeho rozhovoru hodnotím její aktuální rozpoložení jako nepříznivé, její přístup k věcem kolem sebe a celkově k životu je veskrze negativní. Je permanentně zamračená a má nepřátelský výraz. I svůj zdravotní stav hodnotí subjektivně jako špatný, cítí se prý „všelijak“. Již tři roky trpí inkontinencí, nedoslýchavostí, má problémy s pohybem. Vlastní sice klasickou opěrnou hůl, ovšem nepoužívá ji, důvod neuvádí.

Paní D žije se svým synem, kterému je 55 let. Syn má mentální retardaci (intelekt v pásmu středně těžké mentální retardace), pohybovou vadu a epilepsii. Není schopen realizovat samostatný život, proto žije od narození se svými rodiči, respektive nyní už jen s matkou, otec zemřel před 15 lety. Syn matku povětšinou všude doprovází, na rozdíl od ní nemá žádné postižení zraku a tak může do jisté míry kompenzovat její zrakovou ztrátu. V tomto smyslu funguje jejich spolupráce velmi dobře, syn pomáhá své matce v orientaci v prostředí, a to jak v interiéru, tak v exteriéru, zná všechny běžné trasy a je schopen ji v případě nutnosti navigovat. Kooperují také doma při úklidu, kdy paní provádí úklid a on pak překontroluje, zda někde nezůstal nějaký nepořádek, který by paní neviděla. Syn pomáhá své matce i s takovými činnostmi, jako je péče o vlastní osobu, například jí stříhá vlasy nebo pomáhá odstraňovat případné vzhledové nedokonalosti. Žijí společně v bytě, v kterém nejsou vzhledem ke zrakovému postižení paní D provedeny žádné úpravy. S rodinou se nestýká, jediným kontaktem je návštěva starší sestry jednou ročně.

Díky svému zrakovému postižení se ale paní D necítí být příliš společensky izolovaná. Její manžel byl voják z povolání a ona dodnes udržuje styky s dalšími rodinami z tohoto prostředí, účastní se i různých akcí jimi pořádaných, jedná se hlavně o zájezdy, setkání, výlety za kulturou. Kamarád-řidič s nimi občas vyrazí do sousedního města za dalšími známými. Že by se ale vydala sama, se synem, třeba do divadla nebo na koncert, to už prý ne. Návštěvy doma běžně přijímají. Paní D uvádí, že kdyby se něco dělo, je na koho se obrátit.



Co se týče konkrétních omezení, která zrakové postižení způsobuje, jedná se například o péči o domácnost. Vaření probíhá bez problémů, není nutnost ani používat žádné speciální pomůcky do kuchyně (např. kráječ na cibuli apod.), vše se děje po hmatu a je vykonáváno rutinním způsobem. Čeho už se ale paní D vzdala, je pečení. Také získávání informací je někdy problematické, je odkázána na to, co jí říkají lidé nebo co vyslechne v televizi. Rádio neposlouchá, důvod neuvádí. V současné době nerealizuje už v podstatě žádné volnočasové aktivity, dříve hodně háčkovala a celkově se věnovala ručním pracím, provozovala turistiku. Omezení v oblasti samostatného pohybu příliš nepocituje, protože hodně využívá dopomoci svého syna. Uvádí ale, že když je potřeba jít na nějaké neznámé místo, že to prostě riskne, strach nepocituje.

O možnostech využívat sociální služby určené pro osoby se zrakovým postižením se dozvěděla přímo od sociální pracovnice, která ji sama kontaktovala. V Tyfloservisu využila nabídky výuky prostorové orientace a samostatné chůze s bílou holí, dále pak zácvik práce s lupou a používání magnetofonu. V rámci TyfloCentra se účastní některých volnočasových aktivit a v SONS využívá odborné sociální poradenství. S nabídkou služeb je úplně spokojena, nenapadá ji žádná další služba, kterou by chtěla využívat a která není v nabídce ani jedné ze tří uvedených organizací. Z možnosti využívat služby byla nadšená, byla ráda, že něco takového existuje, ačkoliv o tom do té doby neměla ani ponětí. Jako největší přínos hodnotí možnost setkávat se s lidmi (vrstevníky) se stejným nebo podobným problémem, mít s kým o těchto problémech promluvit, poradit se.

#### 8.4.4 Případová studie E

Panu E je 77 let. Jedná se o otce rodinného přítele, o mém záměru seznámit se s jeho životem po vzniku zrakového postižení ví dlouho dopředu, těší se na něj. Jde o člověka společenského, velmi komunikativního, ve výborné psychické kondici. Rozhovor s ním nejen že přirozeně plyne a je bohatý na informace, ale je také vtipný a celkově příjemný. Pan E byl jediný, s nímž jsem vedla rozhovor v domácím prostředí, přímo u něj v bytě. U rozhovoru byla přítomna i jeho manželka. Přítomnost paní se záhy ukázala jako velmi užitečná. V běžném životě jsou spolu manželé zvyklí trávit veškerý čas a úzce spolu kooperovat, tím spíše po rozvoji zrakového postižení pana E, a toto se promítlo i do rozhovoru. Informant tak odpovídal na mé otázky a jeho paní jej vhodně doplňovala, pokud měla k danému tématu co říct. Po ověření pravdivosti sdělení (souhlas pana E) byly veškeré informace zahrnuty do případové studie. Ta je díky tomu dosti ucelená a obsáhlá.

V tomto případě je oftalmologická diagnóza zcela jasná, vyplývá jednak ze sdělení informanta a jednak z lékařské zprávy, která mi byla předložena k nahlédnutí. Jedná se o věkem podmíněnou makulární degeneraci (H353 – Degenerace makuly a zadního pólu). Obtíže se zrakem začaly zhruba před 4-5 lety. Tehdy byl pan E hospitalizován s komplikovanou angínou a v nemocnici mu začaly neobvykle slzet oči. Absolvoval čištění slzných kanálků a jistou medikamentózní léčbu, ovšem stav se nezlepšil, naopak se přidalo lehce rozmlžené vidění. Protože od té chvíle sledoval svůj zrak více než dřív, zaregistroval brzy na to i deformace obrazu (metamorfopsie), hlavně při čtení. S podezřením, že něco není v pořádku, navštívil oftalmologa. Diagnózu se sice podařilo stanovit až při opakované návštěvě, ovšem o jejím znění nebylo pochyb. Když mu byla tato informace sdělena, včetně toho, že má jeho onemocnění progresivní charakter, byl to pro něho šok. Šokující byla především představa, že už neuvidí to, co dřív, že bude o spoustu věcí ochuzen, ví, jak svět vypadá, ale už si ho nebude moct prohlédnout. Hned ho také napadlo, že bude těžko moci realizovat své koníčky. Zakrátko ale vzal situaci tak, jak je, obstaral si za pomoci svého syna co nejvíce informací a to ho uklidnilo. Reakci svého okolí hodnotí jako adekvátní, všichni ho podpořili právě do té míry, do jaké potřeboval.

Jelikož pan E trpí vlhkou formou VPMD, byla mu nabídnuta možnost léčby, kterou se rozhodl využít. Celkem čtyřikrát absolvoval v Praze léčebnou proceduru, za

tyto procedury utratil přes 12 000 Kč. Jednalo se o kombinaci fotodynamické terapie a anti-VEGF léčby (více o léčbě v kapitole č. 4). Po tomto zásahu ovšem ke svému velkému zklamání nezaznamenal žádné zlepšení, navíc má pocit, že mu celá problematika nebyla správně nastíněna. Lékaři mu dle jeho slov nabídli léčbu s tím, že určitě pomůže a velice mu ji doporučovali, neinformovali ho o tom, že ne u každého pacienta musí být nutně zaznamenán úspěch. K ukončení léčby po čtyřech intervencích ho vedly jednak vysoké finanční náklady, jednak nutnost absolvovat tuto léčbu v Praze, která je hodně vzdálena od místa jeho bydliště, a také setkání s lidmi, spolupacienty, kteří absolvovali již více než 20 léčebných zásahů bez jakéhokoliv výsledku a kteří stále doufají ve zlepšení. Veškeré okolnosti léčby ho poněkud otrávily, jak sám říká, nebyl vůbec přesvědčen o jejím účinku a proto ji ukončil.

Současný stav zraku hodnotí pan E jako velmi omezující. Detaily (předmětu či obličeje) se někdy podaří rozeznat na velmi malou vzdálenost (15 cm), častěji už však vůbec, obrysy ale rozeznává dobře. Když se podívá např. z okna v prvním patře, vidí siluetu člověka, stejně tak rozezná siluetu při pohybu v terénu. Samozřejmě již není schopen rozeznat o koho jde. Díky neschopnosti rozeznat detaily není možno číst texty, luštit křížovky, věnovat se drobným manuálním činnostem, které vyžadují zrakovou kontrolu. Problémem je i samostatný pohyb venku. Jako velmi nepříjemné a obtěžující hodnotí informant silné slzení očí, které nelze zvládnout žádnými léčebnými prostředky. Kdykoliv ho vidím, i po celou dobu našeho rozhovoru, si utírá slzící oči kapesníkem.

Ve využívání speciálních pomůcek je pan E i přes své zrakové postižení velmi skromný. Vlastní bílou hůl orientační, kterou si velmi pochvaluje. Když mi ale popisuje, jak ji využívá, tedy že hlavně pro signalizaci při přecházení na přechodu, dobíráme se toho, že by mu vlastně víc vyhovoval jiný typ hole. Další jeho pomůckou je indikátor hladiny. Ten si taky hodně chválí a udává, že jej využívá opravdu hodně, hlavně když je nucen připravit si nápoj sám. Což ale není zase tak často, vzhledem k jeho úzkému spojení s manželkou, jak je zmíněno výše. Další pomůckou jsou filtrové brýle (zbarvení do žluta). O nich se vyjadřuje tak, že je to dobrý vynález, že dokáží prostředí pěkně rozjasnit. Vlastní také mobilní telefon s úpravou pro slabozraké (černá tlačítka jsou kontrastně bíle označena číslicemi a dalšími znaky, zvětšený displej). V případech, kdy je nucen se vlastnoručně podepsat, využívá šablonku. Žádné další pomůcky nevlastní. Knihy na kazetách si zasílat nenechává, nebavily by jej. Optické pomůcky (klasické či kamerové lupy) ho neoslovily, nemyslí si, že by je využil nebo že by mu pomohly. Říká že by mu ležely zbytečně doma a na to že je rozhodně nepotřebuje. Přistupuje k této

věci velice prakticky. Jediná pomůcka, o které uvažoval a uvažuje a kterou zatím nemá, je diktafon. Celkově hodnotí pomůcky jako užitečné a neuvádí žádné problémy, které by zaznamenal při nácviku práce s nimi. Je si ale vědom toho, že má jen ty nejjednodušší z jich. Byl překvapen tím, jak je nabídka pomůcek široká, co všechno si může člověk se zrakovým postižením pořídit, před vznikem svých obtíží neměl o těchto věcech ponětí. Celková nabídka mu rozhodně přišla dostačující a pro něj snad i zbytečná, vybíral opravdu jen to nejnutnější, nepraktičtější. Zde se promítl jeho celkový praktický, skromný přístup k životu jako takovému.

Mimo problémů se zrakem pan E další závažné zdravotní problémy nemá, na nic si nestěžuje, ovšem svůj zdravotní stav hodnotí subjektivně jako špatný. Trpí pásovým oparem v oblasti trupu, má zvýšený krevní tlak. Někdy se změnou tlaku vzduchu pociťuje bolesti hlavy, ovšem ne nijak dramatické. Počátek těchto bolestí spojuje se vznikem zrakového postižení. Jsou dny, kdy bývá více unavený, zejména když musí absolvovat nějakou delší trasu v terénu. Na tuto cestu se musí extrémně soustředit (aby nezakopl, nezabloudil...) a to jej vyčerpává.

Pan E žije v menším bytě na vesnici společně se svou manželkou, byt je v prvním poschodí činžovního domu bez výtahu. V bytě nemají provedeny žádné úpravy, aktuálně ale uvažují o tom, že by v koupelně ve sprchovém koutě umístili madlo, kterého by se pan E mohl při sprchování přidržovat, aby z důvodu zhoršené orientace neuklouzl. Informant se pravidelně stýká s rodinou, jednak za ní sami s manželkou vyrážejí do sousedního města a jednak rodina přijíždí na návštěvu za nimi na vesnici. Manželé mají dva syny, oba už mají děti, takže rodina je poměrně velická a o společná setkání není nouze. Kdykoliv je něco potřeba, synové či vnoučata pomohou. Důvodem pro to, aby vyrazili do města, je tedy buď cesta za rodinou nebo návštěva lékaře. Za jinými účely nejedí. Po návštěvách nechodí, ovšem nechodili ani v minulosti, tudíž žádná změna k horšímu v tomto směru nenastala. Návštěvy u nich doma přijímají normálně, jako dřív. Sociálně izolován se dle svých slov rozhodně necítí.

Před vznikem zrakového postižení žil pan E aktivně, byl a stále je známý v místě svého bydliště jako iniciátor zábavy, sportovních akcí, přátelských setkání apod. Je původem Řek, v Řecku žil do svých zhruba 12 let a absolvoval 5 tříd tamější základní školy. Poté s rodiči odešel do Čech, kde dokončil základní školu a po ní se vyučil strojním zámečnickem. Tomuto řemeslu se věnoval s různými malými obměnami prakticky celý život, až do svého odchodu do důchodu. Jeho zaměstnání zrakové postižení nezasáhlo, protože vzniklo až v důchodovém věku. Jeho velkým koníčkem byl

po celý život sport. Jezdil dlouhé trasy na kole, hrál a trénoval fotbal, byl zvyklý hodně chodit, ať už ve smyslu turistiky, či obyčejné procházky, třeba do lesa na houby. Je znát, že právě to činnosti, spojené s pohybem, mu nejvíce chybí, často opakuje, jak by si rád vyjel ka kole a jaká je to škoda že už nemůže. Několikrát zaznamenám až rozčilení, že ho v tomto směru zrakové postižení omezuje. Další velkou zálibou, spojenou s jeho povoláním, byly manuální činnosti, kutilství, drobné opravy v domě, výpomoc rodině i známým. I zde bolestně cítí své omezení a často opakuje jak ho štve, že už si nic nespřaví, že je nemožný a musí o to žádat lidi kolem sebe. A přitom to byl vždycky on, kdo to dělal pro druhé! Tento pocit neschopnosti v něm ještě zesílil poté, co musel přestat pomáhat synovi na stavbě jeho domu. Právě v té době se totiž zhoršily jeho zrakové obtíže a pomoc se stavebními pracemi se tak pro něj stala doslova nebezpečná. Také v minulosti rád vařil a teď už se na to příliš necítí, i když občas se do této činnosti za asistence své paní pustí. Je evidentní, že zájmy pana E byly vždy spíše prakticky, činnostně, manuálně zaměřeny, intelektuálním činnostem se nikdy moc nevěnoval. Bohužel se ale ve svých minulých zájmech cítí dnes velmi omezen. Jeho dnešními zálibami jsou především čas strávený s manželkou, ať už doma či na procházce, poslech rádia nebo televize, kontakt s rodinou, především s vnoučaty. Občas se pan E pouští i do takřkajíc husarských kousků, to v případě, že si s manželkou vyjedou na kole. Ujišťuje mě, že jezdí jen po rovných polních cestách, kde nic nejede a nehrozí žádné nebezpečí a že manželka jede pomalu před ním a ukazuje mu tak cestu. Nicméně přiznává, že už má z vyjížděky minimální požitek, že to dělá spíš proto, aby si dokázal, že na to ještě má.

Co se tedy týče konkrétních omezení, která mu zrakové postižení přináší, jedná se o již zmiňované volnočasové aktivity a dále třeba vaření a celkovou pomoc při péči o domácnost. Nádobí nikdy nemyl, ovšem vysával a vytíral podlahu a tady omezení cítí. Do vysávání se sice ještě na přání manželky pustí, ale moc ho to netěší, protože výsledek není schopen zkontrolovat sám a musí vždy zavolat svou paní. Také v oblasti získávání informací je již nejistý. Noviny už si sám nepřečte, občas požádá manželku, ale není to ono. Rádio běžně poslouchá, televizi občas zapne, ale jen poslouchat ho nebaví, když ví, o co všechno v ní přichází. Počítač nevlastní a ani už v žádném případě nechce.

V oblasti samostatného pohybu se omezen cítí, ale zatím ne tak bolestně, jako v oblasti sportu a volnočasových aktivit vůbec. Jak bylo řečeno, siluety lidí na ulici rozezná, stejně tak linii chodníku, trávy, přechod. Hodně si vypomáhá pamětí. Když stojí na přechodu, světla přijíždějících aut vidí, ovšem není schopen určit, jak je auto

daleko. To se týká i ostatních předmětů okolo něho. Vidí je, nebo alespoň odhadne že tam jsou, ale odhad vzdálenosti už činí obtíže, stejně tak odhad hloubky, to se týká především odhadu výšky obrubníků či schodů a jiných nerovností povrchu. Po vesnici se pohybuje více méně po paměti, nebojí se vyrazit sám, nestává se mu, že by nevěděl, kde se právě nachází nebo že by přímo zabloudil. Pokud vyrazí sám, nikdy si s sebou nezapomíná vzít bílou hůl. Pokud mu dělá doprovod manželka, bílou hůl nechává doma. Do sousedního města již sám necestuje, ale ujišťuje mě, že kdyby nebylo zbytí, prostě by vyrazil, něco by zvládl s pomocí paměti a zbytků zraku a na ostatní by se doptal. V jeho případě o tom není pochyb. Přes to všechno je ale rád, když se může v terénu pohybovat za doprovodu své paní, cítí se bezpečněji. Vzhledem k jejím neomezeným časovým možnostem v tom zatím není problém. Pohyb venku mu vždy ztěžuje nepříznivé počasí, ať jde sám či s doprovodem. Pohyb v bytě panu E nečiní nejmenší problémy. Jen mu ho občas manželka ztíží tím, že přemístí nečekaně věci nebo postaví něco do cesty a zapomene to svému manželovi říct. Pořád si na pravidlo nepřemísťovat věci nemůže zvyknout. Díky tomu vznikají mezi manželi drobné, ovšem ne nijak závažné hádky.

Z nabídky služeb pro osoby se zrakovým postižením využil pan E zatím pouze služby Tyfloservisu, o jeho existenci ho informoval oftalmolog. Absolvoval tam ambulantně dvě návštěvy v doprovodu svého syna a to vždy za účelem výběru pomůcek a zácvičku práce s nimi. Nabídku výuky čtení a psaní Braillova písma odmítl z důvodu zhoršené citlivosti v konečcích prstů. S přístupem pracovníků byl spokojený, líbilo se mu že chápou omezení, která zrakové postižení přináší a že dokáží člověka psychicky podpořit. Říká, že je s touto službou spokojen. O existenci dalších služeb ví, ale zatím razantně odmítá, což je v jeho případě celkem pochopitelné. Hned na to ale sám dodává, že je mu jasné, že kdyby se situace nějak změnila a jeho manželka třeba onemocněla nebo odešla, nebo kdyby se jeho zdravotní stav nějak rapidně zhoršil a on potřeboval soustavnou péči, bude muset k využívání služeb přistoupit, sám zmiňuje i domov pro seniory. Zdá se, že je s touto skutečností zcela srovnán. I zde se projevuje jeho praktický přístup k životu. Již poněkolkáté opakuje v různých souvislostech, že „to bere sportovně“.

Když se zamýšlíme nad tím, zda ho zrakové postižení posunulo někam dál, docházíme k závěru, že neposunulo, žádná pozitiva nenacházíme. Maximálně ho potěší, když zvládne nějakou novou dovednost, která mu pomůže fungovat s postižením zraku, má pak radost a cítí se samostatnější. Spíše ale pana E napadají věci, které ho na

skutečnosti, že nevidí, nejvíce rozčilují. Nejvíce frustrující je pro něj již zmíněná neschopnost si cokoliv sám opravit nebo vyrobit a také jej stresuje, když nejsou věci na svém místě.

Strach o sebe informant nemá. Nebojí se úrazů v domácnosti ani venku, je na sebe opatrný. Stále používá ostré nože a další kuchyňské náčiní, vaří, připravuje horké nápoje. Vše dělá po paměti. Přepadení na ulici se také neobává, pokud u dveří zvoní někdo neznámý, ptá se na jeho totožnost. Tato situace je ale zcela výjimečná.

Pan E má přiznán příspěvek na péči ve výši třetího stupně, což pro něj znamená významnou pomoc. Svou finanční situaci hodnotí jako dobrou, vzhledem k tomu, že do rozpočtu přispívají on i manželka. Zvýšené výdaje jsou v jeho případě jednoznačně spojeny s nákladnou léčbou jeho onemocnění.

## **8.5 Výsledky a interpretace dat**

V této podkapitole budou zodpovězeny výzkumné otázky. Odpovědi byly vyvozeny na základě informací získaných od pěti informantů a na základě jejich pozorování. Nelze tedy tyto informace považovat za všeobecně platné a použitelné u celé cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením, spíše se jedná o jakýsi náhled, jak může jejich situace vypadat a co ji může ovlivňovat, tedy na to, s čím se můžeme v praxi také setkat. Je třeba nezapomínat, že každý člověk je značně individuální, ve svém prožívání, vnímání, osobní historii, životních zkušenostech, schopnostech, dovednostech a mnoha dalších charakteristikách. Proto i jeho vztah k vlastnímu postižení zraku bude v různých ohledech individuální.

Na výzkumné otázky stanovené pro tento výzkum se nabízejí následující odpovědi:

### *1. Jak se cítí senioři zrakovým postižením nejvíce omezeni?*

Dle očekávání pociťují senioři největší omezení v oblasti samostatnosti a soběstačnosti. Tuto skutečnost vnímají o to intenzivněji, že byli celý život zvyklí starat se o sebe sami, nepotřebovali ničí pomoc a dnes jsou často závislí na pomoci jiné osoby. V této souvislosti byl nejčastěji uváděn samostatný pohyb a prostorová orientace,

cestování po městě a do okolních obcích, péče o domácnost a o vlastní osobu, trávení volného času a získávání informací.

Samostatný pohyb je samozřejmostí pro každého z nás, proto se senioři cítí výrazně omezení tím, že mají v této oblasti problémy. Při orientaci v terénu často využívají paměť, chodí tedy po trasách, které znají z doby, kdy viděli. Novým místům se vyhýbají, až na výjimku udávají, že by se na neznámé místo sami v žádném případě nevypravili. Učit se nové trasy příliš nechtějí, zde se projevuje obava z nového, neznámého. Nezbyvá tedy, než chodit po nezažitých trasách s průvodcem. S pohybem a orientací v prostoru souvisí i cestování. Mnoho lidí plánovalo, že ve stáří, kdy bude více času, procestují republiku, popřípadě další části světa. Sami toho vlivem problémů se zrakem nejsou schopni a na shánění doprovodu povětšinou rezignují.

Velmi bolestně vnímají senioři omezení týkající se jejich koníčků a zálib. Často už nechtějí z různých důvodů zkoušet nové činnosti, které by byly vhodné pro osoby se zrakovým postižením, rádi by se věnovali těm původním, což ale často není možné. Nebo to možné je, ovšem s tak velkou mírou podpory, že není nikdo, kdo by ji mohl poskytovat (týká se např. cestování, návštěv kulturních zařízení apod.). Senioři tak zůstávají v mnohých případech doma a jejich jedinou zálibou je poslech rádia, což v žádném případě není uspokojující.

Další výrazné omezení uvádějí senioři v souvislosti s péčí o domácnost (úklid, vaření, praní prádla apod.). Povětšinou vykonávají všechny činnosti samostatně, zejména ženy, ovšem ve snížené kvalitě, kterou sami intenzivně vnímají. Vzhledem k tomu, že čistě uklizená domácnost je stále ještě považována za jakousi vizitku člověka, je toto omezení pro seniory se zrakovým postižením velmi nepříjemné, tím spíš, že jsou často nuceni požádat o překontrolování čistoty bytu příchozí návštěvu (týká se zejména osaměle žijících seniorů).

Získávání informací je poslední velkou oblastí, ve které se někteří senioři cítí omezení. Ovšem v porovnání s oblastmi předchozími je toto omezení vnímáno jako minimální. Všichni shodně uvádějí, že pravidelně poslouchají rádio, o dění u nás i ve světě tedy přehled mají, necítí se být nedostatečně informováni. Komu to zbytky zraku umožňují, sleduje televizi, ovšem často je tato činnost tak vyčerpávající, že od ní raději upouští a vrací se k rádiu. Informace z Internetu využívají pouze zprostředkovaně, přes své děti, či vnoučata. Pro ty, kdo mají zachovány zbytky zraku, přicházejí v úvahu také noviny a časopisy. Avšak pro čtení s lupou bývá novinový text nevhodný, čtení je vyčerpávající, komfort minimální, proto se senioři s postižením zraku čtení novin raději



vyhýbají. Ti, kdo mají vidícího partnera, si nechávají noviny předčítat. Nejčastěji si oslovení senioři pochvalují předávání informací osobně, takzvaně z úst do úst, což také během svých setkání realizují.

## *2. Jaký vliv může mít na seniora se zrakovým postižením rodinné zázemí?*

Rodinné zázemí hraje významnou roli v životě každého člověka, pokud se jedná o seniora se zrakovým postižením, je jeho role ještě významnější. Všechny zkoumané osoby na rodinu vzpomněly a považovaly ji za důležitou, ať už ji měly a udržovaly s ní vztahy, či nikoliv.

Přítomnost a funkčnost rodinného zázemí ovlivňuje seniora veskrze pozitivně. Je-li rodinné zázemí funkční, projevuje se to obvykle v rovině psychické i materiální (např. odvoz autem, opatření speciální pomůcky apod.). Senior je obecně více podporován v tom, co dělá, a také v tom, co by dělat mohl, jsou mu nabízeny stále nové možnosti. Taková podpora může umožnit rozvoj zájmů a aktivit, respektive jejich realizaci, aktivizuje člověka, dodává nové podněty, umožní dokázat si, že na spoustu věcí lidé ještě stačí. Všechny tyto skutečnosti dodávají jistotu a vedou tak k lepší psychické pohodě, o kterou je třeba v seniorském věku důsledně dbát. Mladí členové rodiny, hlavně vnoučata, bývají pro své prarodiče významnou motivací a také spojením s moderním světem a technologiemi (mobilní telefon, počítač, internet). Pokud chtějí prarodiče se svými vnoučaty udržet krok, musí se udržovat ve formě, fyzické i psychické a většinou tak činí rádi a jaksi přirozeně. Je-li tedy možnost v rámci služeb určeným seniorům se zrakovým postižením spolupracovat s těmito členy rodiny, bývá to ku prospěchu věci. Však to jsou často právě děti nebo vnoučata, kdo motivuje seniora k využívání příslušných služeb, kdo se zajímá, na co má senior ze zákona nárok (finanční dávky, pomůcky apod.) a jak mu lze pomoci. Při hodnocení pozitivního vlivu rodiny nesmíme zapomenout na přítomnost životního partnera. V praxi se častěji setkáváme s ovdovělými seniorkami, zde se plně ukazuje skutečnost, že ženy žijí v průměru déle než muži. Na nich potom leží tíha péče o domácnost a zařizování veškerých záležitostí, což je stresující již samo o sobě, nemluvě pak o ženách, které se potýkají se ztrátou zraku. Z této situace pak logicky vyplývá vyšší míra potřebné podpory. U mužů-seniorů, kteří žijí v partnerském vztahu a bydlí v jedné domácnosti se ženou, se pak setkáváme s nižší mírou motivace k provádění úkonů péče o domácnost a

dalších úkonů, které vyžadují samostatnost a soběstačnost. Spoléhají v tomto ohledu na svou partnerku a nejsou okolnostmi nuceni učit se tyto věci samostatně.

Naopak nepřítomnost či nefunkčnost rodinného zázemí je z hlediska podpory a rozvoje seniora se zrakovým postižením nežádoucí. Všímáme si nižší motivace k činnostem a k životu obecně, nemožnosti se na někoho spolehnout a požádat o rychlou pomoc v případě potřeby, pocitu osamění a ztráty smyslu života. Zájmy a množství zážitků mohou být chudší. Z těchto skutečností může pramenit nejistota a duševní nepohoda. Zde se nabízí otázka, zda by seniorovi se zrakovým postižením, který žije zcela osaměle a nestýká se s žádnými členy rodiny, nebylo ku prospěchu setkávání s dobrovolníkem. Ten by mohl v oblasti psychické podpory suplovat dítě nebo vnouče.

### *3. Jaký je vztah seniorů k užívání speciálních pomůcek?*

Vztah seniorů k využívání speciálních pomůcek se dá obecně charakterizovat jako pozitivní, ovšem s určitými specifiky. Shodují se na tom, že bez speciálních pomůcek by těžko běžně fungovali, realizovali své zájmy, pečovali o domácnost, pohybovali se na ulici nebo získávali informace.

Při výběru pomůcek ale bývají opatrní, důkladně zvažují, zda je budou opravdu využívat. Mívají obavy z moderních, elektronických zařízení, jakými jsou počítač, diktafon a podobně, mají pocit, že už to není pro ně, že už nemá cenu si takové drahé pomůcky pořizovat a bývá složité jim toto přesvědčení vyvrátit a motivovat je k jejich využívání.

Významný vliv na výběr pomůcky konkrétním uživatelem má jeho předchozí život, zaměstnání, struktura zájmů a zálib, jeho celkové zaměření (zda se jedná o člověka intelektuálně, či spíše prakticky orientovaného), ale i již zmiňované rodinné zázemí. Intelektuálně orientovaní jedinci se více zajímají o pomůcky, které jim pomohou při získávání informací (např. kamerová lupa) a mívají menší strach z modernějších pomůcek a nových věcí obecně. Naproti tomu prakticky orientovaní lidé se zaměřují spíše na pomůcky pro domácnost a každodenní činnosti (např. náčiní do kuchyně).

Kladně se senioři staví k používání bílé hole, bývají již v tomto směru povznesení a nepřipadá jim trapné se vydat s holí na ulici, jak tomu někdy bývá u mladých oslepnuvších lidí. Velmi kladně se také staví k užívání diktafonu. Žádný z oslovených jej sice zatím nevlastní, ovšem vážně uvažují o jeho pořízení. Tato

pomůcka pomáhá kompenzovat zhoršování paměti (především krátkodobé), které se seniorským věkem přirozeně souvisí. Možnost nahrát si informaci na záznamník, místo jejího zapsání na papír, je pro seniory přijatelná a jistě i užitečná.

Byla již mnohokrát v literatuře zmíněna možnost využití Braillova písma u seniorů se zrakovým postižením, proto zde jen drobné připomenutí. Často se z důvodu zhoršené citlivosti v konečcích prstů (např. vlivem Diabetes Mellitus, celoživotní manuální práce apod.) stává čtení bodového písma nerealizovatelným a proto se k výuce čtení a psaní Braillova písma vůbec nepřistupuje. Tím se vylučují i pomůcky, které s touto činností souvisejí, například Pichtův psací stroj, dymo kleště a další.

#### *4. Jak se staví senioři k možnosti využívat sociální služby se zaměřením na osoby se zrakovým postižením?*

Obecně se dá říci, že možnost využívat sociální služby se zaměřením na osoby se zrakovým postižením vnímají senioři kladně a využívají ji, pokud o ní vědí. Zpravidla se o této možnosti dozvedí od svého očního lékaře. Pokud je neinformuje lékař, je pak spíše dílem náhody, zda se o těchto službách dozvedí, od přátel, rodiny, náhodou z televize, rádia. Žádná depistáž v tomto směru zatím neexistuje.

Službu sociální rehabilitace poskytovanou Tyfloservisem (tzv. rehabilitace prvního stupně, primární) zpravidla využijí všichni informovaní senioři. Ze služeb (programů), které Tyfloservis nabízí (viz kapitola č. 6), nejčastěji využívají nácvik chůze s bílou holí a výběr pomůcek včetně zácviku práce s nimi. Dále pak záleží na individuálním přání a potřebách každého z nich. Služeb Tyfloservisu využívají i lidé, kteří bydlí mimo krajské město, kde organizace sídlí. Mohou buď využít jejich terénní služby (kdy pracovníci dojíždějí za klienty do jejich domácností) nebo absolvují několik nezbytných návštěv přímo v organizaci, nejčastěji v doprovodu rodinného příslušníka, partnera, přítele či jiné blízké osoby. Dá se tedy říci, že služby Tyfloservisu jsou stejně dostupné pro všechny uživatele. Uživatelé je hodnotí velmi kladně, pochvalují si osobní, přátelský přístup, psychickou podporu ze strany pracovníků a uvádějí, že bez těchto služeb by se cítili úplně ztraceni. Je pro ně nepředstavitelné, že by tyto služby neexistovaly.

Trochu jiná je situace u organizací, které realizují pravidelnou činnost a volnočasové aktivity pro osoby se zrakovým postižením, ať už jako registrovanou

službu (např. TyfloCentrum) či jako neregistrovanou činnost (např. neregistrovaná klubová činnost SONS). Zde už jsou znevýhodněny osoby, které nebydlí přímo ve městě, kde organizace sídlí. Vzhledem ke zrakovému postižení a k případným zdravotním obtížím a omezením souvisejícím s věkem může být problematické až nemožné do organizace dojíždět a účastnit se společných akcí a setkání. Zde se opět nabízí otázka, zda by nebylo vhodné zapojit v tomto směru dobrovolníka. Pravidelná setkávání jsou totiž samotnými seniory velmi kladně hodnocena. Uspokojují potřebu sociálního kontaktu, umožňují probrat problémy s vrstevníky, motivují člověka, který třeba běžně zůstává v bezpečí svého domova, k tomu, aby vyšel ven, aktivizují ho.

Od poskytovatelů služeb vyžadují senioři partnerský přístup. Stejně jako oni běžně seznamují pracovníky se svou osobní historií, vyžadují totéž od nich. Chtějí své pracovníky velmi dobře znát a na základě tohoto poznání si k nim budují důvěru. Je pro ně takřka nepřijatelné, že by měli spolupracovat s neznámým člověkem.

## **8.6 Náměty pro praxi**

Fakt, že každý člověk, a tedy i senior se zrakovým postižením, vyžaduje při poskytování služeb a speciálně pedagogické podpory individuální přístup, je známý. V této kapitole jsou nastíněny některé další náměty, které lze využít v praxi za účelem zkvalitnění přístupu k seniorům se zrakovým postižením, a které vplynuly z provedeného šetření.

Jeví se jako vhodné motivovat seniory k využívání služeb. Prostřednictvím nich je, mimo jiné, umožněn mezilidský kontakt. A to buď kontakt s vrstevníky v rámci skupinových akcí a setkání nebo kontakt s některým konkrétním pracovníkem. Ačkoliv se z hlediska sociálního kontaktu zdá jako výhodnější skupinové setkání, kde se nabízí více příležitostí ke komunikaci, nesmíme zapomenout, že ne každému člověku vyhovuje společnost více lidí. V těchto případech je naopak pravidelný kontakt s jedním pracovníkem nebo několika málo pracovníky vhodnější než setkávání ve skupině.

Velmi bolestně vnímají senioři skutečnost, že už se díky svému zrakovému postižení nemohou věnovat stejným koníčkům jako dříve, často jsou díky téměř naprosté absenci volnočasových aktivit v psychické nepohodě a je tak negativně ovlivněna jejich kvalita života. Vzhledem ke zvýšené pasivitě a obavám z nových, nevyzkoušených věcí, se jeví jako vhodné umožnit jim vykonávat jejich oblíbené

volnočasové aktivity za použití moderních pomůcek, úprav prostředí, osobní asistence a dalších potřebných zásahů. A to i přesto, že přizpůsobení „původního“ koníčku aktuálním potřebám je objektivně náročnější, než volba koníčku nového.

Ve volbě pomůcek je vždy důležité respektovat a zohledňovat předchozí život daného člověka, jeho přání a potřeby. V žádném případě nevnučovat pomůcku, o které si my sami myslíme, že by ji mohl daný člověk potřebovat. Riskujeme tak, že bude zbytečně ležet nevyužívaná v šuplíku. Pokud se senior již necítí na používání moderní, elektronické pomůcky, která vyžaduje složitý zácvik v používání, motivujeme jej k jejímu používání, ovšem není vhodné pomůcku vnučovat.

Výzkumné šetření naznačuje, že velkým přínosem v oblasti poskytování služeb a speciálně pedagogické podpory u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením by bylo zapojení dobrovolníků. Toto zapojení, pokud bude splňovat určitá specifika (důkladné proškolení dobrovolníků, důraz na jejich komunikativnost a otevřenost, postupné seznamování dobrovolníků s klienty a vzájemné získávání důvěry na neutrální půdě), lze jedinečně doporučit.

## **8.7 Závěr výzkumu**

V rámci provedeného výzkumu bylo dosaženo cíle, který byl na jeho počátku stanoven. Tedy popsat prostřednictvím případových studií a zodpovězení výzkumných otázek co nejpodrobněji specifika života seniorů se zrakovým postižením. Přiblížit fenomén ztráty zraku v seniorském věku a podat informace o tom, jakým způsobem a v jakých oblastech se senioři cítí tímto postižením omezeni a jak vnímají novou situaci v kontextu svého dosavadního života.

Hlavním výstupem výzkumného šetření jsou případové studie, přičemž každá z nich nabízí komplexní pohled na život seniora se zrakovým postižením. Vzhledem k tomu, že skupina pěti zkoumaných seniorů je záměrně velmi různorodá, jsou i informace získané od jednotlivých informantů často různorodé a reflektují skutečnost, že každý prožívá své zrakové postižení a veškeré okolnosti s ním spojené jedinečným způsobem, v závislosti na osobní historii, individuálních charakteristikách i podmínkách současného života. Je tedy problematické jednoznačně zobecnit, jaký je ten jediný správný přístup k dané cílové skupině. Prostudování předložených případových studií

ovšem může napomoci hlouběji nahlédnout do této problematiky a poukázat na její značnou specifičnost.

Některé skutečnosti, které přeci jen lze na základě výzkumného šetření zobecnit, jsou předloženy prostřednictvím odpovědí na stanovené výzkumné otázky. Toto zobecnění se ovšem týká pouze osob, na které se zaměřil tento výzkum, nelze jej tedy s jistotou použít u celé široké cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením.

Cílem výzkumné otázky č.1 bylo nastínit, jak se cítí senioři se zrakovým postižením nejvíce omezení. Zde se ukázalo, že omezení je pocíťováno v různé míře a různým způsobem prakticky ve všech oblastech života, přičemž překvapivě nejmenší míru omezení pocíťovaly zkoumané osoby v oblasti získávání informací.

Výzkumná otázka č.2 se zabývala vlivem rodinného zázemí. Zde se jednoznačně potvrzuje pozitivní působení rodiny a negativní vliv absence rodinných příslušníků a styku s nimi.

Ve výzkumné otázce č.3 se řeší vztah seniorů k využívání speciálních pomůcek pro osoby se zrakovým postižením. Vztah k využívání pomůcek se ukázal jako specifický, a to jednak v závislosti na zvláštnostech seniorského věku a jednak na individuálních zvláštnostech jednotlivých lidí s ohledem na jejich osobní historii.

Výzkumná otázka č.4 odpovídá na to, jak se staví senioři k možnosti využívat sociální služby se zaměřením na osoby se zrakovým postižením. Vztah k využívání služeb Tyfloservisu, TyfloCentra a SONS se ukazuje jako jednoznačně pozitivní.

Na základě výzkumu došlo k zodpovězení všech výzkumných otázek.

## Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo zaměřit se na to, jak je život seniorů zrakovým postižením nejvíce ovlivněn a jak toto ovlivnění oni sami vnímají, a to v nejrůznějších oblastech své existence. Konkrétně pak bylo cílem výzkumného šetření co nejpodrobněji popsat specifika života seniorů, kteří se potýkají se zrakovým postižením. Zejména pak šlo o snahu přiblížit fenomén ztráty zraku v seniorském věku a podat informace o tom, jakým způsobem a v jakých oblastech se senioři cítí tímto postižením omezeni a jak vnímají novou situaci v kontextu svého dosavadního života, co všechno může toto jejich vnímání ovlivňovat. Tato zjištění poté využít pro praxi, ve smyslu uvědomění si specifík, která cílová skupina seniorů se zrakovým postižením má a ve smyslu možnosti přizpůsobit speciálně pedagogickou intervenci dané skupině s cílem maximalizovat její pozitivní účinek.

V teoretické části byly podrobně rozpracovány poznatky z několika oblastí za účelem co nejucelenějšího pohledu na zvolenou problematiku. Poskytuje proto informace jak o specifících seniorského věku a o zrakovém postižení a jeho možných příčinách, tak o kvalitě života, která bývá jakýmkoliv postižením ovlivněna a zároveň o možnostech tyflopedické podpory seniorů se zrakovým postižením u nás i v zahraničí.

V praktické části diplomové práce byl naplněn stanovený cíl výzkumného šetření, tedy popsat specifika života seniorů se zrakovým postižením a odpovědět na předem dané výzkumné otázky. Ty se týkaly jednak oblastí života, ve kterých jsou senioři svým postižením nejvíce omezeni a dále pak vlivu rodinného zázemí, vztahu seniorů k využívání speciálních pomůcek a vztahu k využívání služeb určených pro osoby se zrakovým postižením.

Z provedeného výzkumného šetření vplynuly některé skutečnosti, které jsou přehledně shrnuty v závěru kapitoly číslo 8. Případové studie podaly ucelený pohled na život pěti seniorů se zrakovým postižením a ukázaly tak na některé zvláštnosti, které se u seniorů vyskytují ve vztahu k určitým jevům, například ve vztahu k využívání speciálních pomůcek nebo služeb pro osoby se zrakovým postižením. Tyto zvláštnosti jednak vyplývají přímo z případových studií a jednak je na ně poukázáno v rámci odpovědí na výzkumné otázky. Jedna se zajímavých skutečností, která z výzkumu vplynula a kterou autorka považuje za důležitou pro praktické využití, je potřeba zapojení dobrovolníků do práce se seniory se zrakovým postižením.

Po teoretické stránce je přínosem této diplomové práce shrnutí a provázání poznatků z oblasti tyflogedie, gerontopedagogiky, gerontologie a oftalmologie. Poznatky byly shromážděny za účelem co nejkomplexnějšího pohledu na problematiku seniorů se zrakovým postižením. Přínosem pro praxi je především poukázání na některé skutečnosti, které se týkají vlivu zrakového postižení na běžný život seniora a tím pádem i poukázání na to, jakým směrem by se měla ubírat tyflogedická intervence u této cílové skupiny. Další možnosti navázání na téma této diplomové práce vidí autorka například v zaměření se na seniory s diagnózou Věkem podmíněná makulární degenerace nebo na dobrovolnictví u této cílové skupiny. Jinou možností pokračování této práce by bylo na základě zkušeností z terénu, zjištěných potřeb samotných seniorů a ve spolupráci osoby s dlouhodobými zkušenostmi z praxe vytvořit jakousi příručku pro poskytování služeb a tyflogedických intervencí seniorům se zrakovým postižením. Něco podobného by autorka byla bývala jako studentka velice uvítala.

Protože je téma této diplomové práce zajímavé, byla zajímavá i její tvorba. Znamenala pro autorku hodně získaných zkušeností, a to jak teoretických, tak praktických i takřkajíc mezilidských. Tyto zkušenosti hodlá dále rozšiřovat a doufá, že tak nebude činit sama a že poznatky na téma senior se zrakovým postižením budou nadále přibývat.



## SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

### Literární zdroje

1. BENDO VÁ, P.; JEŘÁBKOVÁ, K.; RŮŽIČKOVÁ, V. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Vyd. 1. Olomouc : UPOL, 2006. 104 s. ISBN 80-244-1436-8.
2. ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov*. Vyd. 1. Bratislava : Univerzita Komenského, 1998. 156 s. ISBN 80-223-1206-1.
3. DLABALOVÁ, I.; KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
4. FINKOVÁ, D.; LUDÍKOVÁ, L.; RŮŽIČKOVÁ, V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Vyd. 1. Olomouc : UPOL, 2007. 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5.
5. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Vyd. 1. Brno : Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Vyd. 1. Praha : Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
7. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-85931-79-6.
8. JESENSKÝ, J. (ed.). *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia* (Sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí, Hradec Králové, 21.-23.9. 2001). Vyd. 1. Hradec Králové : Gaudeamus, 2002. 310 s. ISBN 80-7041-041-8.

9. JESENSKÝ, J. *Přehled systému komprehenzivní tyflopédie*. Vyd. 1. Hradec Králové : Gaudeamus, 2002. 60 s. ISBN 80-7041-329-8.
10. JESENSKÝ, J. *Kategorie komprehenzivní tyflopédie*. Vyd. 1. Hradec Králové : Gaudeamus, 2003. 103 s. ISBN 80-7041-555-X.
11. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.
12. KALVACH, Z.; HRABĚTOVÁ, E. *Senior a já...Já a senior*. Praha : Společnost přátelská všem generacím, 2007. 72 s.
13. Kol. autorů. *Specifika komunikace osob se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Olomouc : UPOL, 2008. 48 s. ISBN 978-80-244-1935-0.
14. Kol. autorů. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 - 2012 (Kvalita života)*. Dostupné také z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>.
15. KOLÁŘ, P., et al. *Věkem podmíněná makulární degenerace*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2605-2.
16. KOLÍN, J. *Oční lékařství*. 2. přepr. vyd. Praha : Karolinum, 2007. 109 s. ISBN 978-80-246-1325-3.
17. KRAUS H. a kol. *Kompendium očního lékařství*. Vyd. 1. Praha : Grada, 1997. 360 s. ISBN 80-7169-079-1.
18. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno : Paido, 2000. 70 s. ISBN 80-85931-84-2.
19. LUDÍKOVÁ, L.; SOURALOVÁ, E. *Speciální pedagogika 5*. Vyd. 1. Olomouc : UPOL, 2006. 44 s. ISBN 80-244-1213-6.

20. MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Vyd. 1. Praha : Triton, 2004. 203 s. ISBN 80-7254-476-4.
21. MUHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Vyd. 1. Brno : Masarykova Univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
22. MUHLPACHR, P.; VAŽUROVÁ, H. *Kvalita života*. Vyd. 1. Brno : Masarykova Univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
23. OLÁH, Z., et al. *Očné lékařstvo*. Vyd. 1. Martin : Osveta, 1998. 255 s. ISBN 80-88824-74-5.
24. ROZSÍVAL, P., et al. *Oční lékařství*. Vyd. 1. Praha : Galén, 2006. 373 s. ISBN 80-7262-404-0.
25. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
26. SYNEK, S.; SKORKOVSKÁ, Š. *Fyziologie oka a vidění*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2004. 93 s. ISBN 80-247-0786-1.
27. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří - kapitoly z gerontosociologie*. Vyd. 1. Praha : Slon, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. - Dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
29. WIENER, P.; RUCKÁ, R. *Terapie zrakového handicapu*. Vyd. 1. Praha : Institut rehabilitace zrakově postižených, 2006. 94 s. ISBN 80-239-6774-6.
30. WIENER, P. *Základy komunikace se zrakově postiženými*. Vyd. 1. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-12-2.

## Internetové zdroje

1. *Schepens Eye Research Institute* [online]. [cit. 2010-03-21]. The Impact of a Video Intervention on the Use of Low Vision Assistive Device. Dostupné z WWW: <<http://www.eri.harvard.edu/faculty/peli/papers/OVS%20-%20Video.pdf>>.
2. *Schepens Eye Research Institute* [online]. [cit. 2010-03-21]. Hope In Sight. Dostupné z WWW: <<http://www.eri.harvard.edu/faculty/peli/projects/hopeinsight.html>>.
3. *Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých* [online]. 2002-2010 [cit. 2010-03-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.sons.cz/index.php>>.
4. *TyfloCentrum, o.p.s* [online]. [cit. 2010-03-01]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.tyflocentrum.cz/o-nas.php>>.
5. *TyloCentrum, o.p.s* [online]. [cit. 2010-03-01]. Registrované sociální služby poskytované společnostmi typu TyfloCentrum. Dostupné z WWW: <<http://www.tyflocentrum.cz/sluzby.php>>.
6. *Tyfloservis, o.p.s* [online]. 2005-2007 [cit. 2010-03-01]. Základní údaje o Tyfloservisu. Dostupné z WWW: <<http://www.tyfloservis.cz/zakladni-udaje.php>>.
7. *Tyfloservis, o.p.s* [online]. 2005-2007 [cit. 2010-03-01]. Služby pro zrakově postižené. Dostupné z WWW: <<http://www.tyfloservis.cz/sluzby-pro-zrakove-postizene.php>>.
8. *Ústav sociální péče pro zrakově postižené v Brně-Chrlicích* [online]. [cit. 2010-03-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.uspchrlice.cz/>>.
9. *Věkem podmíněná makulární degenerace - DEGENERACEMAKULY.cz* [online]. 2008 [cit. 2010-12-08]. Příznaky VPMD. Dostupné z WWW: <<http://www.degeneracemakuly.cz/priznaky-makularni-degenerace-VPMD>>.

10. *Věkem podmíněná makulární degenerace* - DEGENERACEMAKULY.cz [online]. 2008 [cit. 2010-03-30]. Otestujte se! Dostupné z WWW: <<http://degeneracemakuly.cz/otestujte-se-na-makularni-degeneraci-VPMD>>.

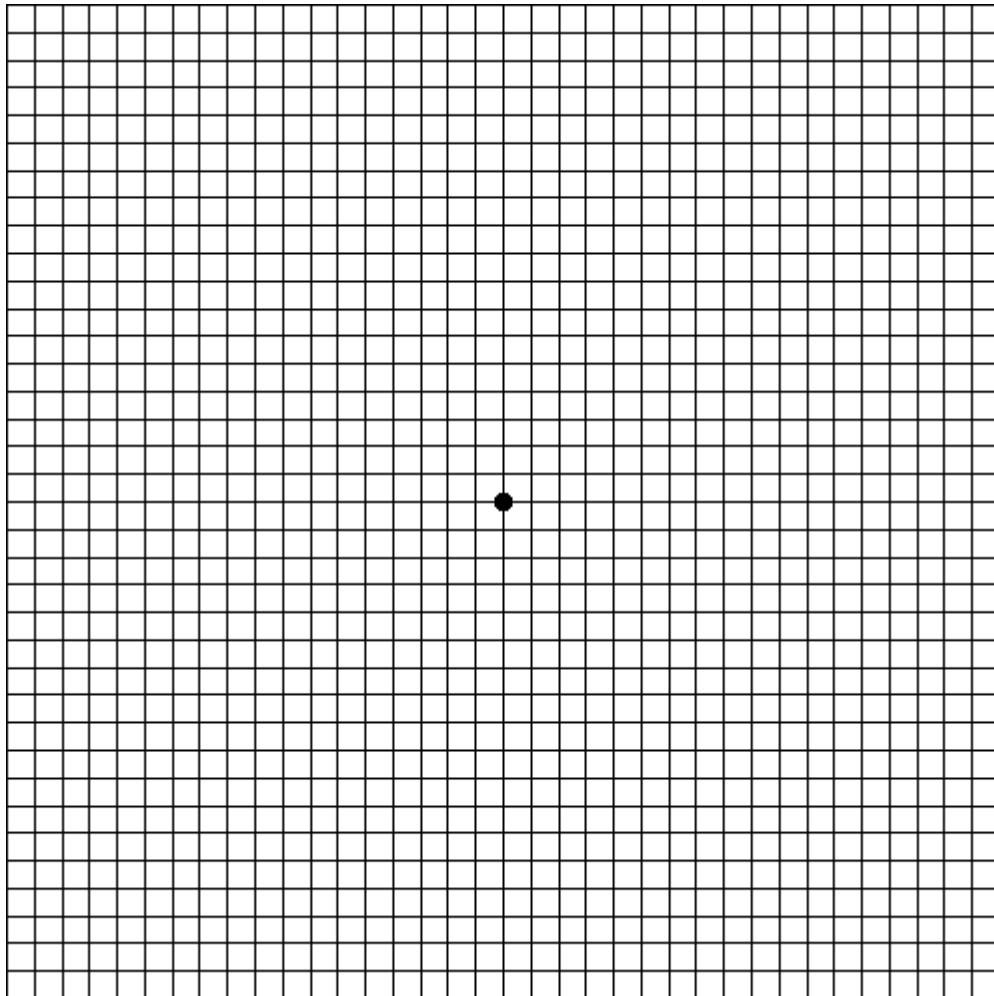
11. *Vliv změn světa práce na kvalitu života* [online]. [cit. 2010-02-23]. Publikované články. Dostupné z WWW: <[http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba\\_sociologie\\_II\\_kvalita\\_zivota-svobodova.doc](http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc)>.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A: Amslerova mřížka

Příloha B: Strukturovaný rozhovor

**PŘÍLOHA A**  
(Amslerova mřížka)



**NÁVOD K POUŽITÍ:**

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

(dostupné na: [<http://degeneracemakuly.cz/otestujte-se-na-makularni-degeneraci-VPMD>])

**PŘÍLOHA B**  
(Strukturovaný rozhovor)

## **PŘÍLOHA B**

### **Struktura rozhovoru vedeného s informanty za účelem vytvoření případové studie.**

Informanty jsou senioři (osoby ve věku nad 60 let), kteří mají zrakové postižení vzniklé v seniorském věku. Rozhovor je veden za účelem přiblížení fenoménu ztráty (či úbytku) zraku v pozdním věku a má nastítnit, jak ovlivňuje ztráta zraku život seniorů v různých oblastech. Ke každé otázce (okruhu) jsou poznamenány v odrážkách i důležité podotázky, které autorku výslovně zajímaly. Některé okruhy či podotázky jsou za účelem důkladného popisu dané skutečnosti či jevu záměrně velmi podobné a opakující se. Pro termín „zrakové postižení“ je užívána zkratka ZP.

---

#### **1. VĚK**

#### **2. VĚK V DOBĚ ZJIŠTĚNÍ DIAGNÓZY**

#### **3. POHLAVÍ**

#### **4. DIAGNÓZA (oftalmologická)**

#### **5. POZNÁMKY KE ZDRAVOTNÍMU STAVU**

- Nějaká další omezení?
- Jak byste subjektivně zhodnotil(a) svůj zdravotní stav?
- Jak se převážně cítíte?
- Jsou u Vás se ZP spojeny i další zdravotní obtíže (např. bolesti hlavy)?
- Cítíte se více unavený, bez energie?

#### **6. SOUČASNÝ STAV ZRAKU**

- lékařský záznam (pokud je k dispozici)
- subjektivní hodnocení



## **7. ZAMĚSTNÁNÍ**

- Bývalé/současné?
- Pokud současné, jak je realizováno?
- Problémy se zrakem začaly už v zaměstnání? V čem způsobovaly omezení?
- Vaše vzdělání?

## **8. RODINNÉ ZÁZEMÍ**

- Žijete v domě/v bytě/jinde?
- Máte v obydlí provedeny nějaké úpravy vzhledem ke svému ZP?
- Žijete sám(a)/s partnerem/ s rodinou?
- S rodinou se stýkáte: pravidelně (P) / občas (O) / sporadicky (S) / vůbec (V)

## **9. KONTAKT S OKOLÍM**

- Chodíte do společnosti sám/s doprovodem?
- S jakým doprovodem?
- Kam vyrážíte?
- Jak často: P/O/S/V
- Jiné osoby docházejí za Vámi? P/O/S/V
- Jaké osoby (rodina, přátelé, dobrovolníci, pracovníci sociálních služeb)?

## **10. OMEZENÍ ZPŮSOBENÁ ZP**

- péče o domácnost...
- získávání informací...
- samostatný pohyb...
- společenský styk...
- volnočasové aktivity...
- jiné...

## **11. ZÁJMY A KONÍČKY**

- Dříve?
- Dnes, resp. po vzniku ZP?
- V čem konkrétně Vás ZP omezilo?

## **12. VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB**

- Máte příspěvek na péči: ano/ne? V jaké výši?
- Tyfloservis (jaké konkrétně služby z jejich nabídky?)
- TyfloCentrum (jaké konkrétně služby?)
- Osobní asistence, pečovatelská služba, dobrovolníci...?
- Jiné služby: pobytové, psycholog, psychoterapeut...?

## **13. JAK JSTE DOZVĚDĚL(A) O MOŽNOSTECH VYUŽÍVAT TYTO SLUŽBY?**

- Od lékaře, z internetu, z rádia, časopisu, od známých...?
- Vyšla prvotní iniciativa od Vás? Někdo Vás k využívání služeb nabádal, přemlouval, tlačil na Vás?

## **14. SPOKOJENOST SE SLUŽBAMI**

- Využívám všeho, co mi nabídli...
- Něco mi v nabídce chybí...Co konkrétně?
- Nabídka mi připadá zbytečně široká...Co konkrétně Vám přijde zbytečné?
- Jak byste si průběh služby představoval(a) ideálně? Jak by vypadala služba šitá Vám na míru? (frekvence, čas setkání, délka setkání – je čas na popovídání?)
- Uvítal(a) byste při poskytování služeb spolupráci s dobrovolníky?
- Jak hodnotíte rozsah dovedností, které se v rámci služeb naučíte? Stačí Vám to? Co byste přidal(a) / ubral(a)?

## **15. JAK BYSTE ZHODNOTIL(A) PŘÍNOS POSKYTOVANÝCH SLUŽEB?**

- Co pro Vás služba znamená, co Vám dává?
- Jak by to podle Vás vypadalo, kdybyste žádné služby nevyužíval(a)?
- Máte pocit, že Vám služby nic nepřinášejí? Využíváte je jen kvůli někomu z Vašeho okolí, tzv. „aby byl klid“?

## **16. SPECIÁLNÍ POMŮCKY**

- Optické – jaké?
- Neoptické – jaké?
- Jak pomůcky využíváte? Jak často? Jsou s tím problémy, je to složité? Máte některou z pomůcek doma úplně zbytečně?

## **17. SPOKOJENOST S NABÍDKOU POMŮCEK**

- Příliš mnoho pomůcek – stejně všechno nevyužiji...Mám pocit, že se stejně nikdy nemůžu naučit všechno správně používat...
- Něco Vám chybí? Co? Někde jste o tom četl(a), slyšel(a)? Někdo Vám o tom řekl? Mají to jen v zahraničí?
- Máte pomůcek tak akorát?

## **18. JAKÝM ZPŮSOBEM ZÍSKÁVÁTE PŘEVÁŽNĚ INFORMACE**

- Dříve?
- Nyní?

## **19. POCITY PŘI SDĚLENÍ DIAGNÓZY**

- Šok - tušil jsem to – už nikdy nebude nic jako dřív – radši umřít než nevidět – nějak se to zvládne....?

## **20. REAKCE OKOLÍ NA VAŠE ZP**

- Jaká byla reakce partnera, rodiny, přátel, dalších lidí ve Vašem okolí?

## **21. „CO VÁM ZP DALO A VZALO“**

- Co už nemůžete a chtěl(a) byste?
- Máte pocit, že Vás celá situace posunula někam dál?
- Je něco, na co jste se do důchodu těšil (např. na čtení knih) a teď Vám v tom ZP zabránilo?

## **22. JAK ZVLÁDÁTE:**

- samostatný pohyb (doma i v terénu)
- péči o domácnost
- realizaci koníčků (např. i návštěva kostela)
- cestování (přesun z místa na místo)
- návštěvy lékaře
- nákupy
- vyřizování na úřadech

- Kdo Vám pomůže, když na něco nestačíte? (partner, rodina, přátelé, dobrovolníci, placení pracovníci – osobní asistence, pečovatelská služba...)
- Která ze zmíněných činností Vás nejvíce stresuje, činí Vám největší obtíže?

### **23. CO A JAK BY SE MĚLO ZMĚNIT, ABY SE VÁM SE ZP ŽILO „DOBŘE“ (OBSTOJNĚ)?**

- bydlení
- služby
- pomůcky
- dopomoc
- návštěvy
- další...

### **24. JAK SE PŘEVÁŽNĚ CÍTÍTE?**

- Mám pocit, že se nikdy nemůžu naučit všechno, co je potřeba.
- Cítím se izolovaný od ostatních lidí.
- Cítím se převážně smutný, bez nálady, „už nejsem k ničemu“.
- Jsem nucen učit se nové věci, ZP mě posunulo dál.
- Často mě velmi potěší, rozveselí, když zvládnu nějakou novou věc.
- Nic se nezměnilo. Všechno je jako dřív.

### **25. SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ POCITU BEZPEČÍ**

- Cítíte se teď (po vzniku ZP) více zranitelný(á) – pád, náraz, pořezání, opaření?
- Cítíte větší riziko, že se stanete obětí trestné činnosti – přepadení na ulici, vykradení bytu?
- Jak moc Vás omezuje strach spojený se ztrátou zraku v běžném životě? Bojíte se chodit ven? Otevírat okno? Vařit? Otevírat dveře příchozím lidem?

### **26. AKTUÁLNÍ FINANČNÍ SITUACE**

- Jak byste charakterizoval(a) svou finanční situaci?
- Stála vás léčba u oftalmologa (např. u vlhké formy věkem podmíněné makulární degenerace, koupě výživových doplňků apod.) hodně peněz? Kolik?
- Byla pro Vás léčba u oftalmologa finančně nedostupná?

- Je Vaše finanční situace stejná jako před vznikem ZP? Dobrá /špatná?
- Máte v souvislosti se ZP znatelně vyšší výdaje?
- Pomáhá Vám příspěvek na péči? Co si z něj hradíte?

**NEZAŘADITELNÉ POZNÁMKY INFORMANTA:**

**POZNÁMKY:**

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Hana Joklíková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Dita Finková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2010

<b>Název práce:</b>	Senior se zrakovým postižením
<b>Název v angličtině:</b>	Visual Impaired Senior
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce se zabývá problematikou seniorů se zrakovým postižením, konkrétně pak vlivem zrakového postižení na život seniorů v nejrůznějších oblastech.</p> <p>Teoretická část podává informace o specifických seniorského věku, o zrakovém postižení a jeho možných příčinách, dále o kvalitě života, která bývá jakýmkoliv postižením ovlivněna a zároveň o možnostech tyflopeditické podpory seniorů se zrakovým postižením u nás i v zahraničí.</p> <p>Praktická část sestává z případových studií, jež popisují specifika života seniorů se zrakovým postižením.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	senior, zrakové postižení, kvalita života, tyflopeditická podpora
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The Diploma work deals with visual impaired senior question, concretely how the visual impairment influences the seniors in variable parts of their lifes.</p> <p>The theoretical part of the work informs about specifics of senoir citizen age, about visual impairment and its possible causes, then about the quality of life usually influenced by any impairment, and also about the possibilities of special support of visual impaired senior in the Czech republic and also in abroad.</p> <p>The practical part of the work consists of case studies describing the specifics of senior citizens life with visual impairment.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	senior citizen, visual impairment, guality of life, special support of visual impaired people
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha A: Amslerova mřížka Příloha B: Strukturovaný rozhovor
<b>Rozsah práce:</b>	102
<b>Jazyk práce:</b>	čeština