

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Vliv zrakového postižení na kvalitu života

(Bakalářská práce)

Autor: Petra Mikolášková
Studijní program: B7506 - Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R025 Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce: PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Petra Mikolášková
Studium:	P17K0301
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Název bakalářské práce:	Vliv zrakového postižení na kvalitu života
Název bakalářské práce AJ:	The effect of visual impairment on quality of life

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá tématem kvality života dospělých osob se zrakovou vadou. Teoretická část práce se věnuje popisu očních vad, oblastmi dopadu vady na kvalitu života dospělého člověka, možnostmi a způsoby podpory těchto osob v ČR. V praktické části bakalářské práce bude sledován vliv zrakových vad na kvalitu života. Výzkumné šetření využije kvantitativní design v podobě metody dotazníku.

JESENSKÝ, Ján. Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně-edukačních pracovníků tyflopédického centra. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5. KIMPLOVÁ, Tereza a Marta KOLARŇÍKOVÁ. Jak žít s těžkým zrakovým postižením?: souhrn (nejen) psychologické problematiky. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-831-3. FINKOVÁ, Dita, Libuše LUDÍKOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	10.12.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité písemné i jiné informační zdroje jsem řádně citovala. Jsem si vědoma, že doslovné kopírování cizích textů je hrubým porušením autorských práv.

V Hradci Králové dne.....

.....

Mikolášková Petra

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Kamile Růžičkové, Ph.D. za cenné připomínky a rady jak při tvorbě práce postupovat. Také patří vedoucí práce velké poděkování za pomoc se sběrem dotazníků, potřebných ke zpracování této bakalářské práce.

Anotace

MIKOLÁŠKOVÁ, Petra. *Vliv zrakového postižení na kvalitu života*. Hradec Králové, Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 120 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života dospělých osob se zrakovou vadou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část práce se v první kapitole věnuje determinování termínu kvalita života, a jak se dá měřit. Druhá kapitola se věnuje zrakovému vnímání, jeho poruchám, diagnostikování a klasifikaci. Třetí kapitola je zaměřená na vliv zrakové vady na osobnost dospělého člověka a způsoby jejího přijetí. Poslední čtvrtá kapitola se zabývá rehabilitací a možnostmi podpory těchto osob v ČR.

V praktické části bakalářské práce je realizován výzkum vlivu zrakové vady na kvalitu života. Je sledován vliv zrakové vady na jednotlivé oblasti kvality života, jako je fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dále je zkoumán rozdíl z pohledu pohlaví, věku a doby vzniku zrakové vady.

Klíčová slova: dospělý jedinec, kvalita života, osobnost, zraková vada

Annotation

MIKOLÁŠKOVÁ, Petra. *The effect of visual impairment on quality of life*. Hradec Králové, Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2020. 120 pp. Bachelor Thesis.

The bachelor thesis concerns itself with the quality of life of adults with visual impairment. The research is divided into the theoretical and practical part.

The theoretical part entails four chapters. The first chapter is devoted to defining the term quality of life and ways it can be measured. The second chapter is dedicated to visual perception and visual disorders and their diagnosis and classifications. The third chapter is focused on the influence of a visual defect on an adult's personality and its acceptance. The fourth chapter devotes to rehabilitation and support systems available for adults with visual impairments in the Czech Republic.

Finally, the practical part of the thesis undertakes the research on the impact of visual defects on quality of life. It monitors the influence of visual defects on various areas of quality of life, such as physical health, life perception, social relations and social environment. Furthermore, all categories such as congenital or acquired visual impairment and the difference from the perspective of sex and age are monitored.

Keywords: adult, quality of life, personality, visual impairment

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	11
1 Kvalita života	11
1.1 Vývoj pojmu kvalita života	11
1.2 Definice kvality života	11
1.3 Měření kvality života.....	12
2 Zrakové vnímání, jeho poruchy a diagnostika	14
2.1 Zrakové vnímání.....	14
2.2 Nejčastější poruchy zraku	15
2.3 Diagnostika zrakových schopností.....	20
2.4 Klasifikace snížené zrakové schopnosti	21
3 Vliv zrakového postižení na osobnost.....	25
3.1 Dopad zrakové vady na vývoj osobnosti.....	25
3.2 Způsoby reakce jedince na vznik zrakové vady.....	27
4 Rehabilitace osob se zrakovým postižením	31
4.1 Rozvoj poznávacích procesů	31
4.2 Ucelená rehabilitace osob se zrakovým postižením.....	33
4.3 Prostředky rehabilitace	35
4.4 Podpůrné organizace pro osoby se zrakovým postižením.....	36
5 Závěr	41
Praktická část	42
6 Výzkumná otázka.....	42
7 Metodika	43
8 Charakteristika respondentů vyplívající z dotazníků	46
9 Statistické vyhodnocení dotazníků dle příručky WHOQOL-BREF	47
10 Vyhodnocení jednotlivých otázek.....	52
10.1 Celkové hodnocení kvality života	52

10.2	Kvalita života a fyzické zdraví.....	61
10.3	Kvalita života a prožívání.....	70
10.4	Kvalita života a sociální vztahy.....	78
10.5	Kvalita života a prostředí	88
10.6	Kvalita života a podpůrné organizace a jejich služby pro osoby se zdravotním postižením	97
11	Analýza výsledků, diskuse a návrh oblastí dalšího bádání	100
11.1	Diskuse a návrh oblastí dalšího bádání	106
	Závěr	108
	Literatura.....	110
	Přílohy.....	114

Úvod

Zrak je pro člověka jedním z nejdůležitějších smyslů. Zrakem přijímáme většinu informací a má význam pro poznávání a pro praktické jednání člověka. Ztráta nebo oslabení zrakové funkce přináší jedinci mnoho překážek, které musí překonávat. Jedinec se zrakovým postižením se setkává s obtížemi v běžném životě, při vzdělávání a při kontaktu s intaktní populací. Intaktní populace totiž mívá k zrakově postiženým a nevidomým nemálo předsudků, díky kterým je může odsuzovat. Některé z mylných předsudků jsou takové, že nevidomí lidé ztrácejí aktivní smysluplný život, stávají se zcela závislými na pomoci okolí, měli by být vděční za jakoukoliv naši pomoc a při komunikaci s nimi nemluvit o zrakových vjemech, abychom je neranili.

I jedinci se zrakovou vadou mohou prožívat smysluplný život a kvalitu svého života hodnotit jako velmi dobrou. Právě kvalitou života se bude zabývat první kapitola této práce. Dozvíte se jak je kvalita života definována v různých oborech, jakými technikami probíhá její subjektivní nebo objektivní hodnocení.

V druhé kapitole bude představena problematika týkající se zrakového vnímání, jaký význam pro nás má a jak náš zrak ovlivňují jednotlivé oční vady, které mohou být jak vrozené tak získané. Důsledkem očních vad či poruch může být zhoršená zraková schopnost a výkonnost. Diagnostickým vyšetřením zrakových schopností získáváme hodnoty, podle kterých zařazujeme jedince do jednotlivých klasifikačních kategorií, jako je slabozrakost či nevidomost.

Třetí kapitola se zabývá vlivem zrakového postižení na osobnost jedince. Osobnost dospělého jedince nemusí být zrakovou vadou při dobrých podmínkách ovlivněna. Když už se v osobnosti jedince vliv zrakové vady projeví, můžeme ho pozorovat v různých oblastech. Můžeme sledovat jaký má zraková vada celkový dopad na osobnost, socializaci jedince, seberealizaci, na práci a další. Jak velký vliv bude mít zraková vada na osobnost, záleží na jedinci, jak je schopný akceptovat své zrakové postižení. Akceptace zrakového postižení se liší u osob s vrozeným a získaným postižením zraku.

V poslední kapitole bude představena problematika rehabilitace osob se zrakovým postižením, jaké současné organizace napomáhají osobám se zrakovým postižením k jejich úspěšné akceptaci postižení, k rozvoji samostatnosti a soběstačnosti v každodenním životě. Budou představeny konkrétní prostředky rehabilitace a podpůrné organizace pro osoby se zrakovým postižením, které je nabízejí.

Výzkumná část práce má kvantitativní design a je zaměřena na vyhodnocení dat získaných dotazníkovým šetřením. K šetření byl využit dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, který byl doplněn o otázky týkající se vlivu zrakového postižení na kvalitu života. Výzkumný vzorek tvoří dospělí jedinci se zrakovou vadou. Dotazníky jsou vyhodnoceny dle příručky a následující vyhodnocení je zaměřeno na jednotlivé přidané otázky. Vyhodnocované otázky mají jednotnou strukturu, kdy je nejprve vyhodnocení celkové a dále následuje rozbor jednotlivých otázek z pohledu proměnných jako je věk, pohlaví a doba vzniku zrakové vady. Poslední výzkumná otázka je zaměřená na podpůrné organizace a jejich služby pro osoby se zdravotním postižením.

Cílem bakalářské práce je podat informaci o kvalitě života dospělých jedinců se zrakovým postižením a jaký má zrakové postižení vliv na jednotlivé zkoumané oblasti, kterými je kvalita života, fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí a využívání služeb podpůrných organizací.

Teoretická část

1 Kvalita života

V kapitole bude představena problematika zjišťování a posuzování kvality života. Bude vysvětlen samotný termín z více pohledů, protože neexistuje jednotné vysvětlení pojmu. Dále bude popsána problematika měření kvality života. Podrobněji budou popsány dva způsoby měření, protože jeden ze způsobů měření bude uplatněn v praktické části této bakalářské práce.

1.1 Vývoj pojmu kvalita života

Pojem kvalita života lze vystopovat až do řecké a římské mytologie. Dnes se s pojmem kvality života setkáváme interdisciplinárně. Nalezneme jej v antropologii, sociologii, medicíně, etice, ekonomii, právu, filosofii, politologii či pedagogice. V našem kontextu se však budeme zabývat pojmem kvality života z pohledu psychologie. Do psychologické sféry byl termín Quality of Life zaveden americkým psychologem profesorem Thorndikem na konci 30. let minulého století. Poprvé byl však termín do odborné literatury zaveden v roce 1920 profesorem politické ekonomie Arthurem Cecilem Pigou v díle Ekonomie blahobytu, kde se zmiňuje o podílu státu coby poskytovatele materiální podpory slabým. (Jesenský, 2007; Ludvíková 2012, Ludvíková 2015)

1.2 Definice kvality života

Definice kvality života není jednotná. Každá vědní disciplína na ní nahlíží ze své perspektivy. Hartl a Hartlová, 2000 v Psychologickém slovníku vysvětlují pojem kvality života jako „*vyjádření pocitu životního štěstí*“, dále pak vysvětlují pojem z pohledu psychologie, sociologie a z pohledu lékařského:

- Psychologické pojetí zní: „*míra seberealizace a duševní harmonie čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti*“.
- Sociologická pojetí zní následovně: „*pocity a životní úroveň speciálních skupin, jako jsou staří lidé, příslušníci etnických a jiných minorit čili hledisko jejich možnosti volby*“.

- Lékařské vysvětlení pojmu: „*na jaké úrovni s jakým omezením žijí lidé s chronickými chorobami jako je bronchiální astma, Parkinsonova nemoc, choroby kardiovaskulární, geriatrické choroby a mnohé jiné, čili hledisko omezení svobody*“.

Úřad vlády ČR vnímá rozvoj země v mnohem širším kontextu, než je hospodářský výkon a ekonomický růst, a proto kvalitu života zařazuje do svého působení. Kvalitu života pak definuje jako „*stav osobní pohody*“. Vláda aktivně realizuje měření kvality života a to v 11 oblastech: příjem a bohatství, zaměstnanost, bydlení, zdraví, sladování pracovního a soukromého života, vzdělávání, mezilidské vztahy, občanská angažovanost a dobré vládnutí, životní prostředí, bezpečnost, osobní pohoda. Statistickým sledováním těchto indikátorů poté stanovuje a kontroluje, zda dochází k naplňování strategií pro rozvoj státu do roku 2030. (Maussen, 2018)

WHO definuje kvalitu života „*jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*.“ (Dragomirecká, 2009)

Z mého pohledu bych kvalitu života definovala jako spokojenost či nespokojenost se svým životem, který je ovlivněn fyzickým stavem jednotlivce, jeho psychikou a sociálním okolím. Vzhledem k tématu práce se budou objektivně hodnotit, subjektivní hodnocení kvality života jednotlivců.

1.3 Měření kvality života

Zjišťování kvality života probíhá v zásadě dvěma přístupy, a to přístupy objektivními a subjektivními. Získávání informací od klientů může probíhat rozhovorem, testem či dotazníkem.

Objektivní hodnocení je hodnocení kvality z pohledu druhé osoby. Takové měření se nejčastěji využívá ve zdravotnictví, kdy lékař kvalifikuje onemocnění či tělesný stav pacienta. Objektivní standardizovanou metodou je kalkulátor APACHE II, který na základě 14 faktorů vypočítá pacientovu pravděpodobnost na přežití či úmrtí. Čím vyšší číslo tím větší pravděpodobnost pacientova úmrtí. (Jesenský, 2007; Ludvíková, 2012; Vymazalová, 2010)

Subjektivní či individuální metody, neboli když je hodnotitelem sama hodnocená osoba, nám ukazují individuální náhled na jednotlivé stránky života. Českým dotazníkem pro zjišťování kvality života je dotazník SEIQoL, jehož autorem je

prof. PhDr. Jaro Křivohlavý, CSc., který „*vychází z předpokladu, že míra radosti, spokojenosti a štěstí u každého člověka závisí na věcech, které jsou subjektivně a interindividuálně rozdílné a důležité.*“ (Jesenský, 2007, str. 82) Dalším dotazníkem pro zjišťování kvality života je SQUALA, jehož autorem je M. Zannotti z Francie. Česká verze dotazníku je však známější a používanější než francouzský originál. SQUALA zachycuje subjektivní pohled člověka na svou životní situaci a to jak je spokojený či nespokojený s oblastmi života, které považuje za důležité. (Chrastina, 2017) Dotazník WHOGOL- 100 a jeho zkrácenou verzi WHOQOL- BREF přeložila z angličtiny Eva Dragomirecká. Tato metoda zjišťování informací vychází z faktu, že „*kulturní kontext je ústředním faktorem kvality života, ne pouze něčím, co měření kvality života ovlivňuje nebo zkresluje.*“ (Dragomirecká, 2006, s. 2). Tento dotazník byl využit k sběru dat a k jejich vyhodnocení v praktické části práce.

Shrnutí problematiky kvality života

Na několika příkladech jsme ukázali, že neexistuje jednotné pojetí a vysvětlení termínu kvalita života. V některých publikacích se setkáváme i s pojmem well-being, jako například v publikaci od Ludíkové (2015) Netradiční pohledy na kvalitu života osob se speciálními potřebami, kde se na několika stranách vysvětluje tento pojem. Co se týče měření kvality života, nelze říct, že výsledky objektivního měření korelují se subjektivním hodnocením. Je zajímavé, že osoby s těžkým zrakovým postižením či nemocní subjektivně hodnotí kvalitu života jako uspokojivou a osoby z objektivního hlediska posuzované jako zdravé či s nízkým stupněm postižení, hodnotí vlastní kvalitu života spíše negativně.

2 Zrakové vnímání, jeho poruchy a diagnostika

Poruchy zraku způsobují snížený stupeň zrakového vnímání a představují pro člověka zásah do všech složek běžného života, což má velký vliv na hodnocení kvality jeho života. Zásadním rázem limituje sociální vztahy, komunikaci, sociální interakci, partnerské vztahy a další. Nejčastější druhy zrakových vad a jejich dopady jsou popsány v podkapitole 2.2.

V předposlední podkapitole 2.3 se dozvíte, jakým způsobem diagnostikujeme snížený stupeň zrakové schopnosti. V poslední kapitole 2.4 je zmíněna klasifikace snížené zrakové schopnosti.

2.1 Zrakové vnímání

Uvádí se, že zrakem získáváme 75-90% všech informací a poznatků. „*Oko lze přirovnat k velmi dokonalému fotografickém aparátu. Kdyby oko bylo digitálním fotoaparátem, muselo by mít 576 megapixelů.*“ (Štrofová, 2018, str. 20) Zrak vnímá elektromagnetické vlnění v rozsahu 400-760 nanometrů. Nemáme tedy schopnost dekodovat například rentgenové záření, infračervené či ultrafialové záření. Optická energie se na sítnici mění na energii bioelektrickou a pokračuje nervovými drahami centrálním nervovým systémem až do týlního laloku, kde jsme schopni zpracovávat zrakové informace. Zrak je využíván ke čtení, psaní, pozorování. (Jesenský, 2007; Šikl, 2012; Štrofová, 2018)

Zrak je nejdůležitějším a nejcennějším orgánem smyslové soustavy. Zrakový aparát se skládá ze zrakového ústrojí, zrakové dráhy a z periferní části, kterou tvoří oční bulby a přídatné zrakové orgány jako jsou víčka, spojivka, slzné ústrojí a okohybné svaly. Více informací o podrobné anatomické stavbě oka uvádí například Štrofová (2018) v publikaci Praktická oftalmologie.

Mezi základní zrakové schopnosti patří ostrost, šíře zorného pole, rozlišování barev, vnímání kontrastu, prostorové vidění, rozlišovací schopnosti a schopnost adaptace na světlo a tmu. Tyto zrakové schopnosti jsou předmětem oftalmologické diagnostiky popsané v kapitole 2.3. (Růžičková, 2015)

Vývojem vidění od narození až po stáří se zabývá ontogeneze vidění. Po narození vidíme pouze barevné a světelné plochy a nevidíme přesné obrazy. Velmi rychle dochází k myelinizaci a zdokonaluje se pohled do blízka a tím vizuo-motorická koordinace. Následně se vidění do dálky, které zprvu nemá pro dítě význam, postupně

zdokonaluje. V případě správného vývoje očí a binokulárního vidění, dochází ke splynutí dvou úhlů pohledu v jeden a jsme schopni vnímat hloubku objektů a trojrozměrné modely. Ve stáří na sítnici ubývají čípky a tyčinky, takže malé předměty jsou vnímány nejasně. Podrobněji je ontogeneze vidění popsána Jesenským (2007) v Prolegomeně systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků na s. 32-33.

2.2 Nejčastější poruchy zraku

Porucha zraku ovlivňuje jedince v závislosti na charakteru, závažnosti, době vzniku zrakové vady a důvodech jejího vzniku. Každá zraková vada má specifické znaky, kterými ovlivňuje vývoj jedince a jeho život. Poruchy a poškození zraku se mohou týkat všech částí zrakového aparátu, nebo jen některých částí, prostřednictvím nichž jsme schopni zrakového vnímání. Zrakové obtíže všech stupňů mají vliv na vývoj osobnosti a ovlivňují kompetence jedince v běžném životě.

V následujících odstavcích jsou vydefinované oční vady, které jsou v populaci nejčastěji diagnostikované a léčené. Oční vady mohou být charakteru vrozeného či získaného. Jak se jedinec s vadou získanou nebo vrozenou dokáže vyrovnat, se dočtete v kapitole 3.2.

Katarakta neboli šedý zákal, je zakalení čočky způsobující poruchu průhlednosti a neostrý obraz na sítnici. Katarakta je celosvětově nejčastější příčinou slepoty. Nejčastější příčinou vzniku katarakty je stárnutí, oční úrazy, záněty, nádory, vedlejší účinky léků, systémové onemocnění a další. V základě se rozlišují tři typy katarakty a to vrozená, pourazová a katarakta spojená se stářím. Zakalená čočka brání světelným paprskům pronikat na sítnici a vytvářet jasný, ostrý obraz pozorovaných předmětů. Jedinec se zakalenou čočkou má obvykle sníženou zrakovou ostrost, problémy s oslněním a své vidění popisuje jako vidění přes špinavé okno (obrázek 1, 2). Dnes se katarakta léčí chirurgicky, kdy je z oka vyoperovaná zakalená čočka a vložena nová umělá. (Kimplová, 2014; Moravcová, 2004; Štrofová, 2018; WHO, ©2019)



Obrázek 1 Katarakta- snížená zraková ostrost



Obrázek 2 Pokročilá katarakta (www.svku.cz)

Glaukom neboli zelený zákal, představuje skupinu onemocnění, která jsou často spojována se zvýšeným nitroočním tlakem. Zvýšený nitrooční tlak způsobuje poškození zrakového nervu a tím zabraňuje vedení zrakových vjemů do mozkových center. Další rizikové faktory, které mohou vést ke glaukomovému onemocnění jsou onemocnění štítné žlázy, snížený krevní tlak, diabetes mellitus, abnormality krevní srážlivosti a další. Mezi symptomy glaukomu patří úbytky zorného pole (obrázek 3), světloplachost, snížená zraková ostrost, u pokročilého glaukomu i výpadky v zorném poli (obrázek 4). Prognóza glaukomu není příznivá. Glaukom je druhou nejčastější příčinou slepoty na světě. (Rozsival, 2006; WHO, ©2019; www.zeleny-zakal.cz)



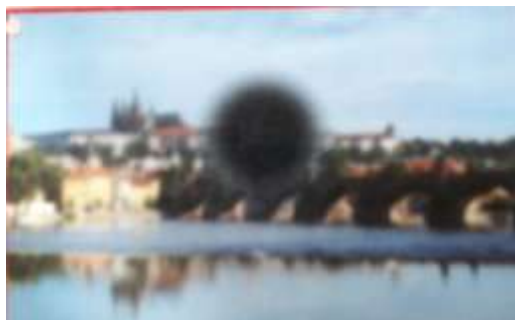
Obrázek 3 Zelený zákal- úbytky zorného pole



Obrázek 4 Pokročilý zelený zákal (www.svku.cz)

Věkem podmíněná makulární degenerace je pomalé zhoršující se nezánettivé onemocnění centrální části sítnice. Převážně se onemocnění označuje ve zkratkovité podobě VPMD. Díky degenerativním změnám na sítnici dochází k poruše centrálního vidění, které zprostředkovává ostré vidění, vidění drobných detailů, vidění na blízko i na dálku a barevné vidění. Periferní vidění zůstává zachováno (obrázek 5). Skotom neboli výpadek zorného pole u jedinců způsobuje komplikace v sociální interakci. Při komunikaci se dívá jinak, protože hledá místo v periferním vidění, které má zachované a vyhýbá se výpadku v zorném poli. VPMD společně s glaukomem a diabetickou

retinopatií patří k nejčastějším příčinám těžkého zrakového postižení. (Klimplová, 2014; Moravcová, 2004; Vižďová, 2018; WHO, ©2019)



Obrázek 5 VPMD- centrální skotom (www.svkul.cz)

Diabetická retinopatie je komplikací metabolického onemocnění diabetes mellitus neboli cukrovky. Kvůli vysoké hladině cukru v krvi a nedostatku inzulínu v těle dochází k poruše cév v celém těle, tedy i v oku. Poškozením struktury sítnicových cév dochází k prosakování krevního séra do sítnice, oko se proti tomu brání novou tvorbou cév, které už nemají vlastnosti sítnicových cév. Cévy praskají a mohou způsobit krvácení do sklivce. Typické je proměnlivé vidění. Jedinec někdy vidí lépe, někdy hůře. Dochází k výpadkům v zorném poli, je snižená zraková ostrost, světloplachost (obrázek 6). Zrak se postupně zhoršuje a ve většině případech končí slepotou. (Klimplová, 2014; Moravcová, 2004; Štrofová, 2018; WHO, ©2019)



Obrázek 6 Diabetická retinopatie- výpadky v zorném poli (www.svkul.cz)

Retinopatie nedonošených je příčinou slepoty u dětí předčasně narozených. Nejohroženější jsou děti narozené před 28. týdnem a s porodní váhou nižší než 1 250g. V prenatálním vývoji dozrávají cévy sítnice mezi posledními, tudíž jsou v případě předčasného porodu ještě nedovyvinuté. Dítě má v inkubátoru zvýšený přívod kyslíku, který pomáhá dovyvinutí orgánových soustav i dovyvinutí sítnicových cév, které ale rostou v trsech a nekoordinovaně, což má za následek odchlípení části nebo celé sítnice.

Takové změny na sítnici způsobí úbytek zorného pole (obrázek 7) nebo i úplnou ztrátu zraku. (Kimplová,2014; Moravcová, 2004)



Obrázek 7 Částečné odchlípení sítnice (www.svkul.cz)

Refrakční vady představují poruchy zrakové ostrosti. Nejčastěji se sem řadí myopie, hypermetropie, presbyopie a astigmatismus.

Myopie neboli krátkozrakost se při $-6D$ již považuje za těžkou. Její korekce je zajištěna rozptylnou čočkou, která láme paprsky tak, aby posunula paprsky lámající se do ohniska před sítnicí na sítnici. Mezi symptomy patří problémy s vnímání hloubky a neostře vidění do dálky, které se snaží jedinec korigovat mhouřením očí. (Kimplová, 2014; Moravcová, 2004; Rozsival, 2006; Štrofová, 2018)

Hypermetropie neboli dalekozrakost považujeme za těžkou, když její hodnota překročí $+6D$. Dalekozrakost je korigována čočkou spojivkou, která posunuje ohnisko, které vzniká za sítnicí, na sítnici. Hypermetrop vidí blízké předměty rozmazaně a u těžkého postižení vidí rozmazaně i na dálku. (Kimplová, 2014; Moravcová, 2004; Štrofová, 2018)

Presbyopie neboli stařecká vetchozrakost se u hypermetropie objevuje dříve a u myopie později. U většiny populace narůstá po 40. roce života, kdy už čočka není pružná a není schopná akomodace. U presbyopie se prodlužuje pracovní vzdálenost a nastupuje rychlá zraková unavitelnost. (Kimplová, 2014; Moravcová, 2004; Rozsival, 2006; Štrofová, 2018)

Astigmatismus je způsoben nepravidelným zakřivením rohovky či čočky a bývá vrozený nebo může být navozen úrazem, operací či zánětem. Paprsky se nelámou v jednom bodě a výsledkem je neostří obraz na sítnici, bod vidí jako čáru, může se objevovat i dvojité vidění. Astigmatismus se kompenzuje cylindrickými čočkami. (Kimplová, 2014; Moravcová, 2004; Štrofová, 2018)

Poruchy barvocitu jsou nejčastěji vrozené. Jedná se o poruchu čípků či jejich chybění. Čípky jsou zodpovědné za vnímání barev a zrakovou ostrost. V oku jsou tři druhy čípků, které reagují na modrou, zelenou a červenou barvu. V případě chybění nebo poruše některých z čípků mluvíme o anomálii a jedinec není schopen vnímat danou barvu. Když chybí všechny čípky a vidění je zajištěno pouze tyčinkami mluvíme o achromatopsii. (Kimplová, 2014; Moravcová, 2004; Synek, 2014; Štrofová, 2018)

Nystagmus označuje bezděčné rytmické pohyby obou očí v jednom nebo v několika pohledových směrech. Nystagmus zhoršuje zrakovou ostrost a fixaci, také je velice nápadný pro sociální okolí. (Kimplová, 2014; Moravcová, 2004)

Microphthalmus znamená malé, nedovyvinuté oko. V důsledku zmenšeného oka je rohovka více vyklenutá, tudíž více láme paprsky a způsobuje krátkozrakost. Vada je podmíněná geneticky a bývá spojená s rozštěpovými vadami. (Kimplová, 2014; Rozsival, 2006)

Albinismus je vrozená porucha tvorby melaninu, důležitého pro tvorbu pigmentu. Oční albinismus je charakteristický světle modrou duhovkou, která propouští světlo a způsobuje světloplachost, snižuje zrakovou ostrost v pásmu slabozrakosti. Současně se s albinismem objevuje i nystagmus a strabismus. (Kimplová, 2014; Moravcová, 2004)

Atrofie zrakového nervu je způsobena degenerativním onemocněním nervové tkáně a nahrazením novou tkání, která již není schopná přenášet impulzy, je nefunkční. Terč zrakového nervu je zbarven bělavě. Příčiny vzniku mohou být dědičné, ale i navozené například důsledkem závažného onemocnění jako je diabetes mellitus, metylalkohol, nádory. Dochází k výpadkům v zorném poli vedoucím až k slepotě. (Kimplová, 2014; Moravcová, 2004; Novohradská, 2009)

Důsledkem zrakové vady či poruchy může být zhoršená zraková schopnost a výkonnost, co má dále dopad na zvýšenou unavitelnost či prožívání. Oční vady a jejich dopady se pojí s pocíťovanou sníženou kvalitou života. Podkladem pro diagnostikování takových vad je přesné měření zrakových schopností, kterému se věnuje následující kapitola.

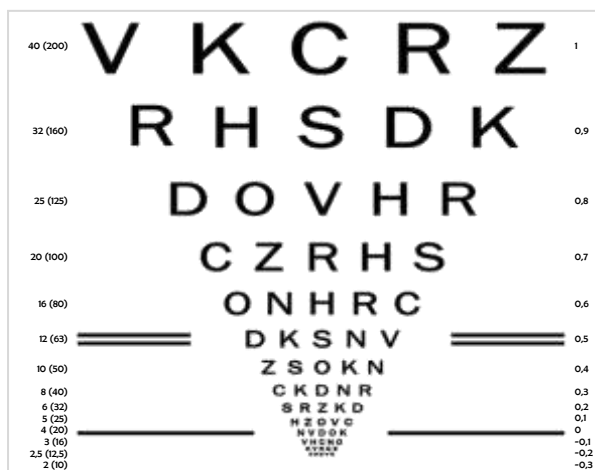
2.3 Diagnostika zrakových schopností

Vidění je složitý děj, a proto je důležité k jeho vyšetření využít řady zkoušek, které jsou zaměřené na jednotlivé oblasti.

Vyšetření zorného pole se provádí nejprve bez korekce u každého oka zvlášť, pak dohromady. Pokud pacient používá brýle, vyšetřuje se s korekcí způsobem, kdy pacient má určit počet prstů, kterými pohybujeme půl metru před jeho okem ze strany na stranu. (Jesenský, 2007; Šikl, 2012; Štrofová, 2018)

K vyšetření zrakové ostrosti na dálku se používají optotypy. Nejčastěji používaný byl Snellenův optotyp, od kterého pacient stál ve vzdálenosti šest nebo pět metrů. Výsledné vidění, neboli vizus se zapisoval ve zlomku, kdy v čitateli byla uvedena vzdálenost, ze které pacient čte a do jmenovatele se zapisovalo číslo řádku, který ještě přečetl. Zlomek mohl vypadat následovně: $V=6/6$, což znamenalo, že pacient přečetl ze šesti metrů poslední (nejmenší) řádek, $V=6/60$ znamenalo, že pacient přečetl ze vzdálenosti šesti metrů pouze první řádek (největší písmeno). Optotyp mohl být využitý i v alternativní podobě s tzv. Pfügerovými háky, či Landoltovými prstenci. (Jesenský, 2007; Šikl, 2012; Štrofová, 2018)

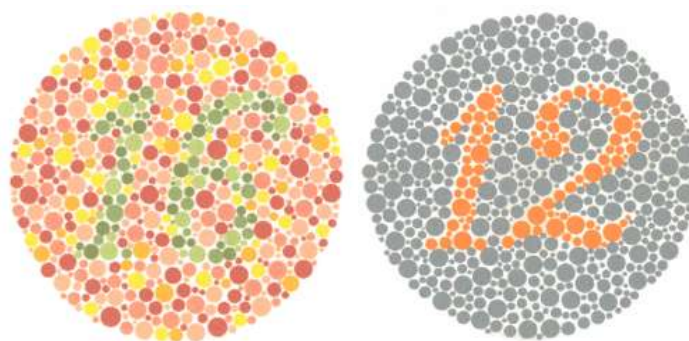
Dnes jsou nejčastěji využívané normované optotypové tabule logMAR ETDRS, které obsahují 14 řádků po 5 znacích (obrázek 8). Jako znaky se používá deset bezpatkových písmena dle Sloana, nebo Landoltovy kruhy. Tabule je osvětlená a pacient čte ze vzdálenosti čtyř metrů od největších znaků po nejmenší. Na řádku na kterém se zastaví, se spočítají jednotlivé přečtené znaky a za každý se přičte hodnota 0,02 logMAR. Výsledek lze zapsat dvěma způsoby a to decimálně či hodnotou logMAR, kdy hodnota logMAR 0 odpovídá decimálnímu zápisu 1,0. (Severa, Veselý a Beneš, 2016; Veselý, 2013)



Obrázek 8 Optotyp logMAR ETDRS (Severa, Veselý a Beneš, 2016)

Zraková ostrost na blízko se zkouší na optotypech do blízka tzv. Jägerových tabulkách. Jde o tabulky se souvislým textem, kde jsou odstavce psané různým typem písma a různou velikostí s pořadovými čísly. Pacient čte přibližně ve vzdálenosti třiceti centimetrů. Existují i obrázkové čtecí tabulky či tabulky obsahující Landoltovy prstence. (Rozsival, 2006; Šikl, 2012; Štrofová, 2018)

Vyšetření barvocitu probíhá většinou podle Stillingovy pseudoisochromatické tabulky (obrázek 9). Tabulky se skládají z tečkovaného obrazce, na kterém je pomocí teček zakreslené písmeno či číslice v různých barvách a pacient je musí rozpoznat. (Jesenský, 2007; Šikl, 2012; Štrofová, 2018)



Obrázek 9 Pseudoisochromatické tabulky (www.zeleny-zakal.cz)

Vyšetření binokulárního vidění je důležité, protože zorná pole obou očí se z velké části překrývají a vytváří tak ostrý obraz. Zrakové nervy přenášejí světelné vjemy z obou očí do dutiny lební. Zrakové dráhy se cestou kříží. Porušeny mohou být okohybné svaly nebo nervy na jednom oku nebo na obou očích. Touto poruchou vzniká diplopie neboli dvojité vidění. Binokulární diplopie vzniká, když je narušen souhyb obou očí, monokulární diplopie je nejčastěji způsobená poruchou lomivosti světla v daném oku. Diplopii lze v některých případech již objektivně rozpoznat, protože jedno oko ujíždí, nebo při pohybech nahoru, dolů a do stran oči nevykonávají souměrný pohyb. K vyšetření se používají různé světelné zkoušky. (Jesenský, 2007; Šikl, 2012; Štrofová, 2018)

2.4 Klasifikace snížené zrakové schopnosti

Na základě výsledků měření zorného pole a zrakové ostrosti určujeme snížený stupeň zrakové schopnosti (viz kapitola 2.3). Pro přesnou klasifikaci musíme zkoumat i další zrakové funkce jako světloplachost, šeroslepost, schopnost rozlišovat barvy, schopnost

lokalizovat a fixovat předměty. Snížená zraková schopnost je takové poškození zraku, kdy nestačí již běžná optická korekce a vada ovlivňuje činnosti běžného života.

Podle závažnosti zrakového postižení rozlišujeme dva stupně postižení: slabozrakost a nevidomost.

Slabozrakost je dle WHO vydefinována podle stavu zorného pole a zrakové ostrosti do prvních třech kategorií, kde je rozlišena na střední, silnou a těžkou (tabulka 1). Slabozrakost již způsobuje člověku problémy v běžném životě a při získávání informací pomocí zraku, problémy při orientaci v prostoru a samostatném pohybu. Zrakové představy jsou zkreslené, deformované a neúplné. Nejčastější příčinou slabozrakosti je krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus, nystagmus, albinismus, glaukom, katarakta, microphthalmus, atrofie zrakového nervu, degenerace sítnice a jiné. (Jurkovičová, 2010; Kimplová, 2014; Majerová, 2016; Novohradská, 2009)

Nevidomost je dle WHO vymezena ve 4. a 5. kategorii (tabulka 1). Jedná se o úplnou ztrátu zraku, která může být vrozená či získaná. Vrozená nevidomost může být dědičného charakteru, nebo způsobena chorobami matky v průběhu těhotenství. Získaná nevidomost bývá způsobena poruchami centrální nervové soustavy, infekčními nemocemi, otravami, meningitidou, tuberkulózou, diabetem, úrazy oka, poleptáním, popálením a jiné. Nedostatečné zrakové vnímání může způsobit smyslovou deprivaci, proto je nutná včasná intervence spočívající v rozvoji kompenzačních smyslů, které pomáhají překonat informační bariéru a jsou využívané téměř při všech aktivitách. Kompenzační smysly jsou popsány v kapitole 4.1. (Jurkovičová, 2010; Kimplová, 2014; Majerová, 2016; Novohradská, 2009)

Tabulka 1 kategorie zrakového postižení dle WHO (www.archiv.sons.cz, © 2002)

Kategorie	Stupeň postižení
1	Střední slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30)- minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10-1/10
2	Silná slabozrakost zraková korekce s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10)- minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10- 1/20
3	Těžká slabozrakost a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05)- minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20-1/50 b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20° nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45°
4	Praktická nevidomost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena
5	Úplná nevidomost ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí

Speciální pedagogika si poté přidává ještě dva specifické stupně zrakového postižení, kterými je osoba se zbytky zraku a osoby s poruchami binokulárního vidění.

Osoba se zbytky zraku balancuje na hraně mezi těžkou slabozrakostí a praktickou nevidomostí. Osoby se zbytky zraku s optimální zrakovou korekcí jsou schopni rozpoznat počet prstů před očima a s lupami jsou schopni přečíst písmo plakátové velikosti. Většinou dochází k postupnému zhoršování zrakových funkcí až po úplnou nevidomost, proto je důležité učit se techniky jak pro slabozraké, tak pro nevidomé. U připraveného jedince nebude ztráta zraku způsobovat takovou psychickou zátěž, jako u jedince bez přípravy. (Jurkovičová, 2010; Kimplová, 2014; Majerová, 2016; Novohradská, 2009)

Poruchy binokulárního vidění jsou typické u dětí, které trpí strabismem (šilhavostí) nebo tupozrakostí. Jde o poruchu, kdy obě oči nedokážou spolupracovat a vytvořit jeden dokonalý vjem. Tento stav lze však vyléčit pleopticko-ortoptickou

léčbou. Z důvodu nerovnoměrného postavení očí může být zhoršena jedincova psychika, protože se může stát terčem posměchu. (Jurkovičová, 2010; Majerová, 2016)

Shrnutí problematiky zrakového vnímání

V celé druhé kapitole byla popsána problematika zraku a vyšetřovacích metod vidění. Dále jsou zde vydefinované oční vady, se kterými se setkáváme nejčastěji, v různém zastoupení v populaci. Dle Jurkovičové (2010) je nejčastější příčinou těžkého zrakového postižení v 47,8% katarakta, v 12,3% glaukom, v 8,7% VPMD, v 4,8% diabetická retinopatie. Celosvětově je těžká zraková vada způsobena v 57% VPMD, na druhém místě v 20% glaukomem, následně v 17% diabetickou retinopatií a v 6% kataraktou. Dle WHO (©2019) nekorigované refrakční vady způsobují až u 5 mil. lidí slepotu a odhadem u 124 mil. lidí sníženou zrakovou ostrost, což má výrazný dopad na ekonomický vývoj a kvalitu života. Na kapitolu s popisem, jak jednotlivé vady vznikají a jak omezují vidění daných osob, bude navazovat kapitola zaměřující se na to, jaký vliv má omezený zrak či ztráta zraku na osobnost a jak se ztrátou zraku osoby vyrovnávají.

3 Vliv zrakového postižení na osobnost

Zraková vada má vliv na psychiku osobnosti, zvyšuje stres, komplikuje každodenní činnosti, zhoršuje prostorovou orientaci a samostatný pohyb, omezuje získávání informací, znevýhodňuje v sociálním kontaktu, dostává jedince do konfliktů a neřešitelných situací. Podle toho jakým způsobem a jak dostatečně se jedinec se svou zrakovou vadou vyrovná, ovlivňuje stabilizaci trvalých rysů osobnosti, samostatnosti a soběstačnosti. Dochází k determinaci vztahu k sobě samému a okolnímu světu. V této podkapitole bude uvedeno, jaký vliv má zraková vada na osobnost, a jak se s ní jedinci vyrovnávají.

3.1 Dopad zrakové vady na vývoj osobnosti

Osobnost člověka je relativně stabilním systémem vzájemně propojených somatických a psychických funkcí, které determinují prožívání a chování jedince. V případě zrakové vady se poté projeví osobnost, která byla slabá. V důsledku vady se slabost zdůrazňuje. Zda se nějaké změny ve vývoji osobnosti projeví, závisí na závažnosti zrakové vady, doby vzniku a dalších mnoha faktorech. Porucha funkce jednoho orgánového systému ovlivňuje rozvoj celé osobnosti. Lze pozorovat změny v oblasti poznávací (vnímání), v oblasti charakteru a emocionálním prožívání, sebepojetí, společenském postavení a sociálních vztazích. Rysy osobnosti zůstávají stejné jako u intaktní populace a některé z nich se mohou stát výraznější jako například častější vztahovačnost či přecitlivělost. Celkově lze říct, že nejen u lidí se zrakovou vadou, ale i u lidí s jiným postižením lze pozorovat sníženou aktivitu, zvýšenou náchylnost k pasivitě a pasivnímu životnímu stylu. (Kimplová, 2014; Růžičková, 2015; Finková, Růžičková a Stejskalová, 2011)

Kimplová (2014) zmiňuje polku N. Wiatrowskou, která v rámci studie v Polsku došla ke zjištění, že ztráta zraku nevede k patologickým změnám v celé osobnosti a pokud se nějaké psychopatologické změny objeví, vyřeší je běžná psychopatologie.

Osobnost se vyvíjí pod vlivem prostředí, přítomnost zrakové vady tyto vlivy modifikuje a proměňují se reakce a aktivita jedince. V případě vrozené vady má veliký vliv rodina, výchovné postoje, očekávání rodičů a sociálního okolí, které kladou nároky na jedince. (Jesenský, 2007; Finková, Růžičková a Stejskalová, 2011)

Vývoj jedince se zrakovou vadou bude vždy opožděný za kalendářním věkem z důvodu senzorické deprivace. „Vrozené zrakové postižení má vliv na kvalitu utváření

představ, pojmů, kvalitu řeči, abstraktního myšlení, na rozvoj pohybu a schopnosti orientace v interiéru i exteriéru, na rozvoj komunikace a vytváření sociálních vztahů. Čím později ke ztrátě či oslabení zrakového vnímání dojde, tím méně jsou jmenované oblasti vývoje osobnosti zasaženy.“ (Moravcová, 2004, s. 36)

Ve vývoji dítěte se zrakovým postižením pozorujeme tři základní mezníky, které determinují jeho následující vývoj. Prvním mezníkem je rodinné prostředí, které utváří správné postoje dítěte se zrakovým postižením. Druhým mezníkem je nástup do školního zařízení, kde si dítě uvědomuje svojí odlišnost a třetím mezníkem je volba povolání a začlenění se do pracovního kolektivu, kde se může jedinec setkat s různou reakcí okolí. Podrobně problematiku vývoje dítěte se zrakovou vadou od kojeneckého věku až po ranou dospělost popisuje Vágnerová (1995) v publikaci Oftamopsychologie dětského věku. Vlivem sensorické deprivace se mohou vyvinout tzv. automatismy jako je mačkání očí či kývání. Podpora vývoje dítěte do čtyř let věku se zrakovou vadou (nebo do sedmi let věku s kombinovaným postižením) a podpora rodičů je zajišťována středisky rané péče a následně speciálně pedagogickými centry. Zraková vada nemá vliv na inteligenci, ale díky sensorické deprivaci se může inteligence opožďovat. Sensorická deprivace má vliv i na pocity, emocionální cítění a kognitivní vnímání, protože právě zraková deprivace snižuje aktivační úroveň a zájem o okolí. Tím se mění rysy osobnosti, které představuje především pasivita, introverze, labilita a submisivita. (Vágnerová, 1995; Konvičková, ©2001, Novohradská, 2009)

Dospělý člověk zastává v životě tři důležité role, kterými jsou profesní, partnerská a rodičovská role. V případě zrakového postižení mohou být tyto role ovlivněny. V profesní roli se uplatňuje potřeba seberealizace. Osoba se zrakovým postižením je limitována ve volbě povolání a při uplatnění na trhu, protože lidé s těžkým zrakovým postižením mají sníženou schopnost a výkonnost, která je vytlačuje na okraj trhu pracovních příležitostí. S nástupem do zaměstnání se jedinec musí konfrontovat s nároky zaměstnavatele, s intaktní populací, s nedostatkem svých zkušeností a dovedností a s neinformovaným personálem, který jej nebere jako rovnocenného spolupracovníka. Toto může způsobovat u jedince stres a zátěž. Problémy nastávají i z důvodu, že mnozí postižení nebyli vedeni k samostatnosti a nejsou schopni řešit dané problémy sami. V případě dobrého začlenění do pracovního kolektivu zvyšuje se u jedince možnost seberealizace a možnost zdokonalit se v sociální interakci, komunikaci a vztazích. Partnerská role je pro jedince s postižením velice důležitá, jelikož dosavadní potřeba citové vazby nebyla uspokojována, jedinci na

partnerský vztah kladou velký důraz. V případě partnerského vztahu se zdravým partnerem to vnímají jako úspěch a začlenění se do běžné populace. Jelikož je pro ně vztah něčím velice důležitým, mohou to s pečlivostí, něhou a starostlivostí přehánět do takových měřítek, že se partner zalekne a jedince opustí. Když si jedinec najde partnera též s postižením, vítězí zde strach ze samoty, který působí jako stmelující faktor partnerství. Role rodiče uspokojuje jedince v tom, že je na něm dítě závislé. V rodičovské roli se jedinec ujišťuje v tom, že je důležitý a vytváří normalitu, neboli zapadá do intaktní populace. (Kimplová, 2014; Růžičková, 2015; Finková, Růžičková a Stejskalová, 2011)

V seniorském věku dochází k involučním změnám jak fyzického, tak psychického rázu. V době stáří by mělo dojít k harmonizaci všech rolí, které člověk během života získal, vyrovnat se se svým životem a smířit se se smrtí. V případě nevyrovnání se se stářím, prožívá jedinec pocity zoufalství a nespokojenosti s vlastním životem. V případě ztráty zraku se tato problematika ještě prohlubuje a jedinec nenalézá motivaci přizpůsobit se nové životní situaci ovlivněné zrakovou vadou. U seniorů, kteří se díky ztrátě zraku nebo zhoršení zraku nemohou věnovat vlastním zálibám, přáním a potřebám, upadají do pasivity a depresivním náladám. (Ludíková, 2012)

Celkově mají jedinci se zrakovým postižením problémy s utvářením představ o jejich prostředí, mohou mít nízké sebevědomí z důvodu neschopnosti orientovat se, ztrácejí možnost učit se nápodobou, mají problémy v sociálních situacích, nemohou navázat vizuální kontakt v komunikaci a vnímat tak prostředky neverbální komunikace, jejichž nedostatečnost může způsobit špatný výklad informací. (Hamadová, Květoňová a Nováková, 2007; Novohradská, 2009)

Ztráta zraku v pozdějším věku většinou přináší absolutní změnu celého dosavadního života. Často se jedinci stávají pasivní a mají depresivní nálady. Aby se zabránilo ustálení těchto nálad jako trvalých rysů osobnosti, je nutná včasná intervence, aby jedinec svou zrakovou vadu akceptoval, a aby se jeho celková situace postupně zlepšovala směrem k normalitě. Ucelené rehabilitaci jedince se zrakovou vadou se věnuje 4. kapitola.

3.2 Způsoby reakce jedince na vznik zrakové vady

Ztráta zraku vyvolává stres a zátěž, se kterou se musí jedinec vyrovnat. „*Způsob reakce je individuální a má procesuální charakter.*“ (Růžičková, 2015, s. 40) Cílem procesu

rehabilitace jedince je přijetí neboli akceptace zrakové vady. V případě nevyrovnání se s vadou zraku a jejími dopady mluvíme o nonakceptaci. (Jesenský, 2007; Růžičková, 2015)

Akceptace

Akceptaci zrakové vady definuje Jesenský (2007, s. 192) „jako osvojení všech zbývajících lidských možností, které ztráta zraku ponechává, resp. nově přináší.“ Osvojení lidských možností znamená, že je jedinec přijme za své, že je pozná, emocionálně se s nimi vyrovná a následovně je realizuje v životě. Jesenský (2007) dále uvádí tři fáze reakce na vzniklou zrakovou vadu:

- 1) Fáze šoku nastává, když jedinec zjistí, že je zraková vada nevléčitelná a reaguje ochromením. Tato fáze by měla trvat několik hodin.
- 2) Fáze deprese je charakterizována žalem, truchlením, sebeobviňováním. Jedinec hledá příčiny a možná svá provinění. V této fázi hrozí i sebevražedné pokusy. Fáze deprese by neměla trvat déle než týden.
- 3) Ve fázi akceptace, se jedinec emočně uklidní a je možné začít s rehabilitací, která se zprvu věnuje nácviku sebeobslužných činností.

Americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová již v roce 1969 popsala pět fází vyrovnávání se se smutkem a tragédií. Původně tento model určila personálu nemocnic a blízkým osobám umírajícího, ale později tento model rozšířila i na jakýkoliv druh tragické ztráty, jako je ztráta práce, vypuknutí nemoci, či nepříznivá diagnóza. Fáze smutku rozdělila do pěti fází:

- 1) Ve fázi popírání jedinec nedokáže uvěřit skličujícím faktům.
- 2) Ve fázi hněvu se jedinec hněvá na ostatní lidi, na Boha.
- 3) Ve fázi smlouvání jedinec smlouvá nejčastěji s Bohem, aby za dobré chování dostal odměnu.
- 4) Ve fázi deprese jedinec už dál nemůže popírat svou nemoc, a pociťuje velkou ztrátu.
- 5) Ve fázi smíření jedinec přijímá současný stav a je ochoten posunout se dál. (Kübler-Ross, 2015)

Z hlediska způsobu vzniku zrakové vady můžeme u jedince pozorovat rozdílné způsoby přijetí zrakové vady:

a) Akceptace vrozené zrakové vady

Ve vývoji osobnosti jedinců s vrozenou zrakovou vadou hraje výhradní roli rodina a blízké okolí. Když se do rodiny narodí dítě s vrozenou vadou, je to pro rodiče velká psychická zátěž a musí si projít fázemi, které jsou popsány výše, aby byli schopni přijmout své dítě s postižením a věnovat se mu podle jeho potřeb, aby byl jeho vývoj bezproblémový. To vše však může být ztíženo postojem okolí a společnosti, kteří mohou bagatelizovat snahu rodičů o začlenění dítěte do společnosti. Dítě by mělo být vedeno k tomu, aby bylo schopné vést normální život, fungovat ve společnosti, být samostatné, nést odpovědnost a být schopno spolupracovat s intaktní společností. (Jesenský, 2007; Růžičková, 2015)

b) Akceptace postupného zhoršování zraku

Jedinci většinou trpí progresivní zrakovou vadou či chorobou jako je například diabetes mellitus, který způsobuje postupnou ztrátu zraku. Jedinci mají často zúžené zorné pole a problémy s viděním v extrémních světelných podmínkách jako je šero či silné osvětlení. Nejlépe se s progresivní vadou vyrovnává jedinec, u kterého je ztráta zraku pomalá, pozvolná. Negativní vlivy na osobnost nejsou tak drastické a kvalita života je postupně pozměňována a je zde prostor pro fyzické a psychické přizpůsobování. Naopak u jedinců, kde je progresivní zraková vada rychlá, se objevuje nestabilita, frustrace a strach z budoucího oslepnutí v mnohem větší míře. Jedinec s progresivní vadou postupně přestává být schopný zvládat každodenní aktivity a začíná být závislý na pomoci ostatních. U progresivní zrakové vady je proto důležité zahájit včasnou reedukaci zraku a rehabilitaci, aby i po ztrátě zraku byl jedinec v co největší možné míře schopen fungovat samostatně a bez pomoci druhých. (Růžičková, 2015; Wiener, 2006)

c) Akceptace náhlé ztráty zraku

Na náhlou ztrátu zraku není jedinec psychicky připraven. Ztráta zraku zasahuje do osobnosti, do dosavadního vývoje, do běžných aktivit, do kvality života. Proces vyrovnání se s náhlou ztrátou zraku lze rozdělit na 4 fáze: akutní, reorganizační, rehabilitační a fáze remise. Velkou roli hraje v akceptaci pomoc odborníka, ale i kontakt s populací též osleplých, kteří jsou již dobře zrehabilitováni a sociálně integrováni.

Jedinec v této komunitě může najít vzory, povzbuzení a přátele, kteří posílí jeho naději. (Jesenský, 2007; Růžičková, 2015; Wiener, 2006)

Nonakceptace

Nonakceptaci lze definovat jako nepřijetí možností, nepřijímání omezení a limitů způsobených zrakovou vadou. Jedinec odmítá způsob života bez zraku. Způsoby nonakceptace zrakové vady jsou velice individuální. Lze však rozlišit dva typy odporu a to zveličování a popírání. Kimplová (2014), Finková, Růžičková a Stejskalová (2011) popisují fáze zveličování a popírání následovně.

Když jedinec zveličuje důsledky vady, odmítá její přijetí, stává se nesoběstačným a závislým na okolí. Považuje se za bezmocného, méněcenného, nesamostatného, neodpovědného. Nevládne ani základní úkony sebeobsluhy a je úplně závislý na druhých, většinou na rodině. Lze zde hovořit o naučené bezmocnosti, protože jedinec nemá poškozené žádné další kompenzační smysly, které by mu byly správnou rehabilitací zaktivovány, a mohl by s nimi kompenzovat ztracený zrak. Jedinci se do ničeho sami nepouští, protože by to nedokázali udělat tak dobře, jako kdyby měli zrakovou kontrolu. Raději zůstávají v pasivitě.

Popírání zrakové vady a jejích důsledků znamená, že jedinec si vadu nepřipouští, jakoby neexistovala, a to jak sám před sebou, tak před okolím. Většinou se popírání zrakové vady objevuje u jedinců, kteří mají ještě zachované zbytky zraku. Pouští se do úkolů a rolí, které nejsou schopni reálně zvládnout.

V případě dlouhotrvajícího zveličování či popírání zrakové vady, se takové rysy stávají trvalým rysem osobnosti. (Jesenský, 2007; Wiener, 2006)

Shrnutí problematiky vlivu zrakového postižení na osobnost

Podle toho jak se jedinec dokáže vyrovnat a přijmout zrakovou vadu vede k sebepojetí, podle kterého se jedinec chová a je buď schopen zařadit se do intaktní společnosti, nebo zůstává pasivní a závislý na svém okolí. Výrazně snížené sebehodnocení limituje jedince v aktivním životě a v realizaci vlastních cílů. Aby jedinec nepropadl do depresí, je nutná včasná intervence ze strany rodiny, okolí a odborníků, kteří dokáží jedinci se zrakovou vadou sžít se s určitými limity v životě a aktivně využívat zbývající smysly, které ve velké míře dokážou snížit informační, dopravní a hlavně zrakový deficit. To vše je úkolem rehabilitace, které se věnuje následující kapitola.

4 Rehabilitace osob se zrakovým postižením

Rehabilitace je pro jedince se zrakovou vadou velice důležitým mezníkem, ať už jedinec dosáhl stádia akceptace zrakové vady nebo je ve stádiu nonakceptace. Tyflorehabilitace může napomoci k akceptaci, k rozvoji osobnosti, k samostatnosti, začlenění do kolektivu. Snaží se jedince znovu zapojit do všech aktivit a společenských rolí. Jedinci se však setkávají s limity v poznávacích procesech, které je ovlivňují a v rámci rehabilitace jsou rozvíjeny. Organizace nabízejí programy podpory, které napomáhají jedincům se zrakovou vadou s rekvalifikací, s pracovním uschopněním a tím k subjektivnímu, ale i objektivnímu zlepšení kvality života. (Jesenský, 2007; Růžičková, 2015)

4.1 Rozvoj poznávacích procesů

Jedinec, který trpí zrakovým postižením, nemůže přijímat informace zrakem, nebo má sníženou zrakovou schopnost, proto využívá náhradních procesů, jejichž rozvojem se zabývá rehabilitace.

Jedinci nevidomí od narození nebo s časně získanou zrakovou vadou, tedy jedinci bez předchozích zrakových zkušeností, jsou nuceni využívat kompenzační smysly již od dětství. Protože centrální nervová soustava je u dětí ještě ve vývinu, kompenzační smysly jsou dokonale vyvinuté. Na druhou stranu jedinci s předchozí zrakovou zkušeností jsou schopni využívat zrakové představy, které nabyli do zrakové paměti ještě před ztrátou zraku. Tací jedinci nedisponují dovednostmi užívat kompenzační smysly, a proto musí být rozvíjeny. (Majerová, 2016; Růžičková, 2015)

Sluch je jedním z prvních kompenzačních faktorů, které jedinec po ztrátě zraku rozvíjí. Jedinec se učí naslouchat a diferencovat zvuky, které jsou pro něj významné. Aktivním cvičením se sluch stává citlivější a diferencovanější. Auditizace je činnost, která aktivuje sluchový analyzátor a umožňuje tak vnímat sluchové signály. (Jesenský, 2007; Majerová, 2016; Novohradská, 2009; Wiener, 2006a)

Hmat je dalším smyslem, který nahrazuje zrak. Hmatem můžeme získat představu o velikosti, tvaru, materiálu, vzdálenosti, trojrozměrnosti, pohybu, klidu, teploty a chladu. Hmat je nejvíce rozvíjen pro potřebu komunikace, tedy naučení se rozpoznávání reliéfně bodového písma. Hmat slouží i k rozeznávání nástrojů sloužících k sebeobsluze jako je vidlička, nůž, vařečka, hřeben a další. Metoda haptizace

zpřístupňuje informace tak, aby byly vnímatelné hmatem. (Jesenský, 2007; Majerová, 2016; Wiener, 2006a)

Pozornost je schopnost vybírat si určité informace, selektovat je a zaměřovat se na ty důležité. U zrakově postižených je nejdůležitější sluchová pozornost. Jedinec si musí ve hlučném prostředí zvuky roztrdit a koncentrovat pozornost na ty, které by ho mohli ohrozit, například příjíždějící auto. U těžce zrakově postižených a nevidomých je při maximální pozornosti typický nehybný postoj a otáčení s k mluvícímu bokem. Při poznávání předmětů hmatem se projevuje hmatová pozornost. Trénování pozornosti je nedílnou součástí každodenních aktivit. (Litvák, 1979; Majerová, 2016; Šumníková, 2018)

Paměť je proces skládající se z fáze zapamatování, uchování a vybavení. U zrakově postižených převládá především sluchová paměť, ale i paměť hmatová, motorická, čichová či chuťová. Jedinci si vytvářejí paměťové představy o událostech, které slyšeli. Trénování paměti se nejvíce uplatňuje při nácviku nových tras a ukládání orientačních bodů do paměti, vytváří si tzv. kognitivní mapy. U později osleplých se uplatňuje zachovalá zraková paměť. (Majerová, 2016; Novohradská, 2009; Šumníková, 2018)

Myšlení a řeč jsou spjaté, protože rozvoj myšlení je úzce spjat s rozvojem řeči. Řeč slouží ke komunikaci a umožňuje kontakt s okolím. Pomocí řeči lidé se zrakovým postižením získávají informace, které spouštějí myšlenkový proces. Prostorová orientace se neobejde bez myšlení. Jedinec musí řešit problémy na trase a případně se ptát kolemjdoucích na informace. (Majerová, 2016; Šumníková, 2018)

Pohyb díky souhře svalů umožňuje stát, běhat, chodit. Metoda kinetizace pomocí různých cvičení vede k rozvoji kinestetické paměti. Například stolování, chůze s bílou holí či chůze s vodícím psem je úkolem kinetizace. (Majerová, 2016)

Chuť je jedním z méně vyvinutých smyslů. Chuť je převážně rozvíjena pro potřeby sebeobsluhy v kuchyni při přípravě pokrmů a nápojů. Neleze však ochutnat všechno, musí se myslet též na hygienické podmínky. Při nácviku chuťové diferenciaci se uplatňuje metoda gustizace. (Jesenský, 2007; Majerová, 2016; Wiener, 2006a)

Čich slouží k dokreslení vjemů. Tréninkem lze čichové vnímání rozšířit. Čich především slouží k sebeobslužným činnostem jako je rozlišení čerstvých či zkažených potravin, stromů, hub, čaje ale i plynu, kouře. Dále čich slouží k prostorové orientaci, kdy čichem vnímáme typickou vůni prostředí. Zpřístupnění informací pro čichové vnímání nazýváme olfaktorizace. (Jesenský, 2007; Majerová, 2016; Wiener, 2006a)

Zrakové vnímání je rozvíjeno u jedinců s omezenou zrakovou funkcí, protože jedinec může mít problémy při orientaci, sebeobsluze či čtení. Zpřístupňováním zrakových informací se zabývá vizualizace. Aby bylo možné využít zbylých zrakových funkcí, musí se prostředí individuálně přizpůsobit například přídatným osvětlením, vizualizací, nebo pomocí optických či neoptických pomůcek. Tento proces nazýváme reedukace zraku. (Jesenský, 2007; Majerová, 2016; Růžičková, 2015)

Rozvoj těchto kompenzačních mechanismů je velice důležitý pro zlepšení kvality života osobnosti. Tyto postupy rozvíjejí nebo zlepšují výkonnost náhradních smyslů, které zastupují postiženou smyslovou funkci. Prostřednictvím rehabilitace dochází k rozvoji těchto náhradních smyslů.

4.2 Ucelená rehabilitace osob se zrakovým postižením

Původně byl pojem rehabilitace chápán jako léčebné postupy, které navracejí funkční schopnosti organismu. Dnes se pojem rehabilitace strukturuje hlediska úkolů, použitých prostředků a institucí do čtyř základních složek:

- a) léčebná rehabilitace,
- b) sociální rehabilitace,
- c) pracovní rehabilitace,
- d) pedagogická rehabilitace.

Jmenované složky rehabilitace charakterizuje Finková, Růžičková a Stejskalová (2011) a Růžičková (2015) následovně:

Léčebná rehabilitace je zajišťována rezortem zdravotnictví a jejím cílem je zlepšení zdravotního stavu. Odstraňuje následky nemocí, vad či úrazů. U jedinců se zrakovou vadou se zaměřuje na zlepšení funkčního stavu zraku. Léčebná rehabilitace se též zabývá prevencí vzniku a rozvojem postižení. Péče a léčba je poskytována především v nemocničním prostředí nebo při lázeňských pobytech.

Sociální rehabilitace má za cíl u osoby s postižením dosáhnout maximálního rozvoje samostatnosti, soběstačnosti, rozvoji osobnosti a sociální integrace. Sociální rehabilitaci zajišťují například neziskové organizace jako Tyfloservis o.p.s., TyfloCentrum o.p.s., nebo Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina o.p.s. v Praze.

Pracovní rehabilitace má po léčebné a sociální rehabilitaci velmi výraznou úlohu. Pracovní rehabilitace rozvíjí u jedinců se zrakovým postižením specifické vědomosti, schopnosti, dovednosti a návyky potřebné ve zvolené profesi. Střediska zaměřující se na pracovní rehabilitaci jsou například TyfloCentrum o.p.s., Kafira o.p.s., anebo již zmiňované Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina o.p.s. v Praze.

Pedagogická rehabilitace se promítá ve všech složkách ucelené rehabilitace. Edukace bývá spojována především se školskými zařízeními. Pedagogickou, edukační podporu poskytují ale i neziskové organizace či různá sdružení, která napomáhají jedinci se zrakovou vadou vyrovnat se s postižením a zdokonalit si kompenzační smysly, aby byli schopni být samostatní, integrovat se do společnosti a najít si pracovní uplatnění. Edukace tedy neprobíhá běžnými pedagogickými prostředky. Edukace se nezaměřuje jen na osoby se zrakovým postižením, ale i na širokou veřejnost, kde provádí osvětovou činnost. Dále se obrací na pracovníky působících v resortech rehabilitace pro osoby se zrakovým postižením.

Každý jedinec potřebuje individuální plán rehabilitace, protože proces rehabilitace vychází z proměnných, které daný případ ovlivňují a kterými jsou: vznik vady (orgánová, funkční), doba vzniku (vrozená, získaná), vada progresivní x neprogresivní, typ zrakové vady, věk dotyčného, akceptace postižení, sociální zázemí jedince, přítomnost dalšího znevýhodnění a další hlediska., která proces rehabilitace ovlivňují. (Finková, Růžičková a Stejskalová, 2011; Růžičková, 2015)

Jesenský (2007) uvádí výčet cílů, ke kterým směřuje systém ucelené rehabilitace:

- akceptace poškození zraku;
- samostatnost, nezávislost, společenskost;
- komunikace jak se stejně postiženými, tak i s intaktní populací;
- utváření vlastní image z důvodu nemožnosti kontroly svého zevnějšku;
- sebeobsluha neboli schopnost plnit denní životní úkoly;
- prostorová orientace a samostatný pohyb;
- využití informační a kompenzační techniky;
- pedagogické působení- profesní příprava, rekvalifikace;
- pracovní uplatnění a ekonomická produktivita;
- sociální začlenění.

Naplněním cílů systému ucelené rehabilitace dosáhne jedinec se zrakovým postižením v maximální možné míře samostatnosti, soběstačnosti, pracovního uplatnění a úspěšného začlenění do společnosti. Konkrétním prostředkům a významu rehabilitace se věnuje následující kapitola.

4.3 Prostředky rehabilitace

Rehabilitací jedince se zrakovým postižením se zabývají organizace jmenované níže. Jednotlivé organizace nabízejí škálu služeb, které napomáhají jedinci navrátit se do běžného života. Nejčastěji jsou využívány následující služby.

Proškolení v obsluze kompenzačních pomůcek, které si chce jedinec zakoupit, nebo se je chce naučit plně využívat. Jedinci jsou proškolení, jak daná pomůcka funguje, jak se o ní starat a jak jí v běžném životě využijí. (TyfloCentrum.cz, ©2002; Tyfloservis, ©2005)

Nácvik sebeobsluhy zahrnuje širokou oblast činností. Mezi základní činnosti v sebeobsluze osob se zrakovým postižením se řadí: chod domácnosti, vaření, praní, nakupování, úklid, šití a drobné údržbářské práce. Specifikem sebeobsluhy je zvyknout si na to, že vše trvá déle, musí se k práci využívat jiné smysly, musí se umět orientovat v bytě, musí chránit si své bezpečí. Podrobný popis všech složek sebeobsluhy je popsán v publikaci od Schindlerové (2007) Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých.

Výcvik prostorové orientace a samostatného pohybu učí jedince techniky chůze s bílou holí, jak využívat orientační body pomocí dálkového ovladače VPN02, jak odhadnout vzdálenosti, jak udržovat rovnováhu a stabilitu. Výcvik prostorové orientace zahrnuje také jak přecházet přes přechod, jak nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků, jak se orientovat ve veřejných prostorech, jak využívat eskalátory a další. (Jesenský, 2007) Problematika chůze s bílou holí je popsána v brožuře od Svárovského a Macháčka (©2010) Bílá hůl.

Výcvik čtení a psaní Braillova písma je zaměřen na rozvoj jemné hmatové diferenciaci šestibodového písma. Jedinci jsou seznámeni s šestibojem, s abecedou Braillova bodového písma, s technikou psaní a čtení. Jedinci jsou po nácviku schopni využívat například dymopásku, Pichtův psací stroj, hmatové hodinky a další. (Jesenský, 2007; Novohradská, 2009)

Nácvik psaní na klávesnici počítače je vhodný pro jedince, kteří chtějí využívat náročné kompenzační pomůcky. Jedinci se učí rozlišovat jednotlivé části klávesnice počítače a učí se plynulé psaní všema deseti. (Tyfloservis, ©2005)

Nácvik vlastnoručního podpisu je z hlediska samostatnosti a svéprávnosti nedílnou součástí, kterou musí jedinec ovládat. K vlastnoručnímu podpisu se využívá podpisová šablona, která přesně vymezuje prostor pro podpis. (Tyfloservis, ©2005)

Úprava prostředí pro potřeby nevidomých a slabozrakých je velice důležitá k jejich orientaci. Důležitá je stávající analýza prostředí, ve kterém jedinec žije a následně je navržena odpovídající úprava osvětlení, barev, kontrastu, uspořádání. (Jesenský, 2006; Macháček, 2002)

Výše popsané prostředky rehabilitace vedou k samotnosti a soběstačnosti jedince se zrakovým postižením a tím i k zlepšení kvality jejich života. Tyto služby jsou nabízeny zdarma v některých z níže uvedených podpůrných organizacích pro osoby se zrakovým postižením.

4.4 Podpůrné organizace pro osoby se zrakovým postižením

Dospělí jedinci s postižením zraku mohou využít služeb neziskových organizací, které nabízejí širokou škálu aktivit. Organizace se zaměřují například na volnočasové aktivity, výuku sebeobsluhy, samostatného pohybu, poradenství týkající se sociálních dávek či výběru kompenzačních pomůcek, nácvik práce s pomůckami, vzdělávání, rekvalifikace a další. Následuje výčet konkrétních organizací a jejich nabízených aktivit pro dospělé se zrakovým postižením. (Kimplová, 2014)

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České Republiky, z.s. vznikl 16. 6. 1996 spojením dvou organizací věnujících se osobám s těžkým zrakovým postižením. Posláním organizace je sdružovat nevidomé a těžce zrakově postižené, hájit jejich zájmy a integrovat je zpět do společnosti. Prioritami SONSu jsou:

- *„vyhledávání a kontaktování těžce zrakově postižených občanů včetně osob v akutním stádiu po ztrátě zraku,*
- *podpora zaměstnanosti nevidomých a slabozrakých občanů,*
- *socioterapeutická činnost realizovaná ve svépomocných skupinách a aktivizačních klubech,*

- *odstraňování architektonických a informačních bariér pro těžce zrakově postižené občany,*
- *ověřování nových forem pomoci těžce zrakově postiženým občanům včetně popularizace a osvětlování problematiky zrakového postižení.“*

SONS je dále zřizovatelem dalších středisek, kterými jsou: TyfloCentrum, Tyfloservis, Tyfokabnet, Tyflopomůcky, Metodické centrum odstraňování bariér, Středisko výcviku vodících psů a další. (SONS ČR, ©2012)

Tyfloservis, o.p.s. poskytuje rehabilitaci pro nevidomé a slabozraké. Tyfloservis vznikl v roce 1991 a jeho střediska jsou ve 12 krajích po celé České Republice. Středisko poskytuje služby lidem starším 15 let a především lidem, kteří přišli o zrak v pozdějším věku. Tyfloservis pomáhá lidem s nácvikem dovedností, které neovládají. Jedinec zde získá základní dovednosti, díky kterým bude schopen postarat se sám o sebe. Středisko podle klientových potřeb nabízí následující služby:

- obsluha kompenzačních pomůcek;
- nácvik sebeobsluhy, který zahrnuje vaření, úklid, praní, hygiena, drobné údržbářské práce;
- nácvik prostorové orientace a chůze s bílou holí, výběr a trénování vhodných tras;
- nácvik vlastnoručního podpisu;
- nácvik psaní na stroji a na klávesnici počítače všema deseti prsty;
- nácvik chování a způsobu kontaktu s okolím v různých společenských situacích;
- rehabilitace zraku neboli podpora ve využívání zrakových funkcí;
- poradenství ohledně výběru kompenzačních pomůcek, úprav prostředí a odstraňování architektonických bariér.

Uvedené služby jsou lidem s těžkou zrakovou vadou poskytovány zdarma. Nácvik jednotlivých dovedností probíhá ambulantně ve středisku nebo terénně v domácích podmínkách klienta, zpravidla jednou týdně. Jedná se o dlouhodobou spolupráci s klientem, dokud si klient neosvojí požadované dovednosti. (Tyfloservis, ©2005)

TyfloCentrum, o.p.s. je krajským střediskem. Nachází se ve 12 krajích v České Republice a každé centrum nese název města pro lepší rozlišení, například TyfloCentrum Praha, TyfloCentrum Hradec Králové, TyfloCentrum Plzeň a tak dále. Jednotlivá centra fungují samostatně, nemají žádné ústředí, ale druh nabízených služeb je stejný. V TyfloCentrech se nejčastěji setkáváme se registrovanými sociálními službami po zrakově postiženém.

- Odborné poradenství, které se zaměřuje na sociálně právní poradenství, poradenství ke kompenzačním pomůckám, jejich představení, vyzkoušení a zapůjčení.
- Průvodcovské a předčitatelské služby se zaměřují především na doprovod a orientaci v neznámém prostředí. Například doprovod k lékaři, na úřad, na poštu, do banky.
- Sociálně aktivizační služby předcházejí sociálnímu vyloučení tím, že zapojují jedince do pravidelných setkávání, kulturních akcí, sportovních aktivit, výletů, besed, rekreačních pobytů.
- Sociální rehabilitace zahrnuje takové aktivity, které u osoby se zrakovým postižením přispívají k dosažení nejvyšší možné úrovně soběstačnosti a samostatnosti. Jednou ze služeb je například nácvik práce s náročnými kompenzačními pomůckami na bázi PC. (TyfloCentrum.cz, ©2002)

Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s. v Praze je jediným střediskem takového druhu v České Republice. Středisko nabízí kurzy v programech: sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, pracovní rehabilitace a rekvalifikace umožňující pracovní uplatnění. Dále poskytuje klientům pomoc s vyřizováním žádostí o kompenzační pomůcky, zajištění pracovního uplatnění, pomáhá řešit problémy s bydlením.

- Sociální rehabilitace má podobnou nabídku činností jako Tyfloservis, těmi činnostmi jsou například: prostorová orientace a samostatný pohyb, nácvik psaní na klávesnici PC, nácvik vlastnoručního podpisu, nácvik čtení a psaní Braillova písma, nácvik sebeobslužných činností a další.
- Sociálně terapeutické dílny jsou využívány jak v programu sociální rehabilitace, tak v programu pracovní rehabilitace a rekvalifikace, dílny se zaměřují na kartonářství, košíkářství, tkaní, keramiku a drátování.

- Pracovní rehabilitace je zastoupena akreditovaným kurzem s názvem: základy obsluhy PC, absolventi tohoto kurzu znají základní principy práce s PC, umí ovládat speciální program pro zrakově postižené, umí zapsat text a přečíst si jakýkoliv text, který si naskenují do PC.
- Rekvalifikace je realizována individuálně, kdy jsou zhodnoceny schopnosti jedince se zrakovým postižením a požadavky budoucího zaměstnavatele, klienti si hradí rekvalifikaci sami, nebo úřad práce, pokud jsou registrováni jako nezaměstnaní nebo rekvalifikaci hradí zaměstnavatel, rekvalifikační kurzy trvají od 5- 19 týdnů a kvalifikují k povoláním: nevidomý a slabozraký masér ve zdravotnictví, pomocné práce v keramické dílně, pomocné práce v tkalcovské dílně, obsluha osobního počítače, pracovník v kartonážní výrobě, dráteník/ drátenice. (Dědina, ©2010)

Kafira, o.p.s. je organizací založenou v roce 2002 s působností v Moravskoslezském kraji. Organizace napomáhá lidem s těžkým zrakovým postižením se začleněním na trh práce, do společnosti. Organizace se snaží u jedinců od 7 let věku podporovat soběstačnost, zvládnout nepříznivou sociální situaci a začlenit se do běžného stylu života a najít pracovní uplatnění. Zaměření organizace je především na sociální rehabilitaci.

- Sociální rehabilitace je realizována ambulantně ve městech Opava, Ostrava, Nový Jičín, Frýdek-Místek a terénně po celém Moravskoslezském kraji. Služby poskytované organizací zaměřené na soběstačnost a samostatnost jedince jsou: prostorová orientace a samostatný pohyb, péče o domácnost, čtení a psaní Braillova písma, nácvik využívání náročných kompenzačních pomůcek, nácvik využívání dopravních prostředků.
- Sociální poradenství nabízí podporu při získávání kompenzačních pomůcek, pomoc s vyhledáváním pracovních míst, pomoc s řešením problémů týkajících se bydlení, příspěvků a sociálních dávek. (Kafira, ©2016)

Mezi další organizace poskytující péči pro osoby s těžkým zrakovým postižením se řadí **Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené** ve Vlaš'ovičkách u Opavy, **Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně- Chrlících** či **Domov Palata** v Praze, které poskytují péči především pobytovou.

Všechny zmíněné organizace a zařízení se zaměřují především na nácvik činností, které u jedince s těžkým zrakovým postižením umožňují samostatnost a soběstačnost. Tím se pak jedince zvyšuje možnost začlenit se do běžné populace, čím dojde ke zvýšení kvality života. V systému ucelené rehabilitace mají všechny organizace pomáhající lidem se zrakovým postižením své nezastupitelné místo.

Shrnutí problematiky rehabilitace osob se zrakovým postižením

Jedinci po ztrátě zraku nebo s částečnou ztrátou zraku projdou systémem ucelené rehabilitace od lékařské přes sociální, pracovní a pedagogickou. V celém systému se jim věnuje celá řada podpůrných organizací jmenovaných výše, které jim pomocí svých služeb napomáhají navrátit se zpět do plnohodnotného života a zlepšit tím i jejich kvalitu života. Nácvikem jednotlivých činností, které nabízejí podpůrné organizace, se jedincům navrací samostatnost a soběstačnost. Díky nácviku a rozvoji potřebných poznávacích procesů jsou pak jedinci se zrakovou vadou schopni používat kompenzační pomůcky, jejichž výčet najdete například v knize Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením (2012) od Bubeníčkové, Karáska a Pavlíčka.

5 Závěr

V úvodu teoretické části bakalářské práce jste byli seznámeni s problematikou kvality života, jak je popisována z několika pohledů a jak může být měřena. Způsoby měření jsou popisovány, protože subjektivní způsob měření je využíván v praktické části bakalářské práce.

V následující kapitole jste byli seznámeni s nejčastějšími poruchami zraku a jejich diagnostikou. Zrakové vady jsou popsány proto, aby byla odhalena obecná problematika jejího vzniku a dopadu na zrakové vnímání, a aby bylo zřetelné, jaké mají zmiňovaní jedinci ve zrakovém vnímání omezení.

Ztráta zraku či omezený zrak má vliv na osobnost jedince, která se v důsledku zrakové vady může změnit. Jedinec po úplné či částečné ztrátě zraku projde fázemi, které definuje například psycholožka Kübler-Rossová (2015) či Jesenský (2007), aby došel do stádia akceptace. Když se jedinec se svou zrakovou vadou nedokáže vyrovnat, stává se pasivním, jeho osobnost je výrazněji pozměněna a zůstává ve fázi nonakceptace.

Aby byl jedinec schopný zařadit se zpět do intaktní společnosti, je nutná včasná intervence ze strany rodiny a odborníků, kteří mu pomohou sžít se s určitým limitem v životě. Odborníci napomáhají jedinci se zrakovým postižením v systému ucelené rehabilitace k návratu do intaktní populace pomocí léčebné, sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace. Jedinci jsou vedeni k akceptaci postižení zraku, k samostatnosti a nezávislosti pomocí prostředků rehabilitace, které nabízejí podpůrné organizace pro osoby se zrakovým postižením, kterým se věnuje poslední kapitola teoretické části práce.

Výše popsaná teoretická východiska od definice pojmu kvalita života až po ucelený systém rehabilitace pro osoby se zrakovým postižením tvoří teoretický základ pro sepsání a pochopení praktické části bakalářské práce.

Praktická část

Praktická část práce se zaměřuje na zjišťování kvality života u dospělých osob, a zda je kvalita života ovlivněna přítomností zrakové vady.

Výzkum využívá metodu dotazování pomocí standardizovaného dotazníku. Cílem výzkumu je podat informaci o tom, jak jedinci hodnotí svou kvalitu života a jak je v tomto hodnocení ovlivňuje přítomnost zrakové vady. Kvalita života je zkoumána v jednotlivých oblastech, jako je fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Spolu s tím jsou zkoumány rozdíly v hodnocení kvality života z pohledu pohlaví, věku a doby vzniku zrakové vady.

6 Výzkumná otázka

Pro ověření výsledků byla stanovena výzkumná otázka, která byla dále rozpracována do šesti pracovních otázek k ověření.

Hlavní výzkumná otázka

Jak hodnotí osoby se zrakovým postižením svojí kvalitu života a jak jejich hodnocení ovlivňuje přítomnost zrakové vady?

Pracovní otázky k ověření

- 1) Jak je subjektivně osobami se zrakovým postižením hodnocena kvalita života a jaký má vliv na hodnocení zrakové postižení?
- 2) Jak jedinci hodnotí svou schopnost vykonávat každodenní aktivity a jak je v tomto hodnocení ovlivňuje postižení zraku?
- 3) Jak jedinci hodnotí prožívání negativních pocitů a jak je v tomto hodnocení ovlivňuje postižení zraku?
- 4) Jak jsou jedinci spokojeni se svými osobními vztahy a jak jejich kvalitu ovlivňuje postižení zraku?
- 5) Kolik jedinci vnímají příležitostí pro rozvoj svých zájmů a jak zrakové postižení ovlivňuje tyto příležitosti?
- 6) Znají jedinci se zrakovým postižením organizace, které jim mohou napomoci ke zlepšení kvality života? Využívají jejich služby?

7 Metodika

Data potřebná pro praktickou část práce byla získána kvantitativním způsobem pomocí anonymního standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Dotazník byl obohacen o otázky zaměřující se na zrakové postižení a kvalitu života. Vzor standardizovaného a upraveného dotazníku naleznete v příloze A a B.

Základní dotazník WHOQOL-BREF obsahuje 26 otázek, které se podle svého zaměření dělí do tzv. domén. Doména 1 sdružuje sedm otázek, které se týkají fyzického zdraví jedince. Doména 2 je v rozsahu šesti otázek zaměřena na prožívání. Doména 3 reprezentuje na třech otázkách sociální vztahy jedince. Poslední doména 4 se zaměřuje na prostředí, ve kterém jedinec žije. První dvě otázky nejsou do domén zařazeny, protože hodnotí celkovou kvalitu života a spokojenost se svým zdravím (tabulka 2).

Každá odpověď je hodnocena na pětistupňové škále vyjadřující množství (vůbec ne - maximálně), kapacitu (vůbec ne - zcela), frekvenci (nikdy - neustále) a hodnocení (velmi nespokojen - velmi spokojen). Tyto hodnoty jsou poté sčítány dohromady podle vzorců a vytváří již zmiňované domény.

Výpočet doménových skóre se získá průměrem součtu hodnot 1-5 v jednotlivých odpovědích. Průměrná hodnota se následovně násobí čtyřikrát. Násobení číslem 4 se provádí proto, aby bylo možné výsledky zkráceného dotazníku WHOQOL-BREF porovnávat s nezkráceným dotazníkem WHOQOL-100. Vzorce pro výpočet vypadají následovně:

$$DOM\ 1 = \frac{(6 - q3) + (6 - q4) + q10 + q15 + q16 + q17 + q18}{7} \times 4$$

$$DOM\ 2 = \frac{q5 + q6 + q7 + q11 + q19 + (6 - q26)}{6} \times 4$$

$$DOM\ 3 = \frac{q20 + q21 + q22}{3} \times 4$$

$$DOM\ 4 = \frac{q8 + q9 + q12 + q13 + q14 + q23 + q24 + q25}{8} \times 4$$

Výsledné hodnoty poté dosahují hodnot od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota představuje lepší kvalitu života.

U samostatných otázek 1 a 2 je hodnocení vyjádřeno hodnotou 1 až 5, přičemž též vyšší hodnota představuje lepší kvalitu života a nižší hodnota ukazuje horší kvalitu života.

Tabulka 2 Přehled domén a otázek WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 32)

Domény		Položky	
DOM 1	Fyzické zdraví	q3 q4 q10 q15 q16 q17 q18	bolest a nepříjemné pocity závislost na lékařské péči energie a únava pohyblivost spánek každodenní činnosti pracovní výkonnost
DOM 2	Prožívání	q5 q6 q7 q11 q19 q26	potěšení ze života smysl života soustředění přijetí tělesného vzhledu spokojenost se sebou negativní pocity
DOM 3	Sociální vztahy	q20 q21 q22	osobní vztahy sexuální život podpora přátel
DOM 4	Prostředí	q8 q9 q12 q13 q14 q23 q24 q25	osobní bezpečí životní prostředí finanční situace přístup k informacím záliby prostředí v okolí bydliště dostupnost zdravotní péče doprava
2 samostatné položky		q1	kvalita života
		q2	spokojenost se zdravím

Získávání a zpracování dat

Sběr dotazníků byl realizován v období deseti měsíců od ledna do října 2019. Dotazníky byly sbírány v podpůrných organizacích, v okolí známých a přátel a s pomocí vedoucí práce PhDr. Kamilou Růžičkovou, Ph.D, která podněcovala při svých přednáškách studenty, aby vyplnili dotazník s osobou se zrakovým postižením.

Dotazníky byly přepsány do tabulky v programu Microsoft Office Excel. Filtrování výsledků umožnilo přehledné vyhledávání v tabulce. Byl zadán požadavek, aby byli zobrazeni pouze muži následně ženy, jedinci ve věku od 20 do 40 let, jedinci ve věku od 40 do 65 let, jedinci nad 65 let a jedinci s vrozenou zrakovou vadou a se získanou zrakovou vadou. Takovým vyfiltrováním byla znázorněna pouze sledovaná proměnná, jako je pohlaví, věk nebo doba vzniku zrakové vady a bylo možné přehledně zaznamenávat počet a hodnoty odpovědí.

V první řadě byly vypočteny domény, podle výše uvedených vzorců, které ukazují celkové hodnocení kvality života v daných oblastech a jejichž výsledky jsou znázorněny v první části výzkumu.

Dále byly vybrány duální otázky z každé doménové oblasti. Duální otázka se skládá ze základní standardizované otázky, která byla doplněna přidanou otázkou zaměřující se na vliv zrakového postižení. Bylo celkem vybráno pět duálních otázek. U každé z nich byly odpovědi vyhodnoceny celkově a následně z pohledu proměnné pohlaví, věku a doby vzniku zrakové vady. Nejprve byly zaznamenány jednotlivé počty, které byly následně přepočítány na relativní četnost (%). Veškeré hodnoty pak byly zaznamenány pomocí tabulek a grafů.

Poslední zkoumanou oblastí byla znalost podpůrných organizací a využívání jejich služeb. Jelikož tato otázka pracuje se slovními odpověďmi, tak je její výpovědní hodnota zaznamenána v počtu osob, kteří v dané oblasti odpověděli totožně.

Následně byla vyhodnocená data přiřazena k výzkumným otázkám. Pro zjednodušení výsledků, byly vždy sečteny výsledky negativních odpovědí a výsledky kladných odpovědí. Neurčité, neutrální výpovědi nebyly započteny. Jednotlivé výsledky poté byly mezi sebou porovnávány z pohledu pohlaví, věku a doby vzniku zrakové vady, aby byly zjištěny rozdíly.

8 Charakteristika respondentů vyplívající z dotazníků

Výzkumný soubor obsahuje vzorek 58 respondentů. Celkově však bylo získáno dotazníků 68, ale některé byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění nebo z důvodu nízkého věku jedinců.

Věková hranice respondentů se pohybuje od 20 let až po respondenty ve věku nad 65 let. Respondentů ve věku 20-40 let, typickém pro zakládání rodiny, je z celkového počtu 21. Respondentů v období starší dospělosti 40-65 let zaznamenáváme 26. Respondentů nad 65 let zaznamenáváme z celkového počtu 11. Průměrný věk respondentů činí 47,6 let.

Pohlaví bude při vyhodnocování dotazníků hrát též významnou roli, proto rozdělujeme respondenty na 24 mužů a 34 žen.

U respondentů se objevují následující zrakové vady zaznamenané v tabulce 3.

Tabulka 3 Zaznamenané oční vady u respondentů

Počet osob	Zraková vada
11	onemocněním sítnice, VPMD
9	nevidomých od narození
7	glaukom
7	katarakta
4	získaná nevidomost
3	těžká krátkozrakost
3	astigmatismus
3	retinopatie nedonošených
2	diabetická retinopatie
2	tupoizrakost
2	odstranění oka
2	strabismus
1	nystagmus
1	presbyopie
1	retinopatie pigmentosa

Respondenti jednotlivými zrakovými vadami trpí různě dlouho. Jedinců s vrozenou vadou je zaznamenáno 25 jedinců a se získanou zrakovou vadou 33 jedinců.

9 Statistické vyhodnocení dotazníků dle příručky WHOQOL-BREF

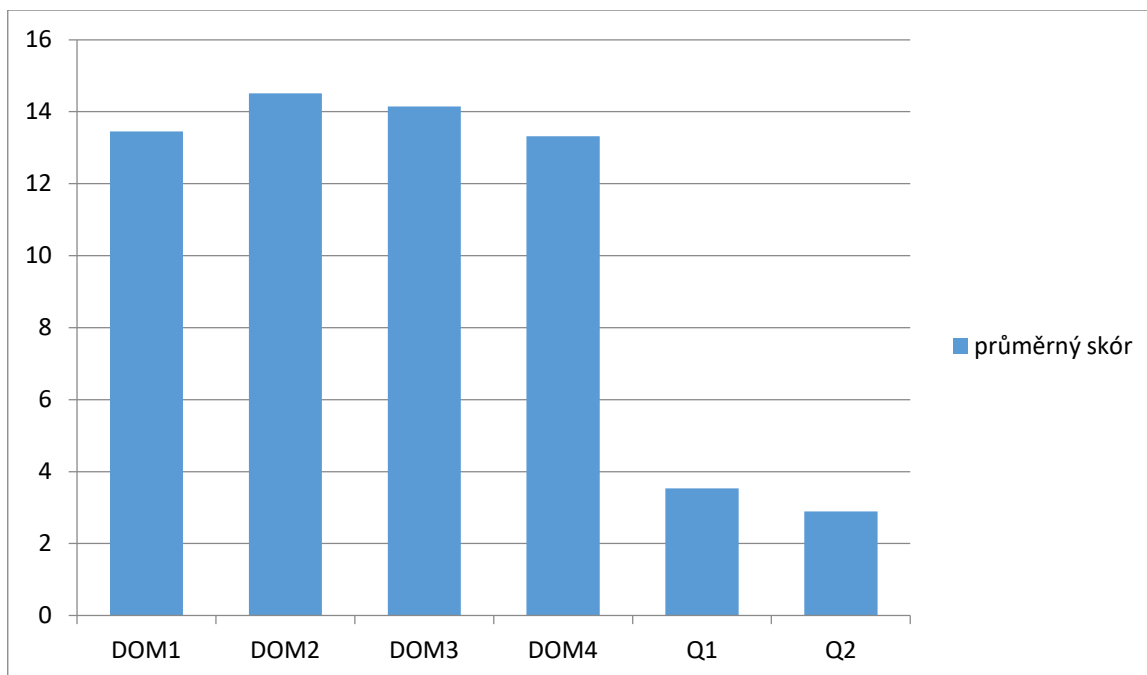
V následujících tabulkách jsou zaznamenány výsledky, tzv. skóry, které se vypočítávají dle vzorce z daných otázek (viz výše) a výsledek je zaznamenán na stupnici 4-20, kdy vyšší hodnota znamená lepší kvalitu života. Samostatné otázky č.1 a č.2 pracují s výsledky 1-5.

Následující tabulky budou zobrazovat celkové výsledky, následně rozdíl v hodnocení kvality života podle vlivu pohlaví, věku nebo doby vzniku zrakové vady.

Tabulka 4 Celkové hodnocení kvality života doménovým skórem

Celkové hodnocení	Hodnotící položky	průměrný skór
	Doména 1- fyzické zdraví	13,44974
	Doména 2- prožívání	14,50921
	Doména 3- sociální vťahy	14,14696
	Doména 4- prostředí	13,31579
	Otázka 1- kvalita života	3,534
	Otázka 2- spokojenost se zdravím	2,897

Graf 1 Celkové hodnocení kvality života doménovým skórem



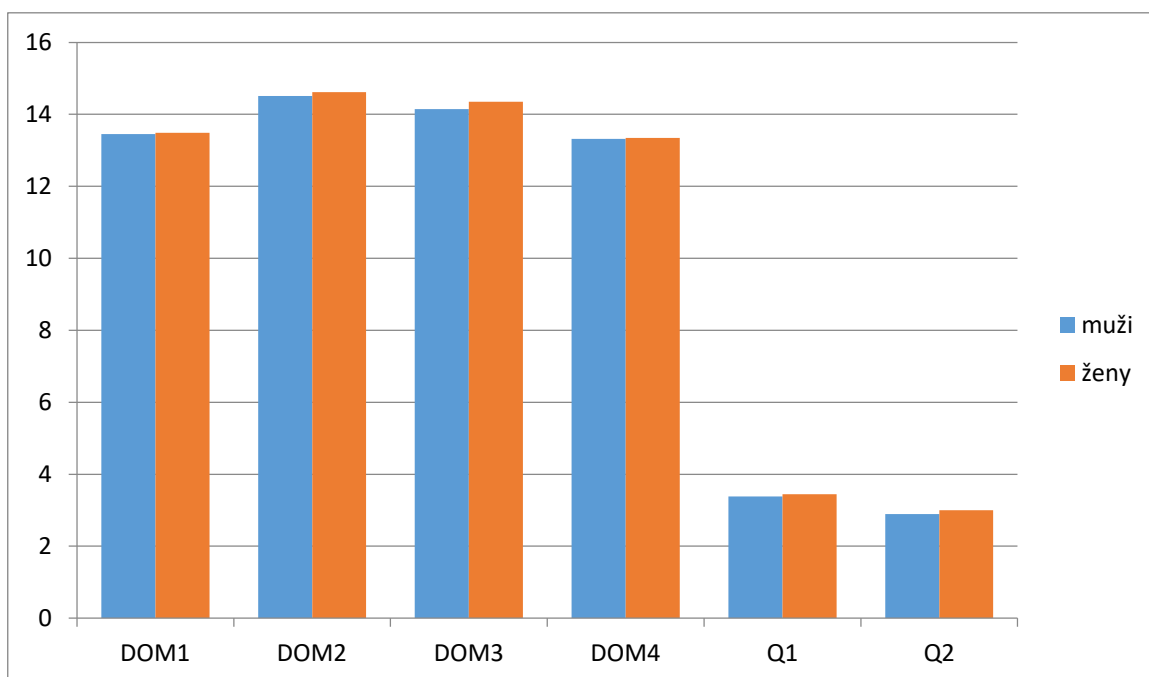
Kvalita života respondentů dle vypočtených doménových skórů se zásadně neliší. Lehce zhoršenou lze pozorovat v oblasti fyzického zdraví a v oblasti prostředí.

Celkově kvalita života v otázce 1 je hodnocena lehce nadprůměrně, tedy jako dobrá. Spokojenost respondentů se zdravím je hodnocena průměrně, respondenti nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni se svým zdravím.

Tabulka 5 Hodnocení kvality života doménovým skórem dle pohlaví

Pohlaví	Hodnotící položky	muži	ženy
		průměrný skór	průměrný skór
	Doména 1- fyzické zdraví	13,44974	13,48789
	Doména 2- prožívání	14,50921	14,61297
	Doména 3- sociální vťahy	14,14696	14,35143
	Doména 4- prostředí	13,31579	13,34722
	Otázka 1- kvalita života	3,385	3,447
	Otázka 2- spokojenost se zdravím	2,897	3

Graf 2 Hodnocení kvality života doménovým skórem dle pohlaví

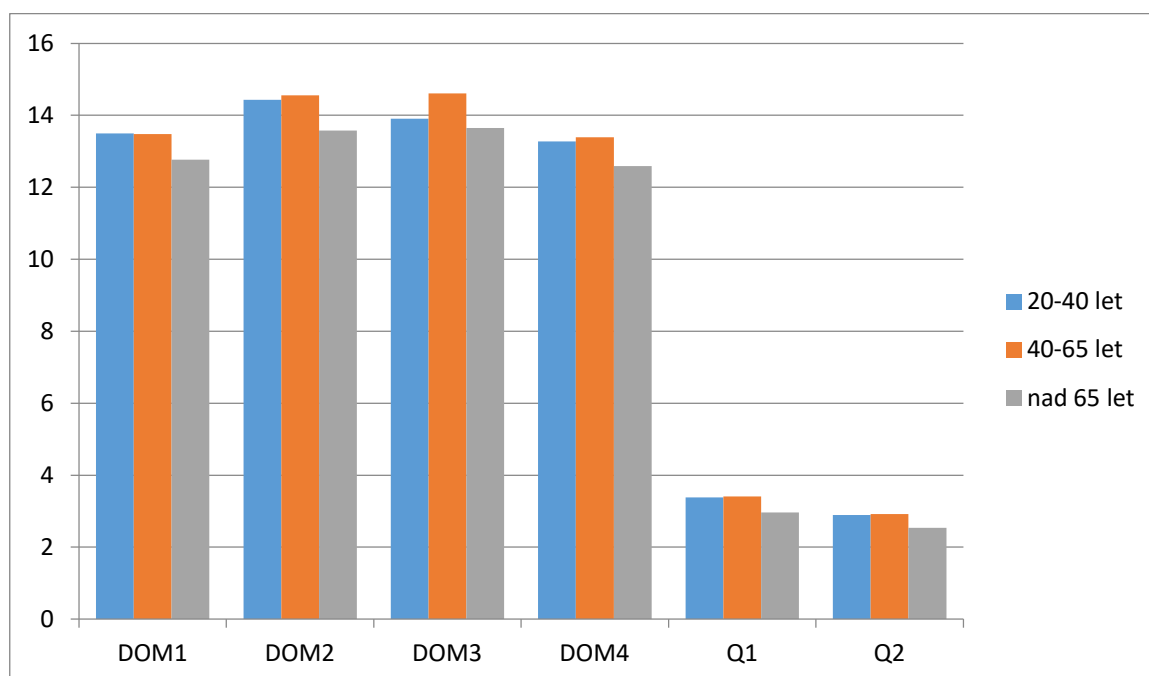


Hodnocení kvality života z hlediska pohlaví není zásadně rozdílné. Ženy vnímají kvalitu života ve všech složkách o pár desetin skóru lépe než muži. Pokles kvality života lze pozorovat u mužů v doméně 3, zaměřující se na sociální vztahy. Kvalitu života i spokojenost se zdravím pociťují vyšší ženy.

Tabulka 6 Hodnocení kvality života doménovým skórem dle věku

Věk	Hodnotící položky	20-40 let	40-65 let	nad 65 let
		průměrný skór	průměrný skór	průměrný skór
	Doména 1- fyzické zdraví	13,49703	13,48189	12,7687
	Doména 2- prožívání	14,42639	14,55583	13,57682
	Doména 3- sociální vtahy	13,90714	14,60818	13,64385
	Doména 4- prostředí	13,27778	13,38889	12,59091
	Otázka 1- kvalita života	3,385	3,405	2,962
	Otázka 2- spokojenost se zdravím	2,897	2,919	2,538

Graf 3 Hodnocení kvality života doménovým skórem dle věku

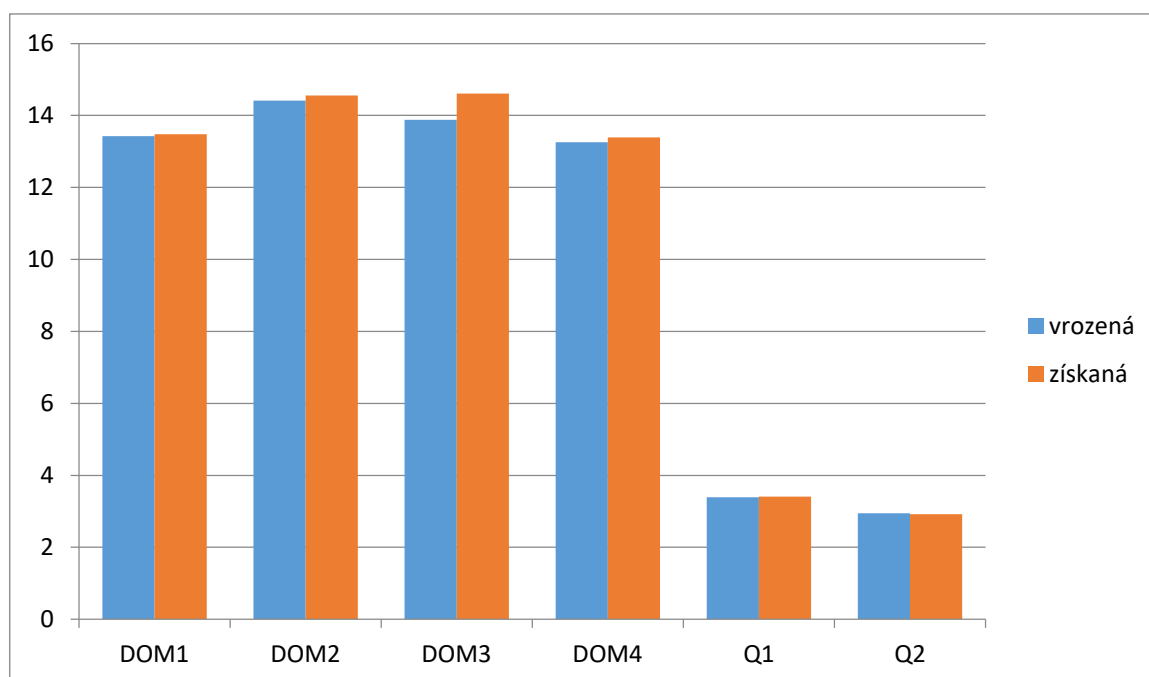


V hodnocení kvality života dle věkových skupin lze pozorovat nejlepší hodnocení kvality života u skupiny respondentů ve věku 40-65 let. Téměř stejně hodnotí kvalitu života jedinci ve věku 20-40 let, výrazněji zhoršenou ji pocítují v doméně 3 zaměřující se na sociální vztahy jedince. Oproti těmto kategoriím pocítují zhoršenou kvalitu života ve všech doménách jedinci ve věkové kategorii nad 65 let.

Tabulka 7 Hodnocení kvality života doménovým skórem dle doby vzniku zrakové vady

Doba vzniku zrakové vady	Hodnotící položky	vrozená	získaná
		průměrný skór	průměrný skór
	Doména 1- fyzické zdraví	13,42763	13,48189
	Doména 2- prožívání	14,41486	14,55583
	Doména 3- sociální vtahy	13,88091	14,60818
	Doména 4- prostředí	13,25676	13,38889
	Otázka 1- kvalita života	3,395	3,405
	Otázka 2- spokojenost se zdravím	2,947	2,919

Graf 4 Hodnocení kvality života doménovým skórem dle doby vzniku zrakové vady



Kvalita života z hlediska doby vzniku zrakové vady je hodnocena jako vyšší u jedinců se získanou zrakovou vadou než u jedinců s vrozenou zrakovou vadou. Jedinci s vrozenou zrakovou vadou poté pociťují zhoršenou kvalitu života v oblasti sociálních vztahů. Kvalita života a spokojenost se zdravím je hodnocena s desetinovými rozdíly téměř na stejné úrovni.

Shrnutí výsledků domén

Celkově je kvalita života hodnocena jako dobrá. Lehce zhoršená kvalita života lze pozorovat v oblasti fyzického zdraví a prostředí. Výpočty doménových skóru korelují se

samostatnou otázkou zaměřující se celkové subjektivní hodnocení kvality života. Spokojenost se zdravím je hodnocena nadprůměrně.

Z hlediska pohlaví nejsou znatelné výrazné rozdíly. Pouze v oblasti sociálních vztahů pocítují muži pokles kvality života. Z hlediska věku vnímají nejlepší kvalitu života jedinci ve věkové kategorii 40-65 let. Jedinci ve věku 20-40 let pocítují kvalitu života téměř stejně jako předešlá kategorie, pouze v oblasti sociálních vztahů pocítují kvalitu života výrazněji horší. Nejhorší kvalitu života pocítují jedinci ve věkové kategorii nad 65 let. Jedinci se získanou zrakovou vadou pocítují nepatrně lepší kvalitu života než jedinci s vrozenou zrakovou vadou. Jedinci s vrozenou zrakovou vadou pocítují výrazněji zhoršenou kvalitu života v oblasti sociálních vztahů.

10 Vyhodnocení jednotlivých otázek

V následujících podkapitolách jsou rozebrány jednotlivé doménové oblasti, které mají téma kvalita života, fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. V nich jsou rozebrány jednotlivé dotazníkové otázky z dané oblasti, u kterých se sleduje různorodost z pohledu pohlaví, věku a doby vzniku zrakové vady. Stejný postup je aplikován na párovou otázku, která je zaměřena na vliv zrakového vady na danou oblast.

10.1 Celkové hodnocení kvality života

Celkovému zhodnocení kvality života se v dotazníku věnuje otázka č. 1. Vyhodnocením této otázky získáme informaci, jak jedinci vnímají vlastní kvalitu života. Tuto otázku doplníme otázkou č. 1a, která se zaměřuje na to, jak je daná kvalita života ovlivněna zrakovou vadou.

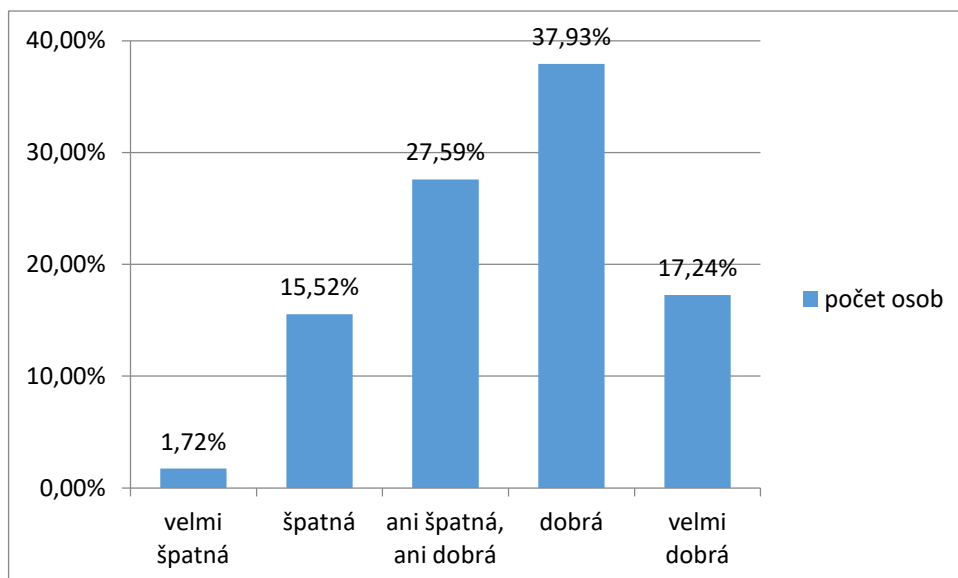
Otázka 1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

Otázka 1a. Jaké má zrakové postižení vliv na hodnocení kvality života?

Tabulka 8 Celkové hodnocení otázky 1

Respondenti (58)	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
Absolutní četnost	1	9	16	22	10
Relativní četnost (%)	1,72%	15,52%	27,59%	37,93%	17,24%

Graf 5 Celkové hodnocení otázky 1

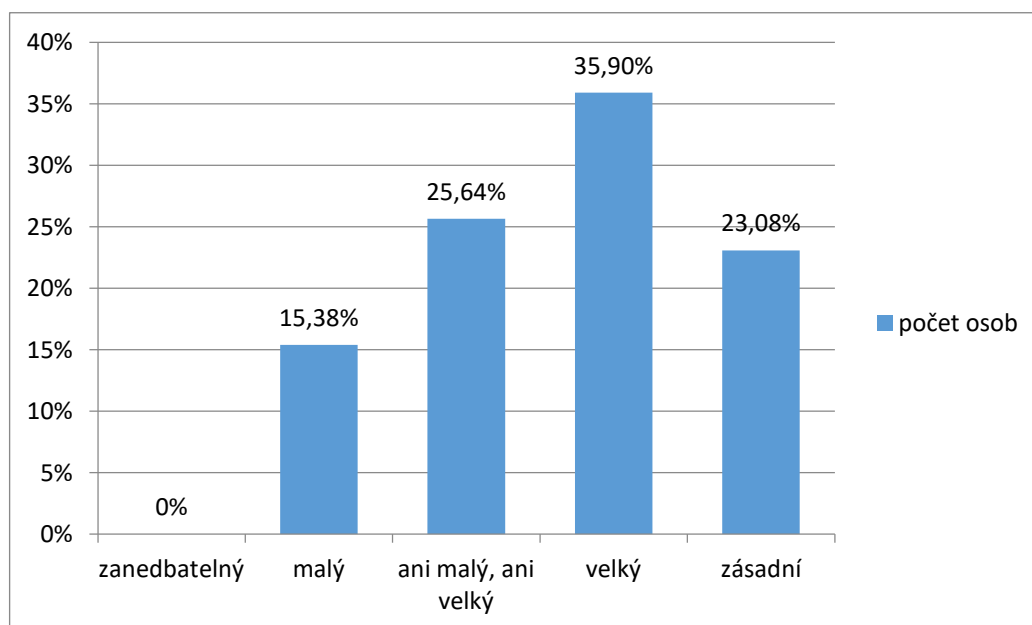


Nejvíce respondentů 37,93% (22 osob) zhodnotilo jejich kvalitu života jako dobrou, 27,59% respondentů (16 osob) hodnotí kvalitu života jako ani špatnou, ani dobrou, 17,24% respondentů (10 osob) hodnotí kvalitu života jako velmi dobrou, 15,52% respondentů (9 osob) svou kvalitu života zhodnotilo jako špatnou a pouze 1,72% (1 osoba) hodnotí kvalitu života jako velmi špatnou.

Tabulka 9 Celkové hodnocení otázky 1a

Respondenti (39)	zanedbatelný	malý	ani malý, ani velký	velký	zásadní
Absolutní četnost	0	6	10	14	9
Relativní četnost (%)	0%	15,38%	25,64%	35,9%	23,08%

Graf 6 Celkové hodnocení otázky 1a

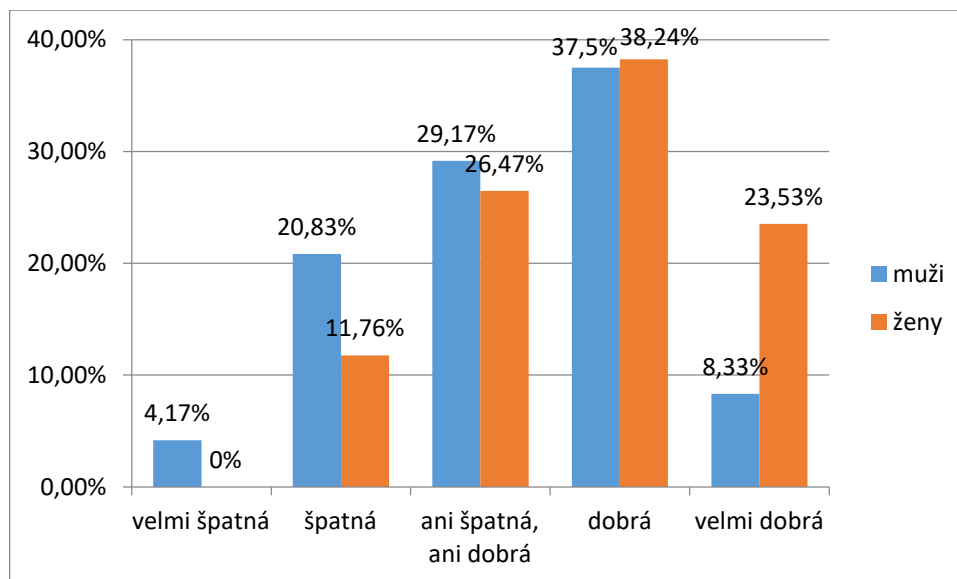


V tom jaký má zraková vada vliv na hodnocení kvality života se 35,9% respondentů (14 osob) shodlo, že velký. Ani malý, ani velký vliv nepociťuje 25,64% respondentů (10 osob), zásadně ovlivnila zraková vada hodnocení kvality života 23,08% respondentů (9 osob), malý vliv má zraková vada na hodnocení u 15,38% respondentů (6 osob) a nikdo nepociťuje zanedbatelný vliv zrakové vady.

Tabulka 10 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 1

Pohlaví	četnost	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
Muži (24)	Absolutní četnost	1	5	7	9	2
	Relativní četnost (%)	4,17%	20,83%	29,17%	37,5%	8,33%
Ženy (34)	Absolutní četnost	0	4	9	13	8
	Relativní četnost (%)	0%	11,76%	26,47%	38,24%	23,53%

Graf 7 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 1



Muži v 37,5% (9 osob) hodnotí kvalitu života jako dobrou, 29,17% (7 osob) jako ani špatnou, ani dobrou, 20,83% (5 osob) hodnotí kvalitu života jako špatnou, 8,33% (2 osoby) jako velmi dobrou a 4,17% (1 osoba) jako velmi špatnou.

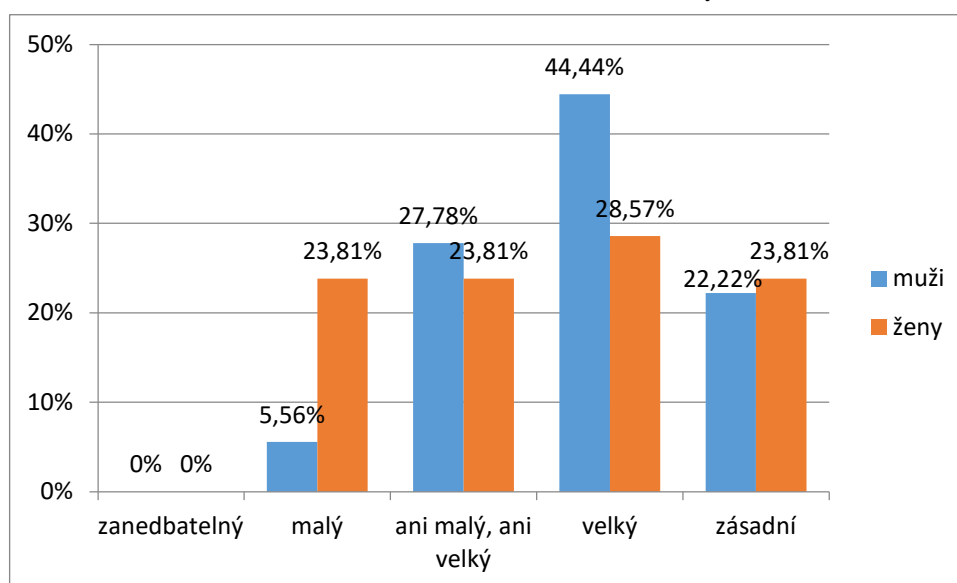
Ženy v hodnocení též v největší míře hodnotí kvalitu života jako dobrou v 38,24% (13 osob), jako ani špatnou, ani dobrou hodnotí 26,47% (9 osob), velmi dobrou kvalitu života pociťuje 23,53% žen (8 osob) a žádná z žen nepociťuje kvalitu života jako velmi špatnou.

Z hodnocení mužů i žen, kteří vyplnili dotazník, vyplývá, že jejich kvalita života je dobrá.

Tabulka 11 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 1a

Pohlaví	Četnost	zanedbatelný	malý	ani malý, ani velký	velký	zásadní
Muži (18)	Absolutní četnost	0	1	5	8	4
	Relativní četnost (%)	0%	5,56%	27,78%	44,44%	22,22%
Ženy (21)	Absolutní četnost	0	5	5	6	5
	Relativní četnost (%)	0%	23,81%	23,81%	28,57%	23,81%

Graf 8 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 1a



Muži v 44,44% (8 osob) vnímají vliv zrakové na hodnocení kvality života jako velký, v 27,78% (5 osob) vnímají vliv zrakové vady jako ani malý, ani velký, v 22,22% (4 osoby) vnímají muži zásadní vliv zrakové vady na hodnocení kvality života, malý vliv vnímá 5,56% (1 osoba).

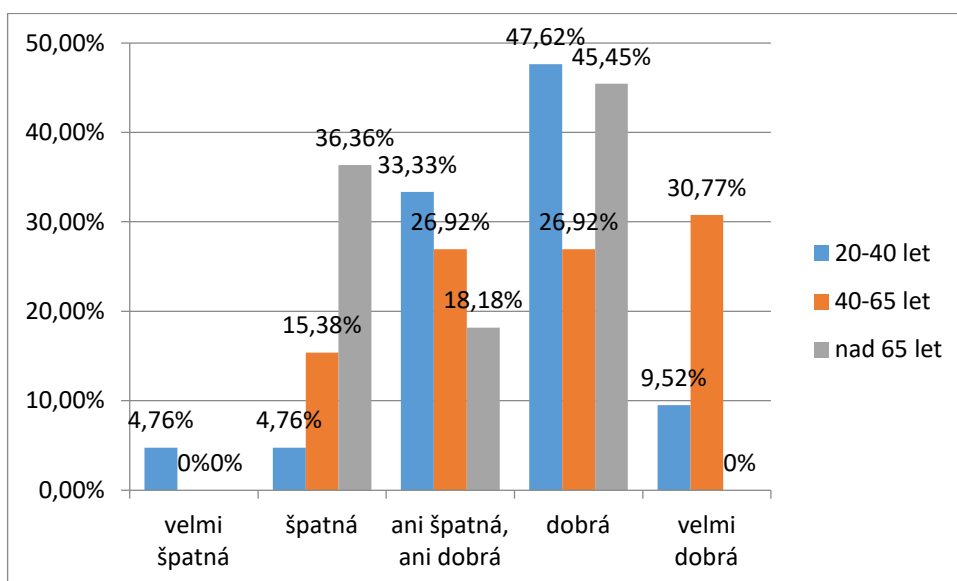
Ženy v 23,81% (5 osob) vnímají malý, ani malý, ani velký a zásadní vliv zrakové vady na hodnocení kvality života. Velký vliv vnímá 28,57% žen (6 osob).

Z porovnání vyplívá, že největší vliv zrakové vady na hodnocení kvality života pociťují muži.

Tabulka 12 Rozdíly v hodnocení otázky 1 dle věkových skupin

Věk (počet respondentů)	četnost	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
20-40 let (21)	Absolutní četnost	1	1	7	10	2
	Relativní četnost (%)	4,76%	4,76%	33,33%	47,62%	9,52%
40-65 let (26)	Absolutní četnost	0	4	7	7	8
	Relativní četnost (%)	0%	15,38%	26,92%	26,92%	30,77%
nad 65 let (11)	Absolutní četnost	0	4	2	5	0
	Relativní četnost (%)	0%	36,36%	18,18%	45,45%	0%

Graf 9 Rozdíly v hodnocení otázky 1 dle věkových skupin



Z respondentů ve věkovém rozmezí 20-40 let téměř polovina, 47,62% (10 osob) vnímá svojí kvalitu života jako dobrou, 33,33% respondentů (7 osob) ji pak vnímá jako ani dobrou, ani špatnou, pouze 9,52% (2 osoby) vnímají kvalitu života jako velmi dobrou, v 4,76% (1 osoba) je kvalita života vnímána jako špatná a v 4,76% (1 osoba) jako velmi špatná.

Ve věkovém rozmezí 40-65 let dokonce třetina respondentů uvádí, že je jejich kvalita života velmi dobrá, uvádí tak 30,77% respondentů (8 osob), 26,92% respondentů (7 osob), vnímá kvalitu života jako dobrou a 26,92% respondentů (7 osob) jako ani dobrou, ani špatnou. Špatnou kvalitu života uvádí 15,38% respondentů (4 osoby) a nikdo neuvedl velmi špatnou kvalitu života.

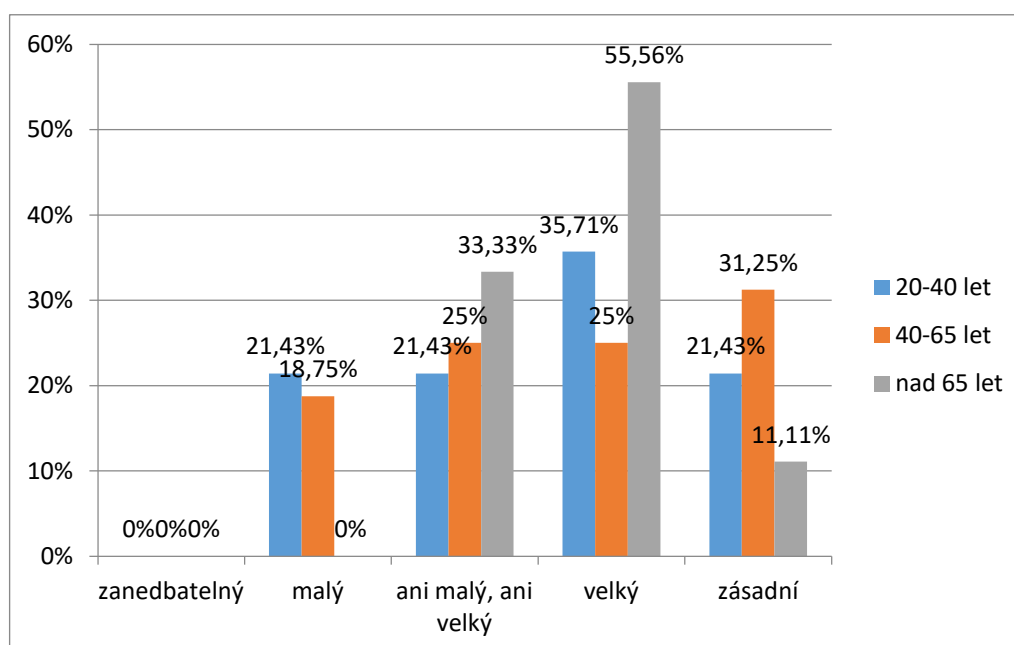
U věkové kategorie nad 65 let se hodnocení pohybuje v rozsahu třech hodnot a to od špatné po dobrou. Dobrou kvalitu života subjektivně hodnotí 45,45% respondentů (5 osob), ani dobrou, ani špatnou kvalitu života uvádí 18,18% respondentů (2 osoby) a špatnou kvalitu života pociťuje 36,36% respondentů (4 osoby).

Ze získaných dat vyplývá, že kvalita života je hodnocena jako dobrá u věkové kategorie 20-40 let a u respondentů nad 65 let. U respondentů ve věku 40-65 let je dokonce hodnocena jako velmi dobrá.

Tabulka 13 Rozdíly v hodnocení otázky 1a dle věkových skupin

Věk (počet respondentů)	četnost	zanedbatelný	malý	ani malý, ani velký	velký	zásadní
20-40 let (14)	Absolutní četnost	0	3	3	5	3
	Relativní četnost (%)	0%	21,43%	21,43%	35,71%	21,43%
40-65 let (16)	Absolutní četnost	0	3	4	4	5
	Relativní četnost (%)	0%	18,75%	25%	25%	31,25%
nad 65 let (9)	Absolutní četnost	0	0	3	5	1
	Relativní četnost (%)	0%	0%	33,33%	55,56%	11,11%

Graf 10 Rozdíly v hodnocení otázky 1a dle věkových skupin



Ve věkové kategorii respondentů 20-40 let má zraková vada u 35,71% respondentů (5 osob) velký vliv na hodnocení kvality života, u 21,43% (3 osoby) má malý vliv, u 21,43% (3 osoby) má ani malý, ani velký a u 21,43% (3 osoby) má zraková vada zásadní vliv na hodnocení kvality života. Zanedbatelný vliv nepocítuje nikdo.

Věková kategorie respondentů 40-65 let se uchyluje k rozhodnutí, že zraková vada má zásadní vliv na hodnocení kvality života. Takto se vyjádřilo 31,25% (5 osob). Velký vliv pocítuje 25% respondentů (4 osoby) a ani malý, ani velký vliv uvádí 25% (4 osoby). Malý vliv zrakové vady pocítuje 18,75% (3 osoby) a zanedbatelný vliv nepocítuje nikdo.

Věková kategorie nad 65 let se shoduje, že jejich zraková vada má u 55,56% respondentů (5 osob) velký vliv na hodnocení kvality života. Ani malý, ani velký vliv

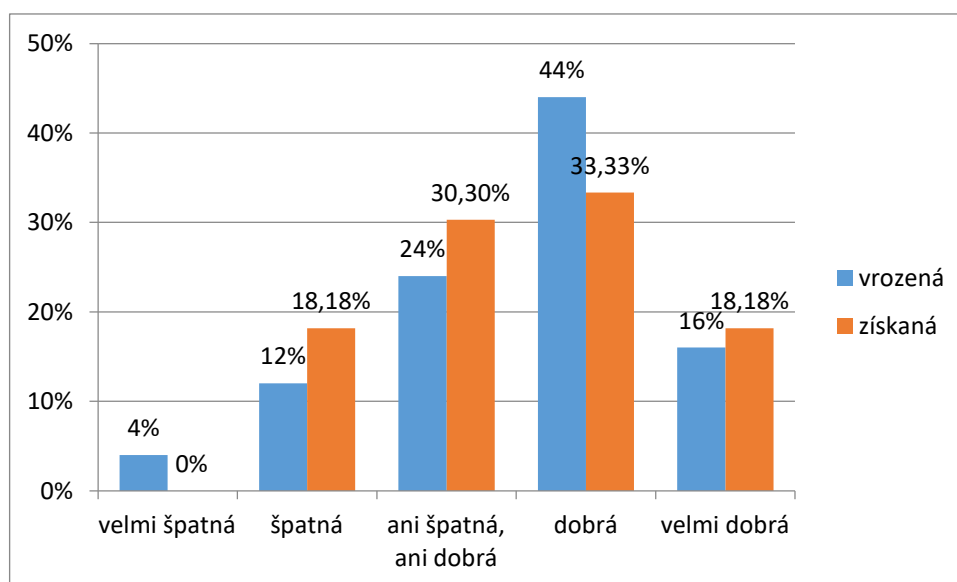
zrakové vady pociťuje 33,33% (3 osoby) a zásadní vliv pociťuje 11,11% (1 osoba) respondentů. Malý a zanedbatelný vliv nepociťuje nikdo.

Z hodnocení vyplývá, že věkové kategorie 20-40 let a nad 65 let vnímá vliv zrakové vady jako velký a věková kategorie 40-65 let jako zásadní.

Tabulka 14 Rozdíly v otázce 1 z hlediska doby vzniku zrakové vady

Vada (počet respondentů)	četnost	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
vrozená (25)	Absolutní četnost	1	3	6	11	4
	Relativní četnost (%)	4%	12%	24%	44%	16%
získaná (33)	Absolutní četnost	0	6	10	11	6
	Relativní četnost (%)	0%	18,18%	30,30%	33,33%	18,18%

Graf 11 Rozdíly v otázce 1 z hlediska doby vzniku zrakové vady



Respondenti s vrozenou zrakovou vadou v 44% (11 osob) hodnotí svou kvalitu života jako dobrou, 24% respondentů (6 osob) hodnotí kvalitu života jako ani špatnou, ani dobrou, 16% (4 osoby) hodnotí kvalitu života jako velmi dobrou, 12% respondentů (3 osoby) hodnotí kvalitu života jako špatnou a jeden respondent, to je 4%, hodnotí svou kvalitu života jako velmi špatnou.

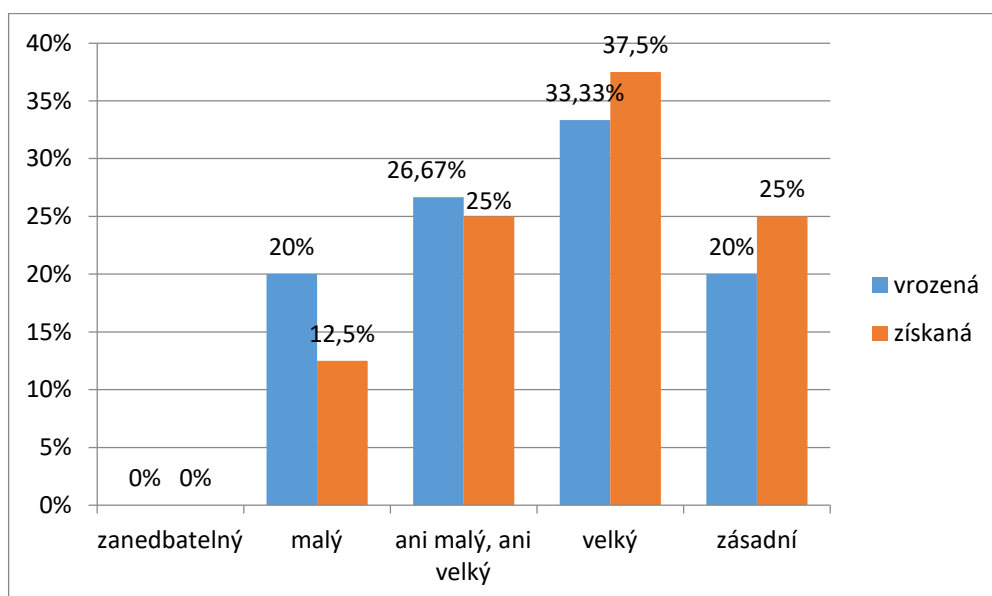
Respondenti, kteří trpí získaným zrakovým postižením v 33,33% (11 osob) hodnotí svojí kvalitu života jako dobrou. Ani špatnou, ani dobrou kvalitu života vnímá 30,30% respondentů (10 osob), velmi dobrou kvalitu života vnímá 18,18% respondentů (5 osob) a špatnou kvalitu života vnímá 18,18% respondentů (5 osob). Velmi špatnou kvalitu života nepociťuje nikdo z dané kategorie.

Doba vzniku zrakové vady nerozhoduje o celkovém hodnocení kvality života. Respondenti se relativně shodují, že kvalita života je dobrá.

Tabulka 15 Rozdíly v otázce 1 z hlediska doby vzniku zrakové vady

Vada (počet respondentů)	četnost	zanedbatelný	malý	ani malý, ani velký	velký	zásadní
vrozená (15)	Absolutní četnost	0	3	4	5	3
	Relativní četnost (%)	0%	20%	26,61%	33,33%	20%
získaná (24)	Absolutní četnost	0	3	6	9	6
	Relativní četnost (%)	0%	12,5%	25%	37,5%	25%

Graf 12 Rozdíly v otázce 1a z hlediska doby vzniku zrakové vady



Vrozená zraková vada má velký vliv na 33,33% respondentů (5 osob), ani malý, ani velký vliv zrakové vady pociťuje 26,67% (4 osoby) a 20% respondentů (3 osoby) pociťuje malý vliv zrakové vady a 20% respondentů (3 osoby) pociťuje vliv zásadní. Zanedbatelný vliv zrakové vady nepociťuje nikdo z dotazovaných.

Získaná zraková vada má u 37,5% respondentů (9 osob) velký vliv na hodnocení kvality života, 25% respondentů (6 osob) nepociťuje vliv zrakové vady jako ani malý, ani velký a 25% respondentů (6 osob) vnímá vliv zrakové vady zásadní. Celkem 12,5% (3 osoby) pociťuje vliv malý. Zanedbatelný vliv zrakové vady nepociťuje nikdo z dotazovaných.

Shrnutí otázky 1 a 1a

Z celkového hodnocení vyplívá, že kvalita života respondentů je dobrá, uvádí tak 55% respondentů, špatnou kvalitu života hodnotí 17,24% respondentů. I přesto, že je kvalita života hodnocena jako dobrá, vliv zrakové vady má na její hodnocení v 58,98% velký vliv a malý vliv pocítuje 15,38% respondentů.

Z hlediska pohlaví muži v 45,83% pocítují dobrou kvalitu života a v 25% špatnou, ženy v 61,47% hodnotí kvalitu života jako dobrou a v 11,76% jako špatnou. Ženy pocítují lepší kvalitu života než muži. Velký vliv zrakové vady na hodnocení kvality života uvádějí muži v 66,66% a malý vliv 5,56%, ženy vnímají velký vliv zrakové vady v 52,38% a malý v 23,81%. Vliv zrakové vady pocítují větší muži.

Respondenti ve věkové kategorii 20-40 let pocítují dobrou kvalitu života v 57,14% a špatnou v 9,52%, respondenti ve věku 40-65 let pocítují dobrou kvalitu života v 57,69% a špatnou v 15,38%, respondenti ve věku nad 65 let hodnotí kvalitu života jako dobrou v 45,45% a špatnou v 36,36%. Nejlepší kvalitu života pocítují jedinci ve věku 40-65 let. Velký vliv zrakové vady na hodnocení kvality života pocítují jedinci ve věku 20-40 let v 57,14% a malý vliv v 21,43%, respondenti ve věku 40-65 let pocítují velký vliv zrakové vady v 56,25% a malý v 18,75%, respondenti ve věku nad 65 let pocítují velký vliv zrakové vady v 66,67% a nikdo v této kategorii neuvádí žádný vliv zrakové vady, tedy 0%. Největší vliv zrakové vady na hodnocení kvality života pocítují jedinci ve věku 20-40 let.

Z hlediska doby vzniku zrakové vady jedinci s vrozenou zrakovou vadou hodnotí kvalitu života jako dobrou v 60% a jako špatnou v 16%, jedinci se získanou zrakovou vadou vnímají kvalitu života jako dobrou v 51,51% a špatnou v 18,18%. Lepší kvalitu života pocítují jedinci s vrozenou zrakovou vadou. Z hlediska vlivu zrakové vady pocítují jedinci s vrozenou vadou vliv velký v 53,33% a malý v 20%, jedinci se získanou vadou pocítují velký vliv v 62,5% a malý v 12,5%. Větší vliv zrakové vady na hodnocení kvality života pocítují jedinci se získanou zrakovou vadou.

10.2 Kvalita života a fyzické zdraví

Z otázek zaměřujících se na fyzické zdraví byla vybrána otázka číslo 17, která se zaměřuje na vykonávání každodenních aktivit a byla doplněna otázkou číslo 28 zaměřující se na to, jak je vykonávání každodenních aktivit ovlivněno zrakovou vadou jedince.

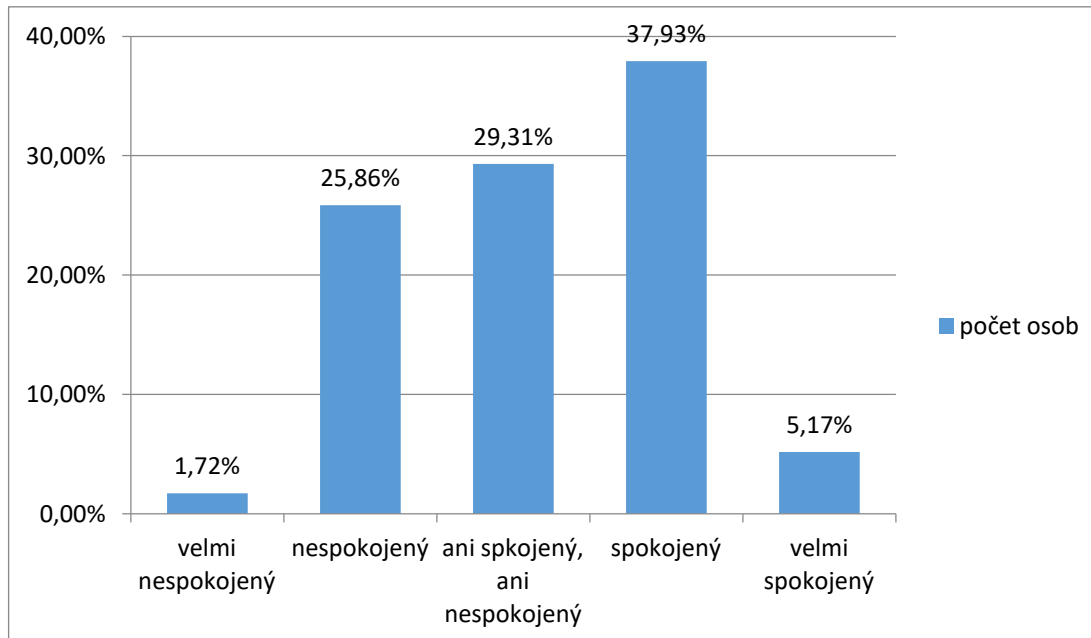
Otázka 17. Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?

Otázka 28. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení, jak jste schopen/na vykonávat každodenní aktivity?

Tabulka 16 Celkové hodnocení otázky 17

Respondenti (58)	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený, ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
Absolutní četnost	1	15	17	22	3
Relativní četnost (%)	1,72%	25,86%	29,31%	37,93%	5,17%

Graf 13 Celkové hodnocení otázky 17

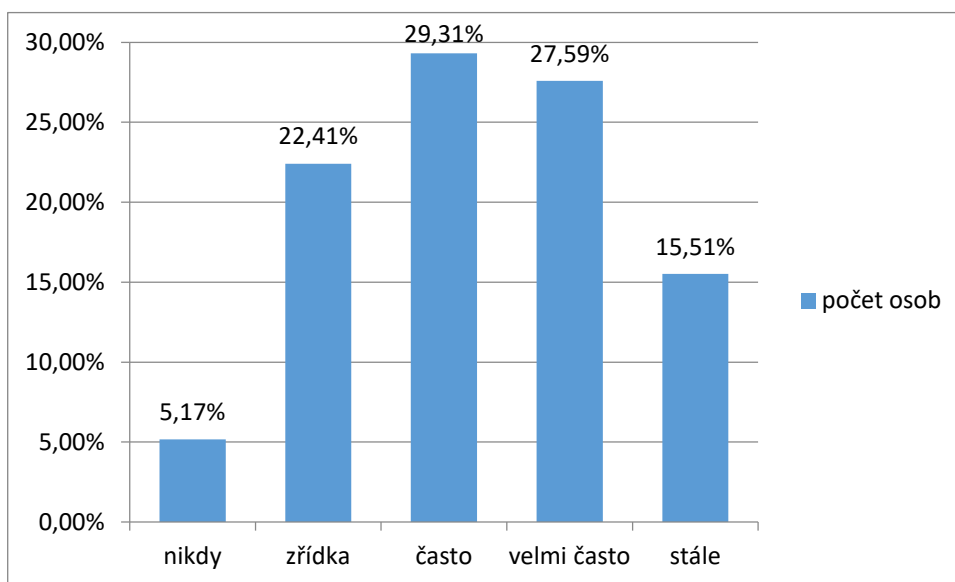


V celkovém hodnocení, jak jsou jedinci schopni vykonávat každodenní aktivity, odpovědělo 37,93% respondentů (22 osob), že jsou spokojeni, 29,31% (17 osob) nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni. Nespokojených respondentů je 25,86% (15 osob), velmi spokojeno je 5,17% (3 osoby) a nespokojeno s vykonáváním každodenních aktivit je 1,72% (1 osoba).

Tabulka 17 Celkové hodnocení otázky 28

Respondenti (58)	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
Absolutní četnost	3	13	17	16	9
Relativní četnost (%)	5,17%	22,41%	29,31%	27,59%	15,51%

Graf 14 Celkové hodnocení otázky 28

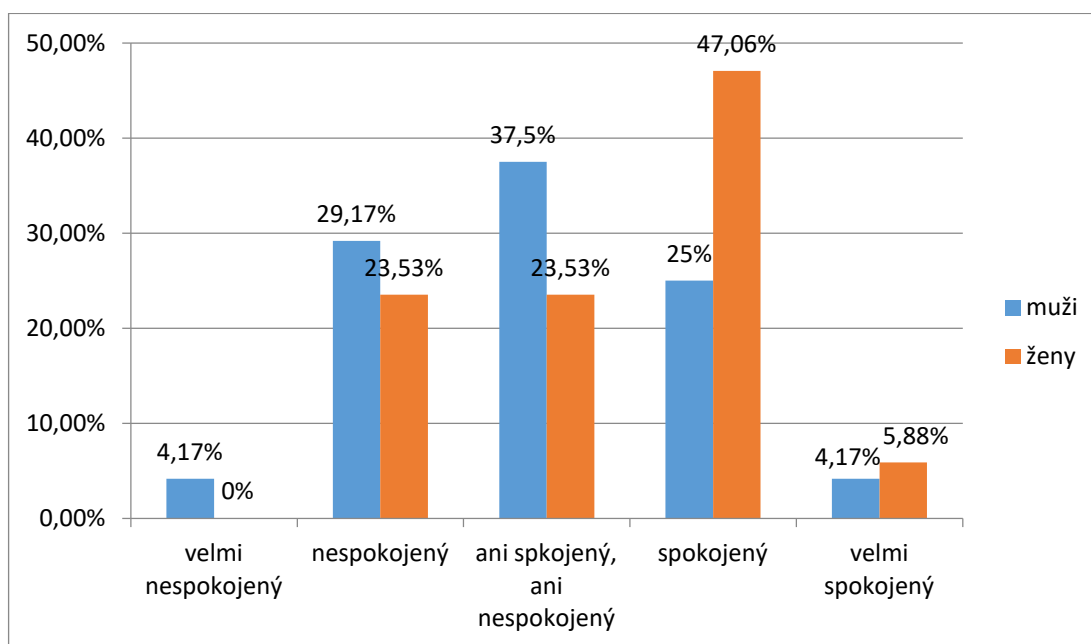


V hodnocení odpovědělo 29,31% (17 osob), že zrakové postižení často ovlivňuje jejich schopnost vykonávat každodenní aktivity. Velmi často ovlivňuje zraková vada 27,59% respondentů (16 osob), zřídka 22,41% respondentů (13 osob), stále 15,51% respondentů (9 osob) a nikdy 5,17% respondentů (3 osoby).

Tabulka 18 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 17

Pohlaví	četnost	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený, ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
Muži (24)	Absolutní četnost	1	7	9	6	1
	Relativní četnost (%)	4,17%	29,17%	37,5%	25%	4,17%
Ženy (34)	Absolutní četnost	0	8	8	16	2
	Relativní četnost (%)	0%	23,53%	23,53%	47,06%	5,88%

Graf 15 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 17



Celkem 37,5% mužů (9 osob) uvádí ani spokojenost, ani nespokojenost se schopností vykonávat každodenní aktivity, nespokojených je 29,17% (7 osob), spokojených je 25% (6 osob), velmi spokojených je 4,17% (1 osoba) a 4,17% (1 osoba) je velmi nespokojených.

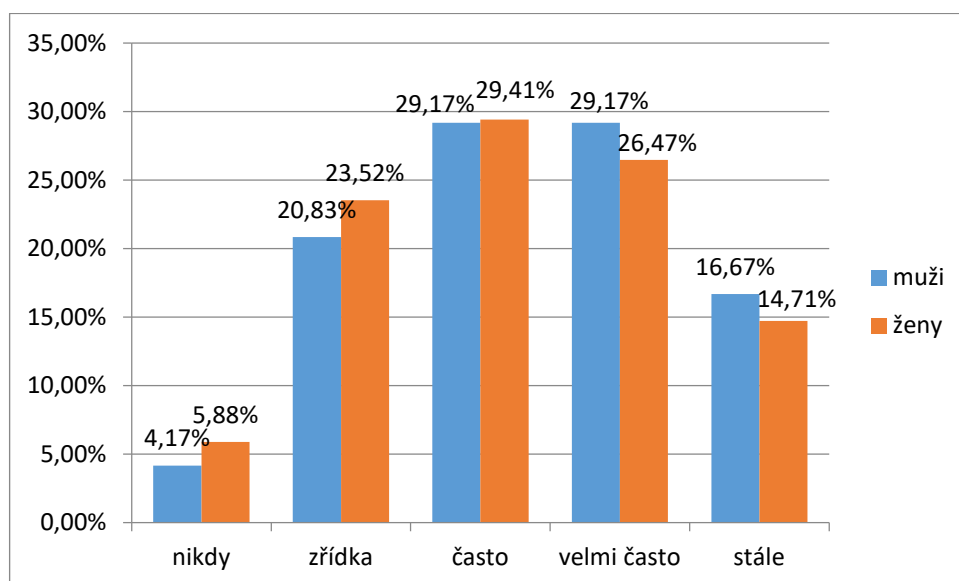
Ženy jsou s vykonáváním každodenních aktivit v 47,06 % spokojené (16 osob), ani nespokojených, ani spokojených je 23,52% (8 osob), nespokojených je 23,52% (8 osob) a velmi spokojených je 5,88% žen (2 osoby).

Ženy jsou se schopností vykonávat každodenní aktivity spokojené, za to muži jsou spíše nespokojení.

Tabulka 19 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 28

Pohlaví	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
Muži (24)	Absolutní četnost	1	5	7	7	4
	Relativní četnost (%)	4,17 %	20,83%	29,17%	29,17 %	16,67%
Ženy (34)	Absolutní četnost	2	8	10	9	5
	Relativní četnost (%)	5,88%	23,52%	29,41%	26,47%	14,71%

Graf 16 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 28



Muži v hodnocení vlivu zrakové vady na schopnost vykonávat každodenní aktivity odpovídají v 29,17% (7 osob), že často a v 29,17% (7 osob) velmi často. Zřídka je ovlivněno 20,83% (5 osob) mužů, stále je ovlivněno 16,67% (4 osoby) mužů, nikdy není ovlivněno 4,17% (1 osoba) mužů.

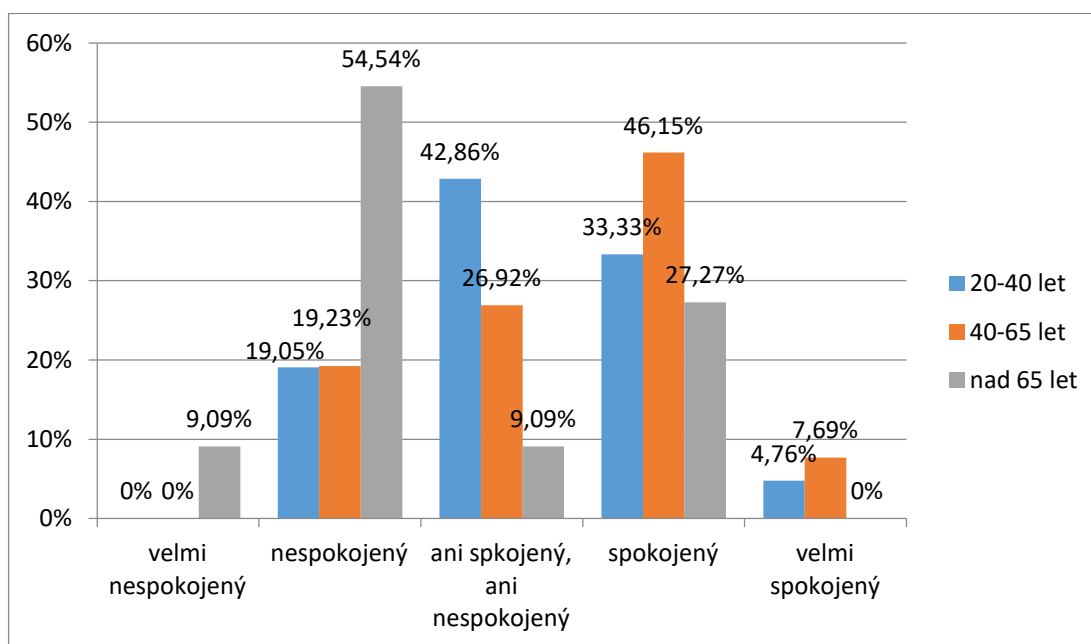
U 29,41% (10 osob) tázaných žen je často pocíťován vliv zrakové vady na vykonávání každodenních aktivit. Velmi často pocíťuje vliv zrakové vady na vykonávání každodenních aktivit 26,47% žen (9 osob), zřídka pocíťuje vliv 23,52% žen (8 osob), stále pocíťuje vliv 14,71% žen (5 osob) a nikdy nepocíťuje vliv 5,88% žen (2 osoby).

Vyhodnocení ukazuje, že ženy jsou ovlivněny často a muž často až velmi často.

Tabulka 20 Rozdíly v hodnocení otázky 17 dle věkových skupin

Věk (počet respondentů)	četnost	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený, ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
20-40 let (21)	Absolutní četnost	0	4	9	7	1
	Relativní četnost (%)	0%	19,05%	42,86%	33,33%	4,76%
40-65 let (26)	Absolutní četnost	0	5	7	12	2
	Relativní četnost (%)	0%	19,23%	26,92%	46,15%	7,69%
nad 65 let (11)	Absolutní četnost	1	6	1	3	0
	Relativní četnost (%)	9,09%	54,54%	9,09%	27,27%	0%

Graf 17 Rozdíly v hodnocení otázky 17 dle věkových skupin



Respondenti ve věku 20-40 let nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni v 42,86% (9 osob) se svou schopností vykonávat každodenní aktivity. Spokojených je 33,33% (7 osob), nespokojených je 19,05% (4 osoby), velmi spokojených je 4,76% (1 osoba) a velmi nespokojený není nikdo z dotazovaných.

Respondenti ve věkové kategorii 40-65 let jsou spokojeni v 46,15% (12 osob) se svou schopností vykonávat každodenní aktivity. Ani spokojených, ani nespokojených respondentů je 26,92% (7 osob), nespokojených je 19,23% (5 osob), velmi spokojených je 7,69% (2 osoby), velmi nespokojený není nikdo z respondentů v dané věkové kategorii.

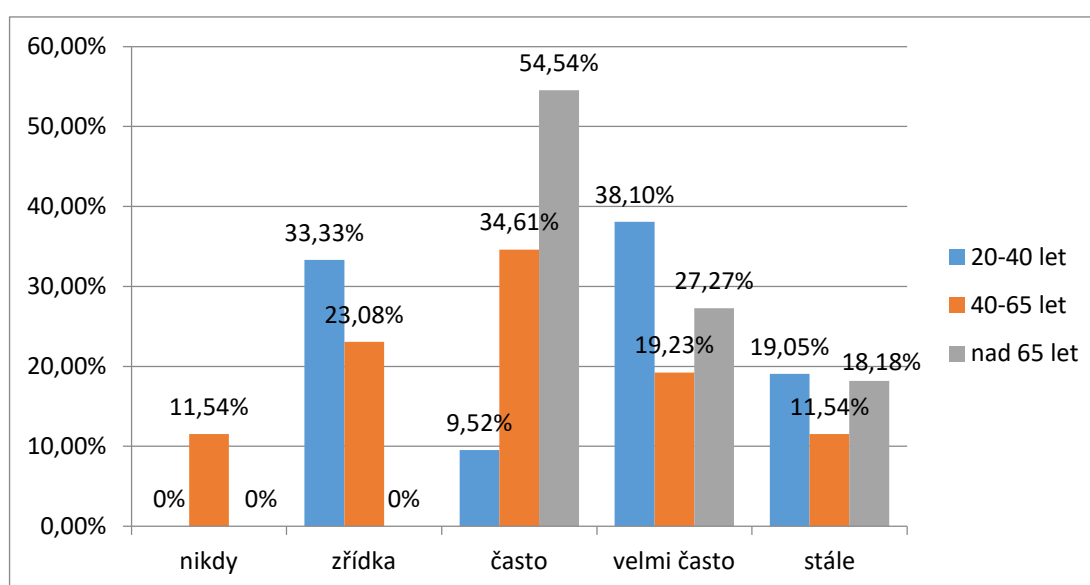
Věková kategorie nad 65 let je v nadpoloviční míře nespokojená se schopností vykonávat každodenní aktivity. Celkem 54,54% respondentů (6 osob) uvádí nespokojenost. Spokojených respondentů je 27,27% (3 osoby), ani spokojených, ani nespokojených je 9,09% (1 osoba) a velmi nespokojených je 9,09% (1 osoba). Žádný z respondentů není velmi spokojený.

Nejnespokojenější z respondentů je věková kategorie 40-65 let se schopností vykonávat každodenní aktivity jsou nespokojeni respondenti ve věku nad 65 let.

Tabulka 21 Rozdíly v hodnocení otázky 28 dle věkových skupin

Věk (počet respondentů)	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
20-40 let (21)	Absolutní četnost	0	7	2	8	4
	Relativní četnost (%)	0%	33,33%	9,52%	38,10%	19,05%
40-65 let (26)	Absolutní četnost	3	6	9	5	3
	Relativní četnost (%)	11,54%	23,08%	34,61%	19,23%	11,54%
nad 65 let (11)	Absolutní četnost	0	0	6	3	2
	Relativní četnost (%)	0%	0%	54,54%	27,27%	18,18%

Graf 18 Rozdíly v hodnocení otázky 28 dle věkových skupin



Respondenti ve věku 20-40 let vnímají velmi často vliv zrakového postižení na vykonávání každodenních aktivit v 38,10% (8 osob), 33,33% respondentů (7 osob) vnímá vliv zrakového postižení zřídka, 19,05% respondentů (4 osoby) uvádí stálý vliv zrakové vady na vykonávání každodenních aktivit, 9,52% respondentů (2 osoby) uvádí častý vliv a nikdy neovlivňuje zraková vada žádného z respondentů.

Respondenti ve věku 40-65 let často v 34,61% (9 osob) pociťují vliv zrakového postižení na vykonávání každodenních aktivit. Zřídka pociťuje vliv 23,08% respondentů (6 osob), velmi často pociťuje vliv 19,23% respondentů (5 osob), nikdy nepociťuje vliv 11,54% respondentů (3 osoby) a stále 11,54% respondentů (3 osoby).

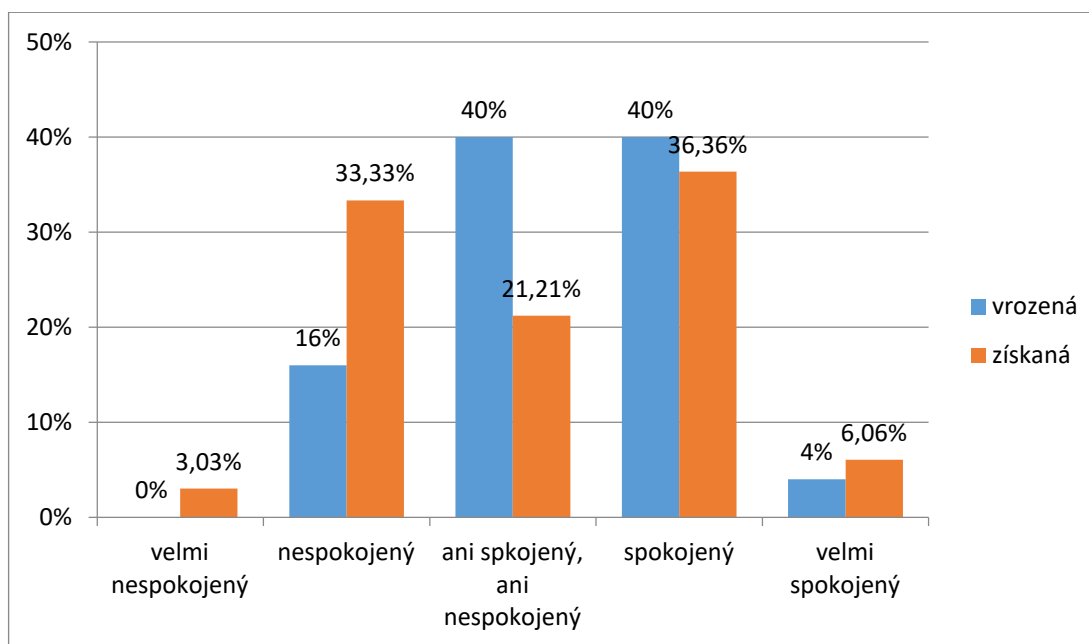
Respondenti nad 65 let v nadpolovičním množství 54,54% (6 osob) pociťují častý vliv zrakové vady na vykonávání každodenních aktivit, velmi často pociťuje vliv 27,27% respondentů (3 osoby) a stále pociťuje vliv 18,18% respondentů (2 osoby). Nikdy a zřídka nepociťuje vliv zrakové vady nikdo z dotazovaných.

Zrakovou vadou jsou vždy ovlivněni respondenti ve věkové kategorii nad 65 let, věková kategorie respondentů 20-40 let je ovlivněna velmi často a často je ovlivněna věková kategorie 40-65 let.

Tabulka 22 Rozdíly v otázce 17 z hlediska doby vzniku zrakové vady

Vada (počet respondentů)	četnost	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený, ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
vrozená (25)	Absolutní četnost	0	4	10	10	1
	Relativní četnost (%)	0%	16%	40%	40%	4%
získaná (33)	Absolutní četnost	1	11	7	12	2
	Relativní četnost (%)	3,03%	33,33%	21,21%	36,36%	6,06%

Graf 19 Rozdíly v otázce 17 z hlediska doby vzniku zrakové vady



Jedinci s vrozenou vadou jsou v 40% (10 osob) spokojeni a v 40% (10 osob) ani spokojeni, ani nespokojeni se schopností vykonávat každodenní aktivity, 16% respondentů (4 osoby) je nespokojených a velmi spokojených je 4% (1 osoba). Velmi nespokojen není nikdo z dotazovaných

Respondenti se získanou zrakovou vadou jsou v 36,36% (12 osob) spokojeni se schopností vykonávat každodenní aktivity, v 33,33% (11 osob) jsou nespokojeni,

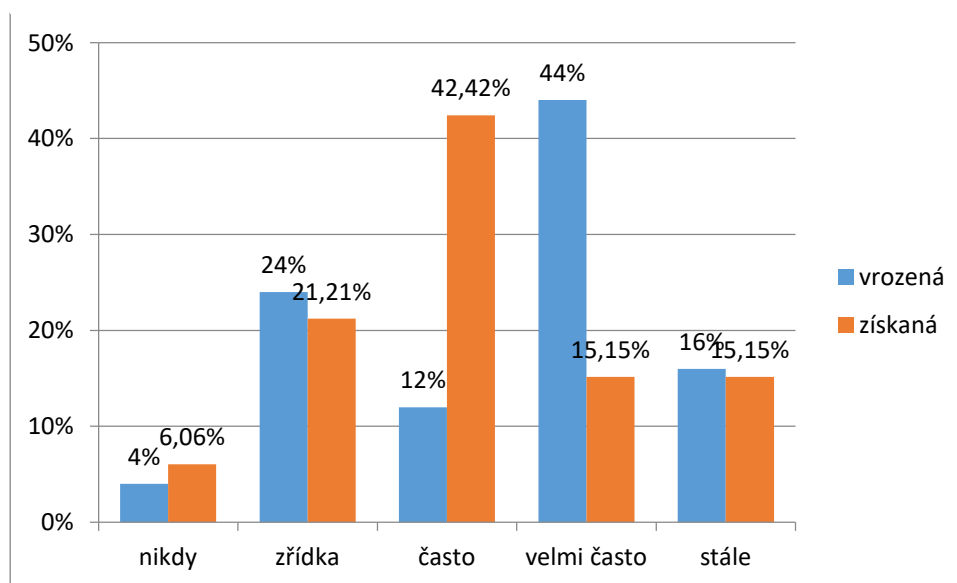
v 21,21% (7 osob) nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni. Velmi spokojeno je 6,06% respondentů (2 osoby) a velmi nespokojených je 3,03% (1 osoba).

Z hodnot odpovědí zjišťujeme, že jedinci s vrozenou vadou jsou spíše spokojeni a jedinci se získanou vadou nespokojeni.

Tabulka 23 Rozdíly v otázce 28 z hlediska doby vzniku zrakové vady

Vada (počet respondentů)	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
vrozená (25)	Absolutní četnost	1	6	3	11	4
	Relativní četnost (%)	4%	24%	12%	44%	16%
získaná (33)	Absolutní četnost	2	7	14	5	5
	Relativní četnost (%)	6,06%	21,21%	42,42%	15,15%	15,15%

Graf 20 Rozdíly v otázce 28 z hlediska doby vzniku zrakové vady



Celkem 44% (11 osob) respondentů s vrozenou vadou velmi často vnímá vliv zrakového postižení na vykonávání každodenních aktivit, 24% respondentů (6 osob) vnímá vliv zřídka, 16% respondentů (4 osoby) stále vnímání vliv zrakové vady, 12% respondentů (3 osoby) vnímá vliv často a 4% respondentů (1 osoba) nikdy nepocítla vliv zrakového postižení na vykonávání každodenních aktivit.

Respondenti se získanou zrakovou vadou pocítují vliv zrakové vady na vykonávání každodenních činností často, a to v 42,42% (14 osob), zřídka pocítuje vliv 21,21% (7 osob), velmi často pocítuje vliv zrakové vady 15,15% (5 osob) a stále pocítuje vliv zrakové vady 15,15% (5 osob). Nikdy nepocítlo vliv zrakové vady 6,06% (2 osoby).

Na vykonávání každodenních aktivit respondenti s vrozenou vadou vnímají vliv zrakové vady častěji než respondenti se získanou zrakovou vadou.

Shrnutí otázky 17 a 28

Celkem 43,1% respondentů uvádí spokojenost s vykonáváním každodenních aktivit a nespokojenost uvádí 27,58% respondentů. Zraková vada je v tomto směru ovlivňuje často a to v 72,41% a zraková vada neovlivňuje ve vykonávání každodenních aktivit 27,41% respondentů.

Z hlediska pohlaví uvádějí muži v 33,34% nespokojenost a v 29,17% spokojenost. Ženy jsou v 52,94% spokojené a v 23,53% nespokojené. Z hodnocení schopnosti vykonávat každodenní aktivity vyplývá, že ženy jsou spokojené a muži nespokojení. Vliv zrakové vady pocítují muži v 75,25% a nepocítuje vliv 25%, ženy pocítují vliv zrakové vady v 70,59% a v 29,4% nepocítují vliv zrakové vady. Z hodnocení vlivu zrakové vady na schopnost vykonávat každodenní aktivity pocítují větší vliv muži.

Jedinci ve věku 20-40 let jsou spokojeni se schopností vykonávat každodenní aktivity v 38,09% a v 19,05% jsou nespokojeni. Jedinci ve věku 40-65 let jsou v 53,84% spokojeni a v 19,23% jsou nespokojeni. Jedinci ve věku nad 65 let jsou v 63,63% nespokojeni a v 27,27% jsou spokojeni. Nejvíce spokojeni jsou jedinci ve věkové kategorii 40-65 let a nespokojeni se schopností vykonávat každodenní aktivity jsou jedinci ve věku nad 65 let. Schopnost vykonávat každodenní aktivity je zrakovou vadou u věkové kategorie 20-40 let ovlivněna v 66,67% a není ovlivněna v 33,33%. Věková kategorie 40-65 let nepocítuje vliv zrakové vady 34,62% a vliv vady pocítuje 65,38%, věková kategorie respondentů nad 65 let pocítuje vliv zrakové vady vždy v 100%, žádný vliv zrakové vady na schopnost vykonávat každodenní aktivity nepocítuje nikdo z kategorie nad 65 let, tedy 0%. Největší vliv zrakové vady pocítuje věková kategorie nad 65 let a věková kategorie 20-40 let pocítuje vliv zrakové vady na schopnost vykonávat každodenní aktivity jako nejmenší.

Z hlediska doby vzniku zrakové vady jsou jedinci s vrozenou vadou v 44% spokojeni se schopností vykonávat každodenní aktivity a nespokojeni v 16%. Jedinci se získanou zrakovou vadou jsou spokojeni v 42,42% a nespokojeni v 36,36%. Se schopností vykonávat každodenní aktivity jsou více spokojeni jedinci s vrozenou zrakovou vadou. Vliv zrakové vady pocítují jedinci s vrozenou vadou v 72%, a v 28% nepocítují vliv zrakové vady. Jedinci se získanou zrakovou vadou pocítují její vliv

často v 72,72% a v 27,27% nepocítují vliv zrakové vady na vykonávání každodenních aktivit. Větší vliv vady tedy pocítují jedinci se získanou zrakovou vadou.

10.3 Kvalita života a prožívání

Další složkou hodnocení kvality života je prožívání, tedy psychická stránka člověka, která může být zrakovou vadou ovlivněna. Vybraná otázka 26 se zaměřuje na vnímání negativních pocitů a doplňující otázka 26a zkoumá jak velký vliv má zraková vada na prožívání negativních pocitů.

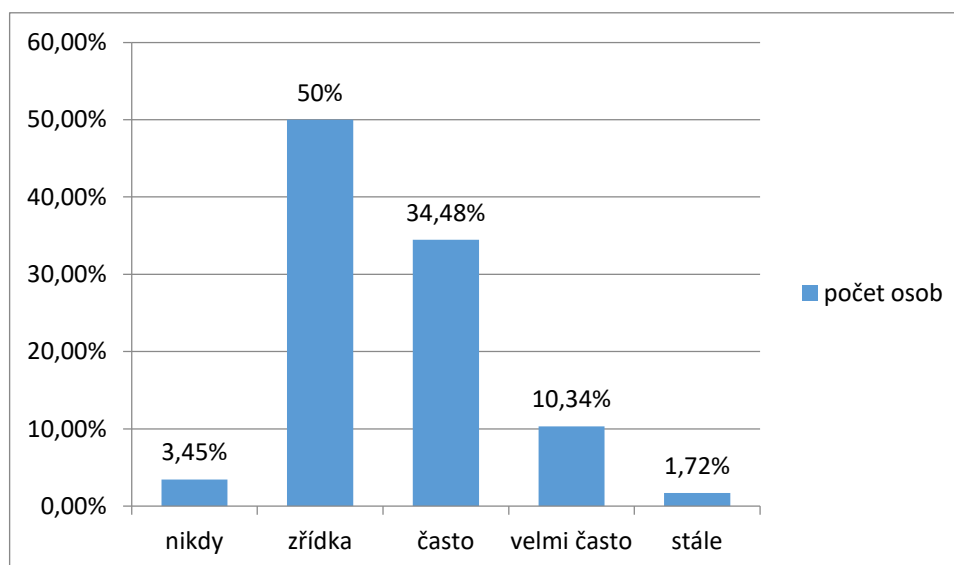
Otázka 26. Jak často jste měl/a negativní pocity, jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?

Otázka 26a. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení negativně Vaše prožívání (pocity, náladu)?

Tabulka 24 Celkové hodnocení otázky 26

Respondenti (58)	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
Absolutní četnost	2	29	20	6	1
Relativní četnost (%)	3,45%	50%	34,48%	10,34%	1,72%

Graf 21 Celkové hodnocení otázky 26

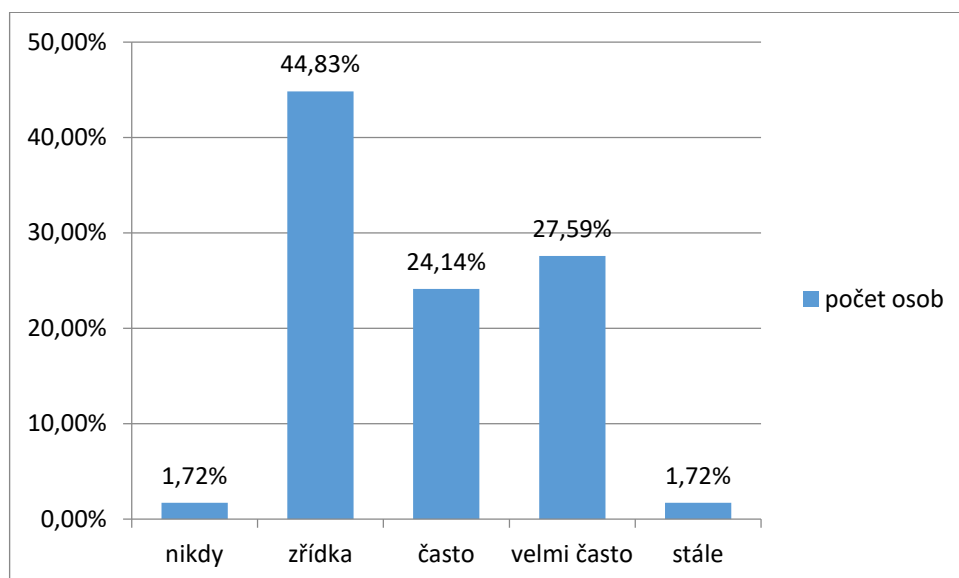


Polovina respondentů, 50% (29 osob) zřídka kdy prožívá negativní pocity, často prožívá negativní pocity 34,48% respondentů (20 osob), 10,34% respondentů (6 osob) velmi často prožívá negativní pocity, nikdy neprožívá negativní pocity 3,45% (2 osoby) a 1,72% (1 osoba) prožívá negativní pocity stále.

Tabulka 25 Celkové hodnocení otázky 26a

Respondenti (58)	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
Absolutní četnost	1	26	14	16	1
Relativní četnost (%)	1,72%	44,83%	24,14%	27,59%	1,72%

Graf 22 Celkové hodnocení otázky 26a

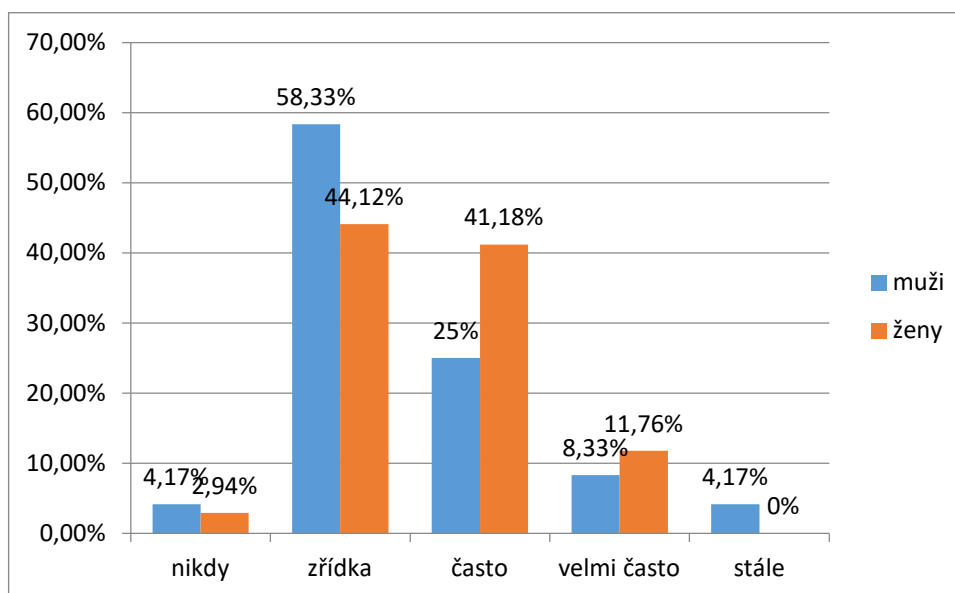


Zraková vada má u 44,83% respondentů (26 osob) zřídka kdy vliv na prožívání, velmi často má vliv na 27,59% respondentů (16 osob), často vnímá vliv zrakové vady 24,14% respondentů (14 osob), 1,72% (1 osoba) vnímá vliv zrakové vady na prožívání negativních pocitů stále a 1,72% (1 osoba) nikdy nevnímá vliv zrakové vady.

Tabulka 26 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 26

Pohlaví	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
Muži (24)	Absolutní četnost	1	14	6	2	1
	Relativní četnost (%)	4,17%	58,33%	25%	8,33%	4,17%
Ženy (34)	Absolutní četnost	1	15	14	4	0
	Relativní četnost (%)	2,94%	44,12%	41,18%	11,76%	0%

Graf 23 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 26



U nadpoloviční většiny mužů, v 58,33% (14 osob) se zřídka objevuje negativní prožívání, v 25% (6 osob) muži často prožívají negativní pocity, 8,33% mužů (2 osoby) velmi často prožívají negativní pocity, nikdy nezaznamenalo negativní prožívání 4,17% (1 osoba) a 4,17% (1 osoba) stále prožívá negativní pocity.

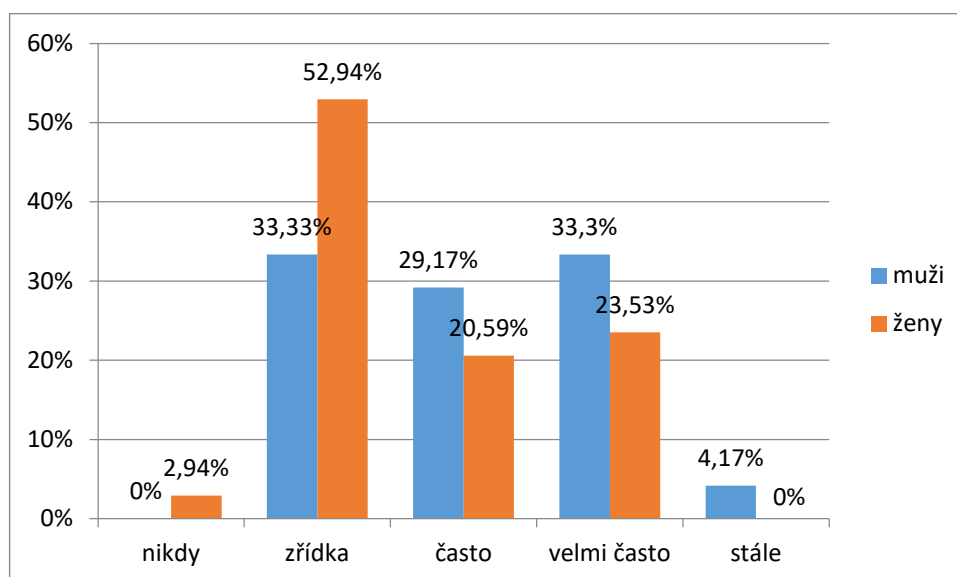
Ženy v 44,12% (15 osob) zřídka kdy prožívají negativní pocity, v 41,18% (14 osob) často prožívají negativní pocity, v 11,76% (4 osoby) velmi často a v 4,17% (1 osoba) ženy nikdy nepocítují negativní pocity. Stále negativní pocity nepocítuje žádná z dotazovaných.

Negativní pocity častěji ovlivňují ženy, muži prožívají negativní pocity zřídka.

Tabulka 27 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 26a

Pohlaví	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
Muži (24)	Absolutní četnost	0	8	7	8	1
	Relativní četnost (%)	0%	33,33%	29,17%	33,33%	4,17%
Ženy (34)	Absolutní četnost	1	18	7	8	0
	Relativní četnost (%)	2,94%	52,94%	20,59%	23,53%	0%

Graf 24 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 26a



Negativní pocity u mužů jsou zrakovou vadou způsobeny v 33,33% (8 osob) velmi často a v 33,33% (8 osob) jsou navozeny zřídka. Často jsou vnímány v 29,17% (7 osob), stále vnímá negativní pocity díky zrakové vadě 4,17% (1 osoba), nikdo z dotazovaných nikdy nepocítil, že by zraková vada navozovala negativní pocity.

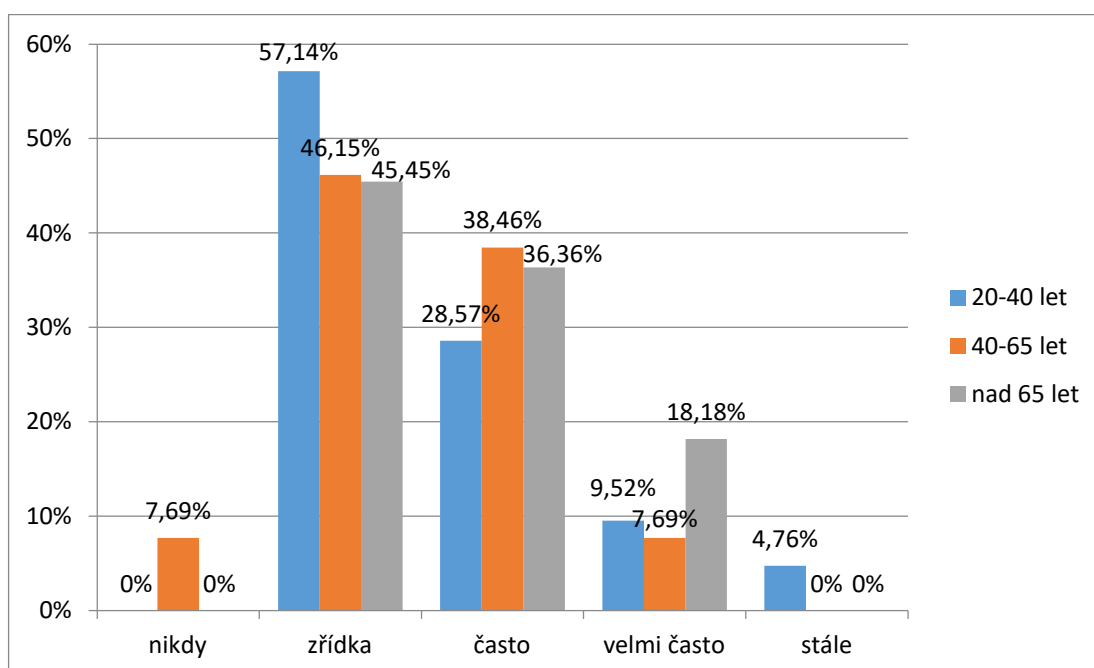
Ženy vnímají v 52,94% (18 osob) vliv zrakové vady na prožívání zřídka. Velmi často vnímá vliv 23,53% (8 osob), často vnímá 20,59% žen (7 osob), zrakovou vadou nebylo nikdy ovlivněno prožívání 2,94% žen (1 osoba). Stále prožívání negativních pocitů není u žen navozeno zrakovou vadou.

Muži pocítují větší vliv zrakové vady na prožívání, zato ženy pocítují vliv zrakové vady na prožívání převážně zřídka.

Tabulka 28 Rozdíly v hodnocení otázky 26 dle věkových skupin

Věk (počet respondentů)	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
20-40 let (21)	Absolutní četnost	0	12	6	2	1
	Relativní četnost (%)	0%	57,14%	28,57%	9,52%	4,76%
40-65 let (26)	Absolutní četnost	2	12	10	2	0
	Relativní četnost (%)	7,69%	46,15%	38,46%	7,69%	0%
nad 65 let (11)	Absolutní četnost	0	5	4	2	0
	Relativní četnost (%)	0%	45,45%	36,36%	18,18%	0%

Graf 25 Rozdíly v hodnocení otázky 26 dle věkových skupin



Negativní pocity ve věkové kategorii 20-40 let zřídka kdy prožívá 57,14% (12 osob), 28,57% (6 osob) prožívá negativní pocity často, 9,52% (2 osoby) prožívají negativní pocity velmi často, stále je pociťuje 4,76% (1 osoba). Nikdy negativní pocity nepociťoval žádný z dotazovaných.

Respondenti ve věkové kategorii 40-65 let zřídka pociťují negativní pocity v 46,15% (12 osob), často je vnímá 38,46% (10 osob), velmi často pociťuje negativní pocity 7,69% (2 osoby) a nikdy je nepociťuje 7,69% (2 osoby). Stále negativní pocity neprožívá nikdo.

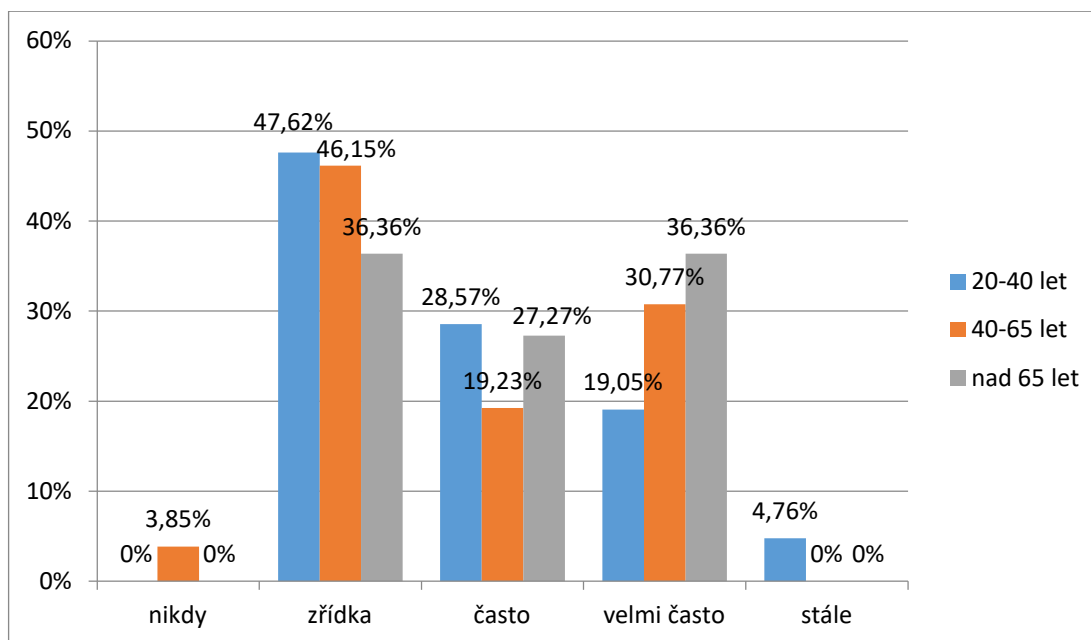
Respondenti ve věkové kategorii nad 65 let v 45,45% (5 osob) prožívají negativní pocity zřídka. V 36,36% (4 osoby) uvádějí časté prožívání negativních pocitů, v 18,18% (2 osoby) uvádějí velmi časté prožívání negativních pocitů. Nikdy a stále prožívání neuvedl nikdo z dotazovaných.

Ve věkových kategoriích se neprojevil výrazný rozdíl v hodnocení prožívání negativních pocitů. Všechny kategorie vnímají negativní pocity zřídka.

Tabulka 29 Rozdíly v hodnocení otázky 26a dle věkových skupin

Věk (počet respondentů)	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
20-40 let (21)	Absolutní četnost	0	10	6	4	1
	Relativní četnost (%)	0%	47,62%	28,57%	19,05%	4,76%
40-65 let (26)	Absolutní četnost	1	12	5	8	0
	Relativní četnost (%)	3,85%	46,15%	19,23%	30,77%	0%
nad 65 let (11)	Absolutní četnost	0	4	3	4	0
	Relativní četnost (%)	0%	36,36%	27,27%	36,36%	0%

Graf 26 Rozdíly v hodnocení otázky 26a dle věkových skupin



U věkové kategorie 20-40 let je v 47,62% (10 osob) zřídka ovlivněno prožívání zrakovou vadou, v 28,57% (6 osob) je prožívání často ovlivněno zrakovou vadou, v 19,05% (4 osoby) je prožívání ovlivněno velmi často, v 4,76% (1 osoba) je prožívání ovlivněno zrakovou vadou stále. Žádný z respondentů není nikdy ovlivněn zrakovou vadou v jeho prožívání.

Věková kategorie 40-65 let hodnotí vliv zrakové vady na prožívání negativních pocitů v 46,15% (12 osob) zřídka, velmi často vnímá vliv 30,77% (8 osob), často vnímá vliv 19,23% (5 osob), nikdy nepocítilo vliv zrakové vady 3,85% (1 osoba) a stálý vliv zrakové vady na prožívání negativních pocitů nepocítuje nikdo.

Věková kategorie nad 65 let hodnotí v 36,36% (4 osoby) vliv zrakové vady na prožívání jako velmi častý a v 36,36% (4 osoby) hodnotí vliv zrakové vady na prožívání

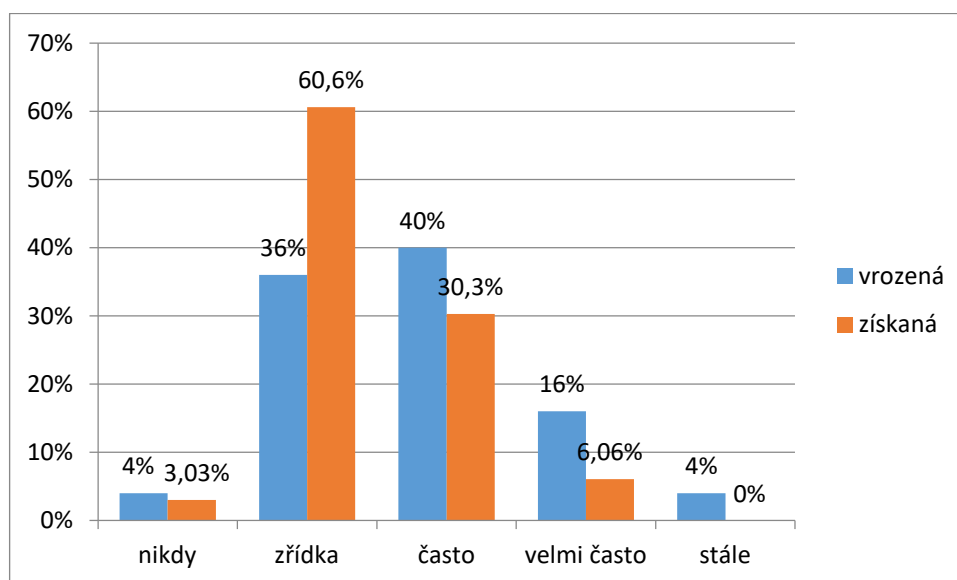
zřídka. Často pak vnímá vliv zrakové vady 27,27% (3 osoby), nikdy a stále neuvedl nikdo z dotazovaných.

U věkové kategorie 20-40 let je vliv zrakové vady na prožívání vnímán jen zřídka, ale u věkové kategorie 40-65 let a kategorie nad 65 let je vnímán častěji.

Tabulka 30 Rozdíly v otázce 26 z hlediska doby vzniku zrakové vady

Vada (počet respondentů)	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
vrozená (25)	Absolutní četnost	1	9	10	4	1
	Relativní četnost (%)	4%	36%	40%	16%	4%
získaná (33)	Absolutní četnost	1	20	10	2	0
	Relativní četnost (%)	3,03%	60,6%	30,3%	6,06%	0%

Graf 27 Rozdíly v otázce 26 z hlediska doby vzniku zrakové vady



Respondenti s vrozenou zrakovou vadou prožívají negativní pocity často v 40% (10 osob), v 36% (9 osob) zřídka, v 16% (4 osoby) velmi často, nikdy 4% (1 osoba) a stále prožívání negativních pocitů uvedlo 4% respondentů (1 osoba).

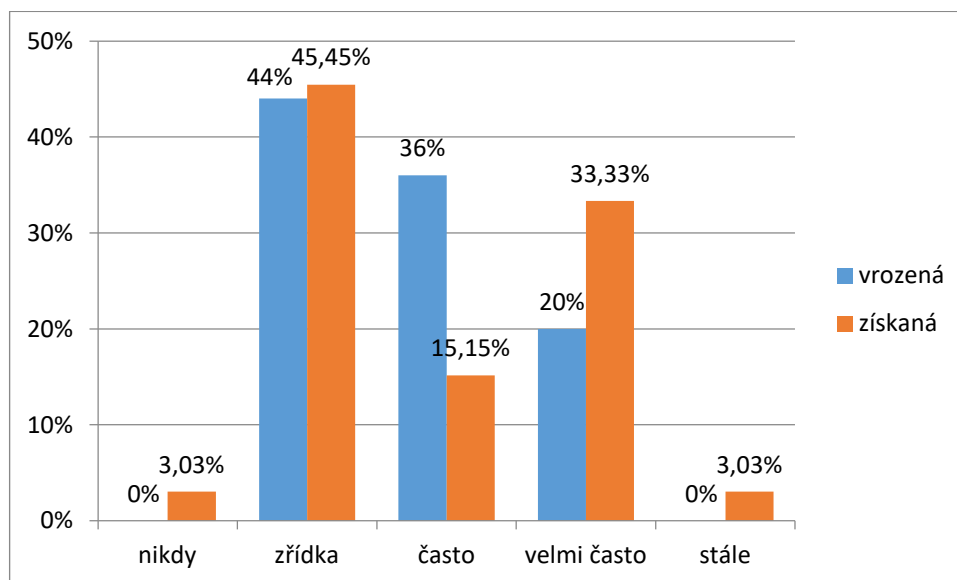
Respondenti se získanou zrakovou vadou v nadpoloviční většině v 60,6% (20 osob) prožívá negativní pocity zřídka, v 30,3% (10 osob) často, v 6,06% (2 osoby) velmi často, v 3,03% (1 osoba) nikdy a stále prožívání negativních pocitů neuvedl nikdo.

Jedinci se získanou vadou prožívají negativní pocity zřídka, jedinci s vrozenou zrakovou vadou je prožívají častěji.

Tabulka 31 Rozdíly v otázce 26a z hlediska doby vzniku zrakové vady

Vada (počet respondentů)	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
vrozená (25)	Absolutní četnost	0	11	9	5	0
	Relativní četnost (%)	0%	44%	36%	20%	0%
získaná (33)	Absolutní četnost	1	15	5	11	1
	Relativní četnost (%)	3,03%	45,45%	15,15%	33,33%	3,03%

Graf 28 Rozdíly v otázce 26a z hlediska doby vzniku zrakové vady



Respondenti s vrozenou zrakovou vadou jsou v prožívání negativních pocitů zrakovou vadou v 44% (11 osob) ovlivněni zřídka, v 36% (9 osob) často, v 20% (5 osob) velmi často. Nikdy a stále není zrakovou vadou v prožívání ovlivněn nikdo z dotazovaných.

Respondenti se získanou zrakovou vadou jsou v 45,45% (15 osob) ovlivněni v prožívání zrakovou vadou zřídka, v 33,33% (11 osob) velmi často, v 15,15% (5 osob) často, v 3,03% (1 osoba) jsou jedinci ovlivněni stále a v 3,03% (1 osoba) nikdy.

U obou kategorií má zraková vada malý vliv na prožívání negativních pocitů.

Shrnutí otázky 26 a 26a

Celkově je vnímání negativních pocitů, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost či deprese pocíťováno v 53,45% u jedinců zřídka, často jsou tyto pocity vnímány v 46,54%. Tyto pocity jsou ovlivněny zrakovou vadou zřídka v 46,55% a často v 53,45%. V dílčích kategoriích jsou znatelné rozdíly.

Muži pocíťují negativní pocity zřídka v 62,5% a často v 37,5%. Ženy pocíťují negativní pocity často v 52,94%, zřídka v 47,06%. Muži mají tedy lepší kvalitu života,

protože negativní prožívání pociťují méně než ženy. Vliv zrakové vady na prožívání má často vliv na muže v 66,67% a zřídka v 33,33%. Ženy vnímají vliv zrakové vady na negativní pocity zřídka v 55,88% a často v 44,12%. Muži vnímají vliv zrakové vady na prožívání negativních pocitů častěji.

Jedinci ve věku 20-40 let vnímají zřídka negativní pocity v 57,14% a často v 39,85%. Věková kategorie 40-65 let vnímá negativní pocity zřídka v 53,84% a často v 46,1%. Věková kategorie nad 65 let vnímá negativní pocity často v 54,51% a zřídka tyto pocity vnímá 45,45%. Nejlepší kvalitu života z hlediska prožívání negativních pocitů mají jedinci ve věkové kategorii 20-40 let, protože je pociťují nejméně často. Z hlediska vlivu zrakové vady na prožívání negativních pocitů na kategorii 20-40 let má často vliv v 52,38% a zřídka vliv v 47,62%. Na věkovou kategorii 40-65 let má zřídka vliv v 50% a často v 50%. Na věkovou kategorii nad 65 let má zraková vada vliv často v 63,63% a zřídka v 36,36%. Nejčastěji zraková vada ovlivňuje prožívání u jedinců ve věkové kategorii nad 65 let

Jedinci s vrozenou zrakovou vadou v 60% často vnímají negativní pocity, zřídka negativní pocity vnímá 40%. Jedinci se získanou zrakovou vadou zřídka vnímají negativní pocity v 63,63% a často je vnímá 36,36% respondentů se získanou vadou. Jedinci se získanou zrakovou vadou prožívají negativní pocity méně často. Z hlediska vlivu zrakové vady na prožívání negativních pocitů hodnotí jedinci s vrozenou zrakovou vadou velký vliv v 56% a malý vliv v 44%, jedinci se získanou zrakovou vadou hodnotí vliv malý v 48,48% a velký v 51,21%. Větší vliv zrakové vady pociťují jedinci s vrozenou zrakovou vadou.

10.4 Kvalita života a sociální vztahy

Z oblasti sociálních vztahů je vybrána zástupná otázka zaměřující se na osobní vztahy jedince. Jedinec nevidomý či jedinec s těžkým zrakovým postižením má určitá omezení v navazování nových vztahů, proto v otázce 20 vyhodnotíme, jak jsou dotazovaní jedinci spokojeni se svými osobními vztahy a v otázce 32, jak zraková vada ovlivňuje kvalitu těchto vztahů.

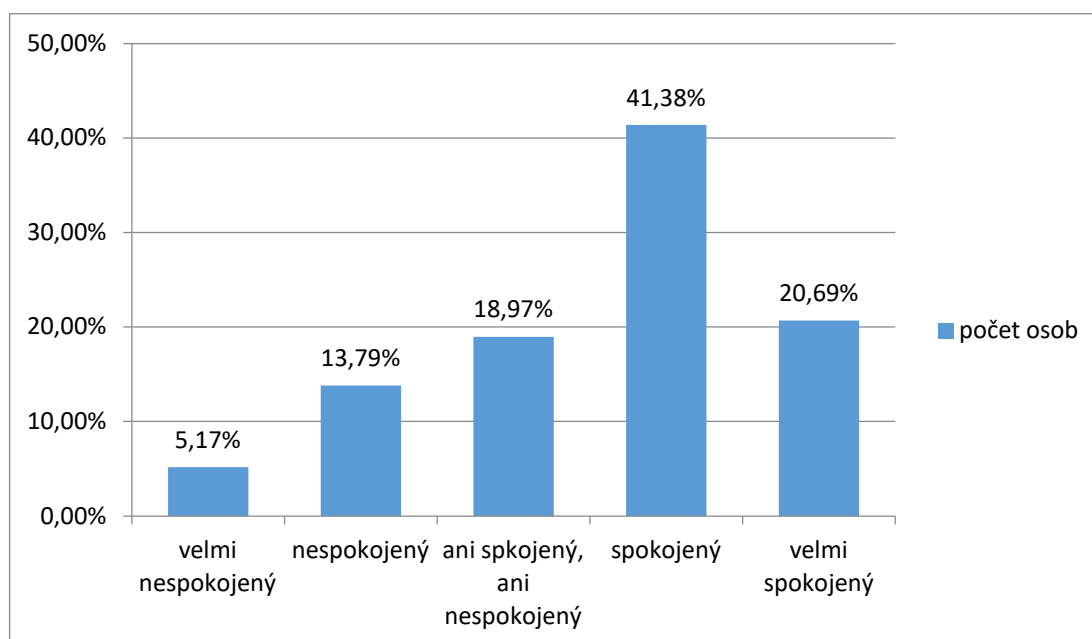
Otázka 20. Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?

Otázka 32. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení kvalitu Vašich vztahů?

Tabulka 32 Celkové hodnocení otázky 20

Respondenti (58)	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený, ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
Absolutní četnost	3	8	11	24	12
Relativní četnost (%)	5,17%	13,79%	18,97%	41,38%	20,69%

Graf 29 Celkové hodnocení otázky 20

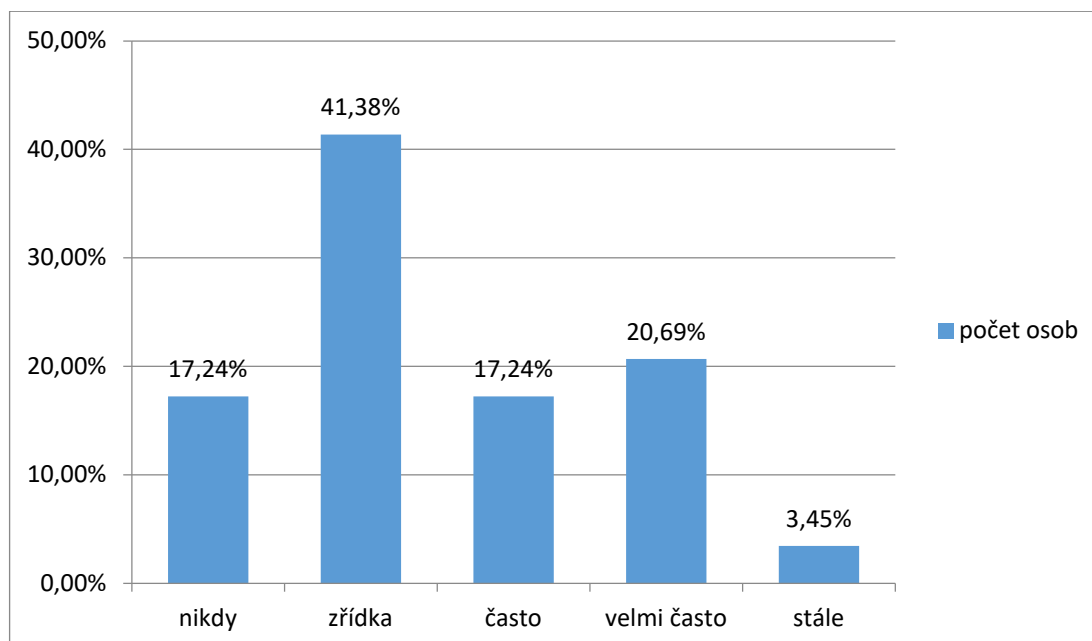


Spokojenost se svými osobními vztahy uvádí 41,38% (24 osob), velmi spokojených je 20,69% (12 osob), ani spokojený, ani nespokojených s osobními vztahy je 18,97% (11 osob), nespokojenost s osobními vztahy uvádí 13,79% (8 osob), velmi nespokojených s osobními vztahy je 5,17% respondentů (3 osoby).

Tabulka 33 Celkové hodnocení otázky 32

Respondenti (58)	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
Absolutní četnost	10	24	10	12	2
Relativní četnost (%)	17,24%	41,38%	17,24%	20,69%	3,45%

Graf 30 Celkové hodnocení otázky 32

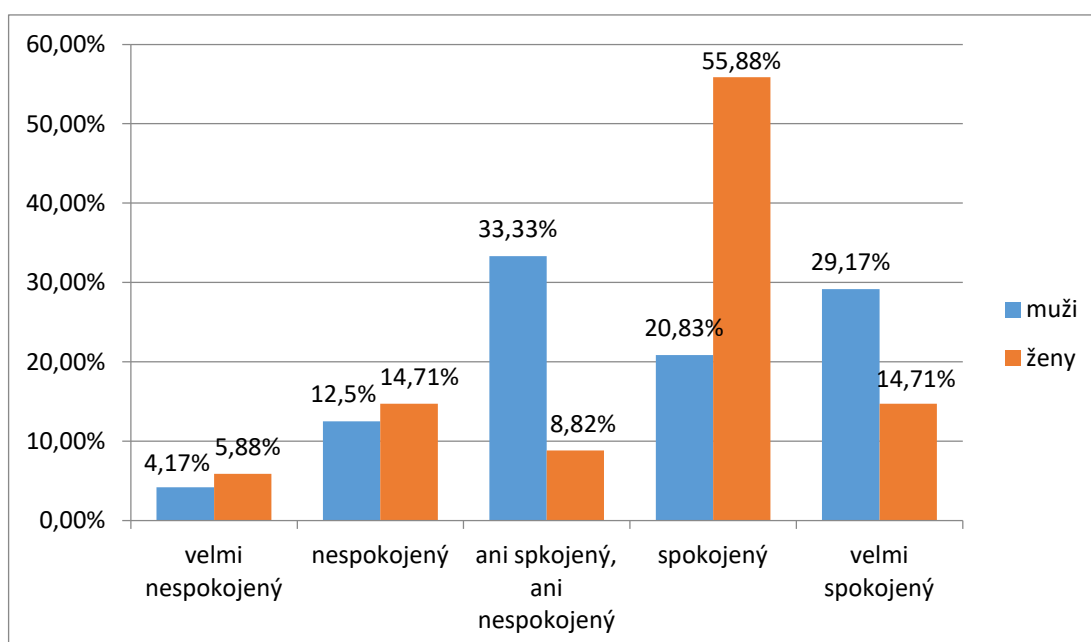


Kvalita vztahů je zřídka kdy ovlivněna u 41,38% respondentů (24 osob) zrakovou vadou, velmi často je kvalita vztahů ovlivněna u 20,69% (12 osob), u 17,24% (10 osob) je kvalita vztahů ovlivněna často a u 17,24% (10 osob) nikdy. Stále ovlivňuje zraková vada kvalitu vztahů u 3,45% respondentů (2 osoby).

Tabulka 34 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 20

Pohlaví	četnost	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený, ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
Muži (24)	Absolutní četnost	1	3	8	5	7
	Relativní četnost (%)	4,17%	12,5%	33,33%	20,83%	29,17%
Ženy (34)	Absolutní četnost	2	5	3	19	5
	Relativní četnost (%)	5,88%	14,71%	8,82%	55,88%	14,71%

Graf 31 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 20



Muži jsou se svými osobními vztahy ani spokojeni, ani nespokojeni v 33,33% (8 osob), velmi spokojených se svými vztahy je 29,17% (7 osob), spokojených je 20,83% (5 osob), nespokojených je 12,5% (3 osoby) a velmi nespokojených je 4,17% (1 osoba).

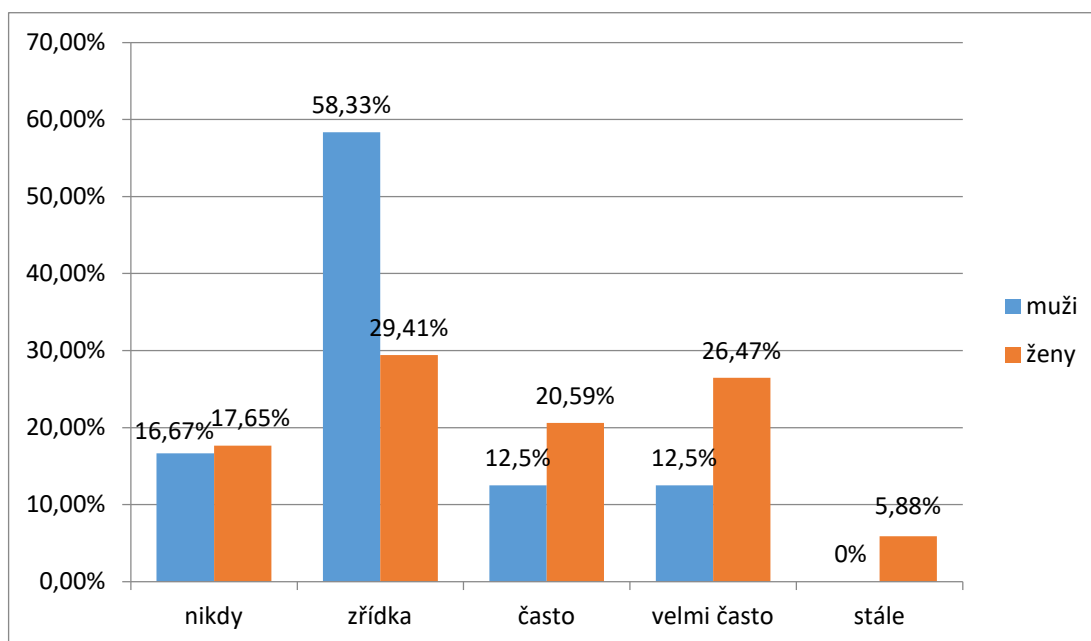
Ženy jsou v nadpoloviční většině spokojeny se svými osobními vztahy, uvádějí v 55,88% (19 osob), velmi spokojených je 14,71% (5 osob) a nespokojených je 14,71% (5 osob). Ani nespokojenost, ani spokojenost uvádí 8,82% (3 osoby) a nespokojenost uvádí 5,88% (2 osoby).

Z grafového vyobrazení vyplývá, že ženy jsou s osobními vztahy spokojenější než muži.

Tabulka 35 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 32

Pohlaví	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
Muži (24)	Absolutní četnost	4	14	3	3	0
	Relativní četnost (%)	16,67%	58,33%	12,5%	12,5%	0%
Ženy (34)	Absolutní četnost	6	10	7	9	2
	Relativní četnost (%)	17,65%	29,41%	20,59%	26,47%	5,88%

Graf 32 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 32



Zraková vada u mužů zřídka kdy v 58,33% (14 osob) narušuje kvalitu jejich vztahů, nikdy nepocítuje vliv zrakové vady na osobní vztahy 16,67% (4 osoby), 12,5% (3 osoby) pocítuje častý vliv zrakové vady na kvalitu osobních vztahů a velmi častý vliv pocítuje 12,5% (3 osoby). Stálý vliv nepocítuje nikdo.

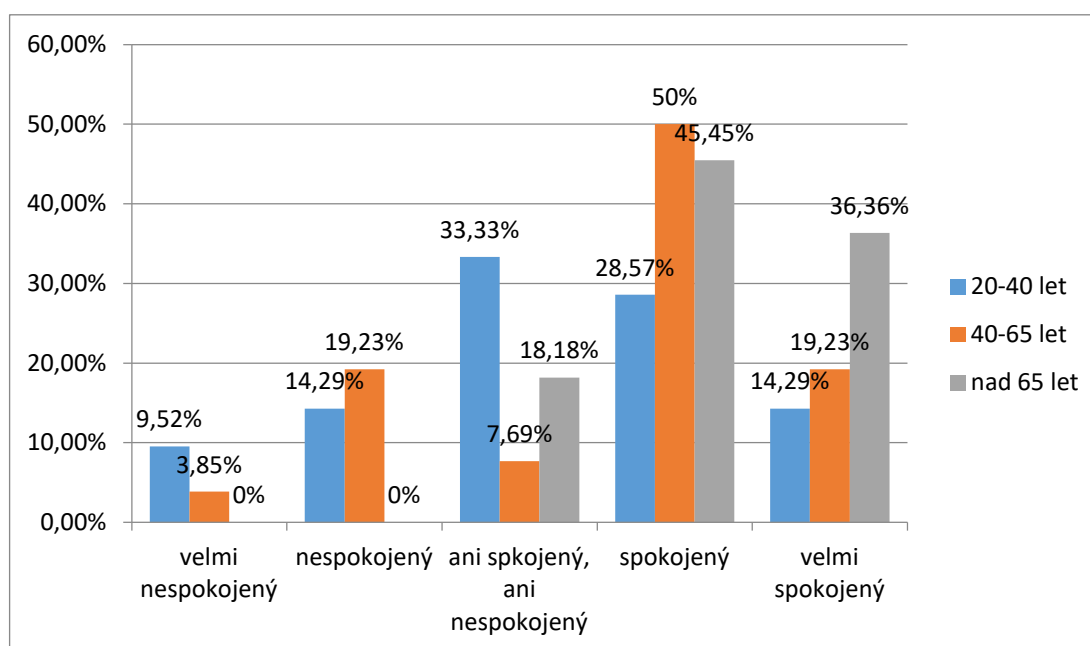
Ženy jsou v 29,41% (10 osob) zřídka ovlivněny zrakovou vadou v kvalitě osobních vztahů, velmi často jsou ovlivněny v 26,47% (9 osob), často v 20,59% (7 osob), nikdy nepocítuje vliv zrakové vady 17,65% (6 osob) a stálý vliv pocítuje 5,88% (2 osoby).

U mužů zraková vada převážně nenarušuje kvalitu vztahů, za to u žen je vliv zrakové vady na kvalitu vztahů znatelnější.

Tabulka 36 Rozdíly v hodnocení otázky 20 dle věkových skupin

Věk (počet respondentů)	četnost	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený, ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
20-40 let (21)	Absolutní četnost	2	3	7	6	3
	Relativní četnost (%)	9,52%	14,29%	33,33%	28,57%	14,29%
40-65 let (26)	Absolutní četnost	1	5	2	13	5
	Relativní četnost (%)	3,85%	19,23%	7,69%	50%	19,23%
nad 65 let (11)	Absolutní četnost	0	0	2	5	4
	Relativní četnost (%)	0%	0%	18,18%	45,45%	36,36%

Graf 33 Rozdíly v hodnocení otázky 20 dle věkových skupin



Respondenti ve věkové kategorii 20-40 let jsou v 33,33% (7 osob) se svými osobními vztahy ani spokojeni, ani nespokojeni. V 28,57% (6 osob) jsou spokojeni, v 14,29% (3 osoby) jsou velmi spokojeni se svými osobními vztahy a nespokojených je 14,29% (3 osoby). Velmi nespokojených je 9,52% respondentů (2 osoby).

Ve věkové kategorii 40-65 let 50% respondentů (13 osob) uvádí spokojenost se svými osobními vztahy, velmi spokojených je 19,23% (5 osob) a nespokojených je

19,23% (5 osob). Ani spokojenost, ani nespokojenost uvádí 7,69% (2 osoby) a velmi nespokojených je 3,85% respondentů (1 osoba).

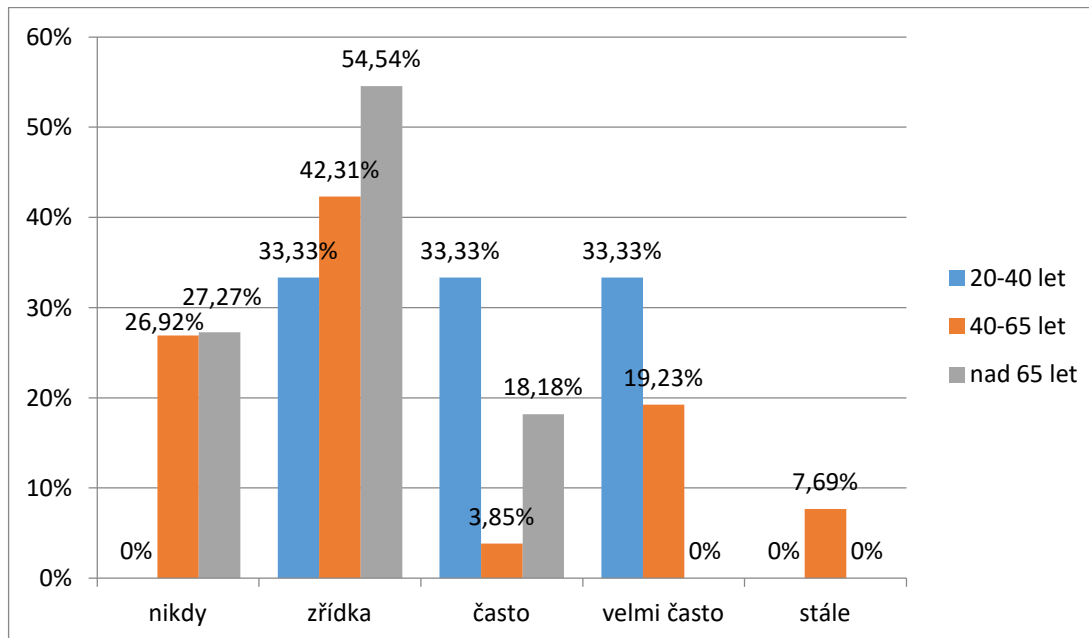
Ve věkové kategorii nad 65 let uvádí 45,45% respondentů (5 osob) spokojenost se svými osobními vztahy, velmi spokojených je 36,36% (4 osoby), ani spokojených, ani nespokojených je 18,18% (2 osoby), nespokojenost s osobními vztahy neuvádí nikdo.

Spokojenost s osobními vztahy uvádí věkové kategorie 40-65 let a kategorie nad 65 let. Věková kategorie od 20 do 40 let uvádí ani spokojenost ani nespokojenost.

Tabulka 37 Rozdíly v hodnocení otázky 32 dle věkových skupin

Věk (počet respondentů)	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
20-40 let (21)	Absolutní četnost	0	7	7	7	0
	Relativní četnost (%)	0%	33,33%	33,33%	33,33%	0%
40-65 let (26)	Absolutní četnost	7	11	1	5	2
	Relativní četnost (%)	26,92%	42,31%	3,85%	19,23%	7,69%
nad 65 let (11)	Absolutní četnost	3	6	2	0	0
	Relativní četnost (%)	27,27%	54,54%	18,18%	0%	0%

Graf 34 Rozdíly v hodnocení otázky 32 dle věkových skupin



Respondenti ve věkové kategorii 20-40 let jsou v 33,33% (7 osob) ovlivněni zrakovou vadou v kvalitě osobních vztahů zřídka, v 33,33% (7 osob) často a v 33,33% (7 osob) velmi často. Stále a nikdy není ovlivněn nikdo.

Respondenti ve věkové kategorii 40-65 let jsou v kvalitě vztahů v 42,31% (11 osob) zřídka ovlivněni zrakovou vadou, v 26,92% (7 osob) nejsou nikdy ovlivněni,

v 19,23% (5 osob) jsou velmi často ovlivněni, v 7,69% (2 osoby) stále a 3,85% respondentů (1 osoba) pocítuje častý vliv zrakové vady na kvalitu osobních vztahů.

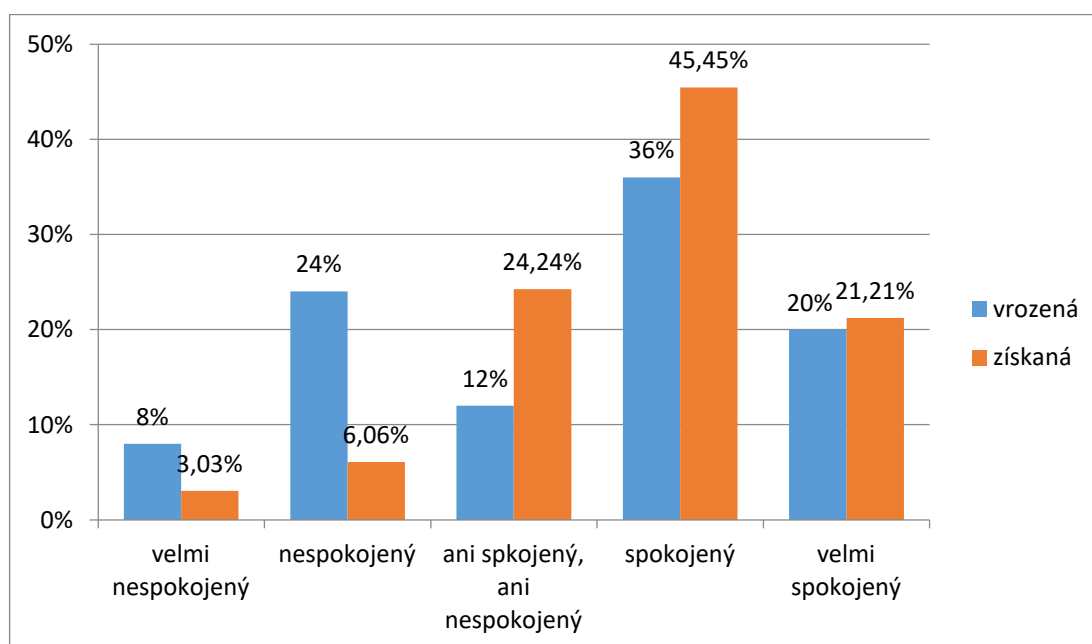
Respondenti ve věkové kategorii nad 65 let pocítují zřídka kdy vliv zrakové vady na kvalitu osobních vztahů, v 54,54% (6 osob), nikdy nepocítuje vliv zrakové vady na osobní vztahy 27,27% (3 osoby) a často pocítuje vliv 18,18% (2 osoby). Velmi často a stále nepocítuje vliv nikdo.

Ve věkové kategorii 20-40 let zraková vada často ovlivňuje kvalitu vztahů a ve věkové kategorii 40-65 let a nad 65 let zraková vada nemá vliv na kvalitu osobních vztahů.

Tabulka 38 Rozdíly v otázce 20 z hlediska doby vzniku zrakové vady

Vada (počet respondentů)	četnost	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený, ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
vrozená (25)	Absolutní četnost	2	6	3	9	5
	Relativní četnost (%)	8%	24%	12%	36%	20%
získaná (33)	Absolutní četnost	1	2	8	15	7
	Relativní četnost (%)	3,03%	6,06%	24,24%	45,45%	21,21%

Graf 35 Rozdíly v otázce 20 z hlediska doby vzniku zrakové vady



Respondenti s vrozenou zrakovou vadou jsou v 36% (9 osob) spokojeni se svými osobními vztahy, v 24% (6 osob) jsou nespokojeni, v 20% (5 osob) jsou velmi spokojení, v 12% (3 osoby) nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni a 8% respondentů (2 osoby) jsou se svými osobními vztahy velmi nespokojení.

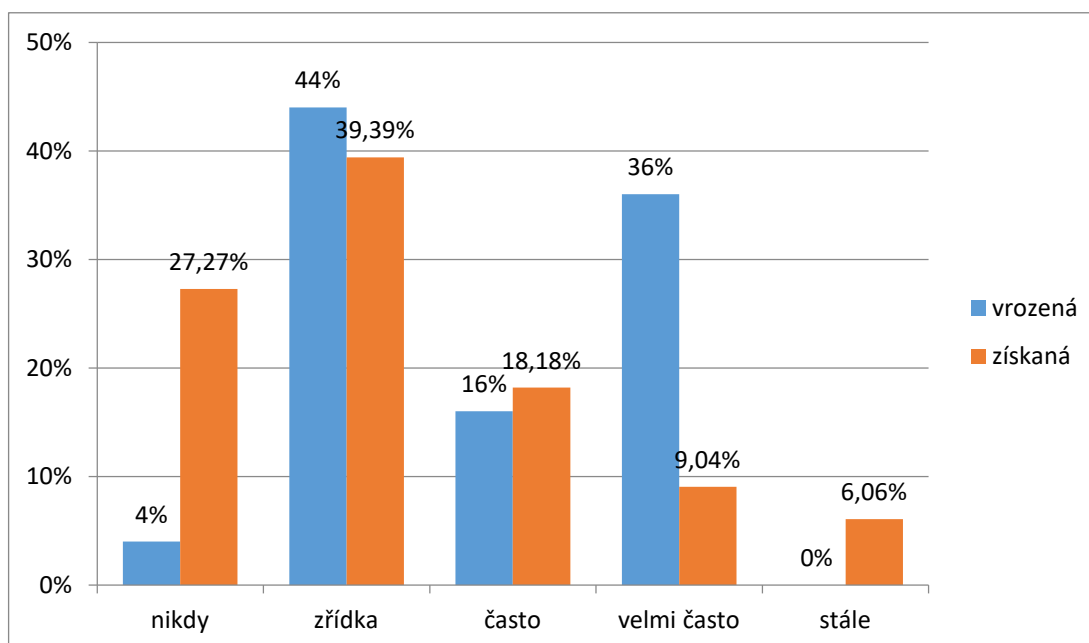
Respondenti se získanou zrakovou vadou jsou v 45,45% (15 osob) spokojeni se svými osobními vztahy, v 24,24% (8 osob) nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, v 21,21% (7 osob) velmi spokojení, v 6,06% (2 osoby) uvádí nespokojenost se svými osobními vztahy a velmi nespokojených je 3,03% respondentů (1 osoba).

Z grafového vyhodnocení vyplývá, že jedinci s vrozenou i získanou vadou se svými osobními vztahy spokojeni.

Tabulka 39 Rozdíly v otázce 32 z hlediska doby vzniku zrakové vady

Vada (počet respondentů)	četnost	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
vrozená (25)	Absolutní četnost	1	11	4	9	0
	Relativní četnost (%)	4%	44%	16%	36%	0%
získaná (33)	Absolutní četnost	9	13	6	3	2
	Relativní četnost (%)	27,27%	39,39%	18,18%	9,09%	6,06%

Graf 36 Rozdíly v otázce 32 z hlediska doby vzniku zrakové vady



Vliv vrozené zrakové vady na kvalitu osobních vztahů má v 44% (11 osob) vliv zřídka kdy, v 36% (9 osob) má vliv velmi častý. Častý vliv pociťuje 16% (4 osoby). Nikdy nepociťuje vliv zrakové vady na kvalitu vztahů 4 % respondentů (1 osoba) a stálý vliv nepociťuje nikdo.

Získaná zraková vada má v 39,39% (13 osob) zřídka kdy vliv na kvalitu osobních vztahů, v 27,27% (9 osob) nemá zraková vada nikdy vliv na kvalitu osobních vztahů, v 18,18% (6 osob) má zraková vada častý vliv, v 9,04% (3 osoby) velmi častý vliv, v 6,06% (2 osoby) má zraková vada stálý vliv na kvalitu osobních vztahů.

Jedinci s vrozenou zrakovou vadou a jedinci se získanou zrakovou vadou pocítují vliv zrakové vady na kvalitu osobních vztahů zřídka.

Shrnutí otázky 20 a 32

Respondenti, kteří vyplnili dotazník, uvádějí v 62,07% spokojenost se svými osobními vztahy a nespokojenost v 18,96%. Vliv zrakové vady na kvalitu osobních vztahů je uváděn jako malý v 58,62% a velký v 41,38%.

Muži v 50% uvádějí spokojenost se svými osobními vztahy a v 16,67% uvádí nespokojenost. Ženy jsou se svými osobními vztahy spokojené v 70,59% a nespokojené v 20,59%. Ženy jsou s osobními vztahy spokojenější než muži. Vliv zrakové vady na kvalitu osobních vztahů pocítují muži v 75% malý a v 25% velký, ženy vnímají malý vliv zrakové vady v 47,06% a velký v 52,94%. Ženy vnímají větší vliv zrakové vady na kvalitu osobních vztahů.

Věková kategorie respondentů 20-40 let je s osobními vztahy spokojena v 42,86% a nespokojena v 23,81%, věková kategorie 40-65 let je s osobními vztahy spokojena v 69,23% a nespokojena v 23,08%, věková kategorie nad 65 let je s osobními vztahy spokojena v 81,81% a nespokojenost s osobními vztahy neuvádí nikdo z dotazovaných, tedy 0%. Nejspokojenější s osobními vztahy je věková kategorie nad 65 let. Vliv zrakové vady na osobní vztahy pocítuje věková kategorie 20-40 let jako velký v 66,66% a malý v 33,33%, věková kategorie 40-65 let pocítuje vliv zrakové vady malý v 69,23% a velký v 30,77%. Věková kategorie respondentů nad 65 let hodnotí vliv zrakové vady na kvalitu osobních vztahů jako malý v 81,81% a velký v 18,18%. Největší vliv zrakové vady na kvalitu vztahů pocítuje věková kategorie respondentů 20-40 let.

Respondenti s vrozenou zrakovou vadou jsou spokojeni s osobními vztahy v 56% a nespokojeni v 32%, respondenti se získanou zrakovou vadou jsou spokojeni v 66,66% a nespokojeni v 9,09%. Spokojenější s osobními vztahy jsou jedinci se získaným zrakovým postižením. Vliv zrakové vady na kvalitu osobních vztahů hodnotí jedinci s vrozenou zrakovou vadou jako malý v 48% a velký v 52%, jedinci se získanou zrakovou vadou hodnotí její vliv na kvalitu osobních vztahů jako malý v 66,66%

a velký v 33,33%. Větší vliv zrakové vady na kvalitu osobních vztahů pociťují jedinci s vrozenou zrakovou vadou.

10.5 Kvalita života a prostředí

Dalším determinantem, kterým hodnotíme kvalitu života, je prostředí, které nám nabízí služby, mezi kterými mohou být možnosti pro zájmový rozvoj. Dostatkem příležitostí pro rozvoj zájmů se bude zabývat další kombinace otázek 14 a 14a.

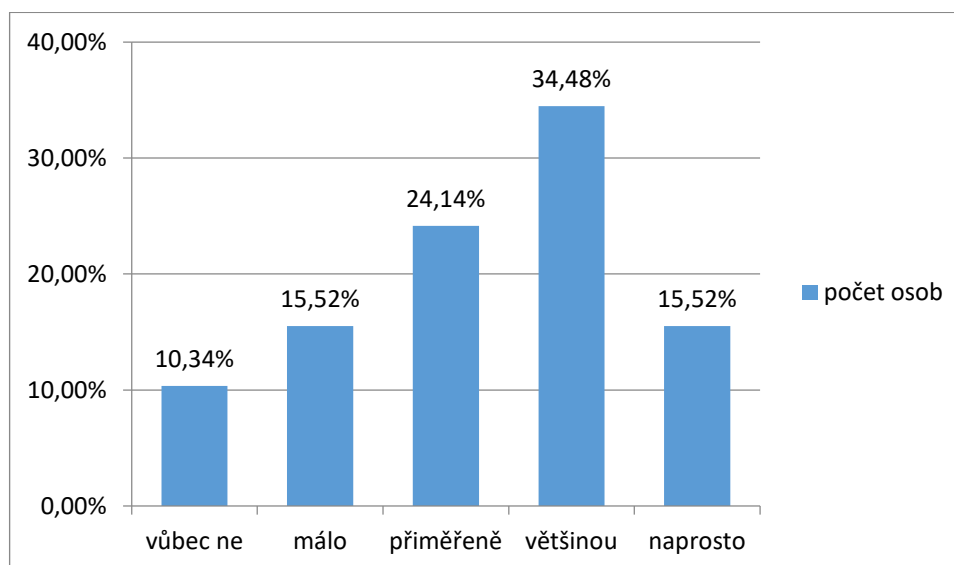
Otázka 14. Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Otázka 14a. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení množství příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Tabulka 40 Celkové hodnocení otázky 14

Respondenti (58)	vůbec ne	málo	přiměřeně	většinou	Naprosto
Absolutní četnost	6	9	14	20	9
Relativní četnost (%)	10,34%	15,52%	24,14%	34,48%	15,52%

Graf 37 Celkové hodnocení otázky 14

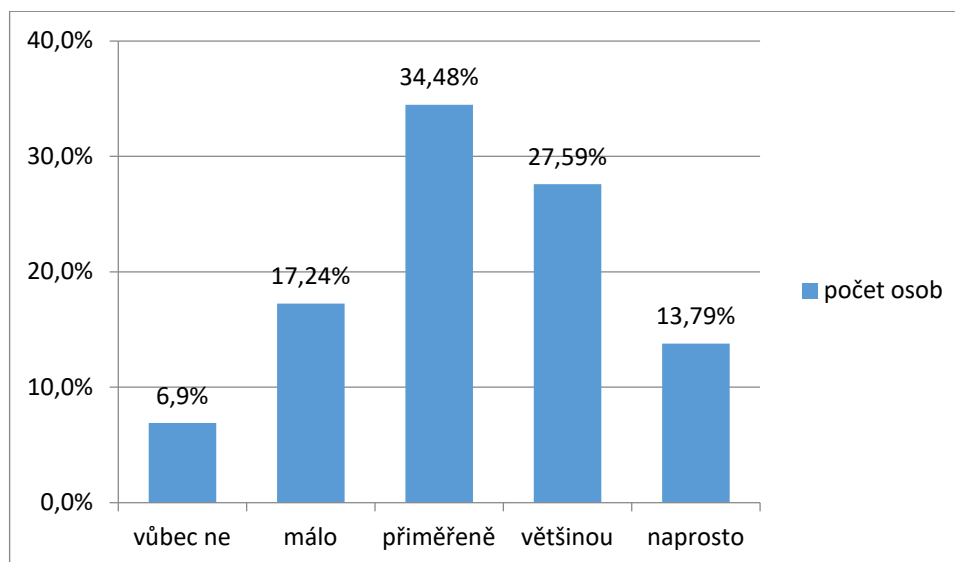


Celkem 34,48% respondentů (20 osob) je většinou spokojeno s příležitostmi pro rozvoj svých zájmů. Přiměřeně je spokojeno 24,14% respondentů (14 osob), málo je spokojeno 15,52% respondentů (9 osob) a naprosto je spokojeno 15,52% (9 osob). Vůbec není spokojeno 10,34% (6 osob).

Tabulka 41 Celkové hodnocení otázky 14a

Respondenti (58)	vůbec ne	málo	přiměřeně	většinou	naprosto
Absolutní četnost	4	10	20	16	8
Relativní četnost (%)	6,9%	17,24%	34,48%	27,59%	13,79%

Graf 38 Celkové hodnocení otázky 14a

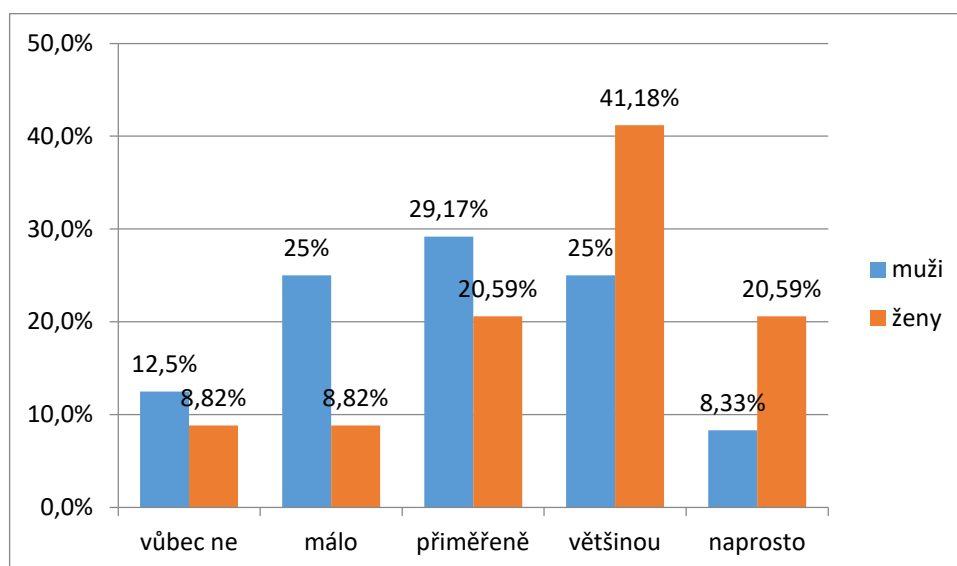


Zrakové postižení ovlivňuje příležitosti pro rozvoj zájmů u 34,48% respondentů (20 osob) přiměřeně, u 27,59% respondentů (16 osob) jsou možnosti zájmových příležitostí většinou ovlivněny, u 17,24% (10 osob) jsou málo ovlivněny, u 13,79% (8 osob) jsou příležitosti pro rozvoj svých zájmů naprosto ovlivněny. Vůbec není ovlivněno 6,9% respondentů (4 osoby).

Tabulka 42 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 14

Pohlaví	četnost	vůbec ne	málo	přiměřeně	většinou	naprosto
Muži (24)	Absolutní četnost	3	6	7	6	2
	Relativní četnost (%)	12,5%	25%	29,17%	25%	8,33%
Ženy (34)	Absolutní četnost	3	3	7	14	7
	Relativní četnost (%)	8,82%	8,82%	20,59%	41,18%	20,59%

Graf 39 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 14



Muži vnímají v 29,17% (7 osob) přiměřený počet příležitostí pro rozvoj svých zájmů, v 25% (6 osob) vnímají počet příležitostí jako malý a v 25% (6 osob) většinou vnímají dostatek příležitostí. Vůbec nemá příležitosti pro rozvoj svých zájmů 12,5% (3 osoby) a 8,33% respondentů (2 osoby) má naprosto vždy dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů.

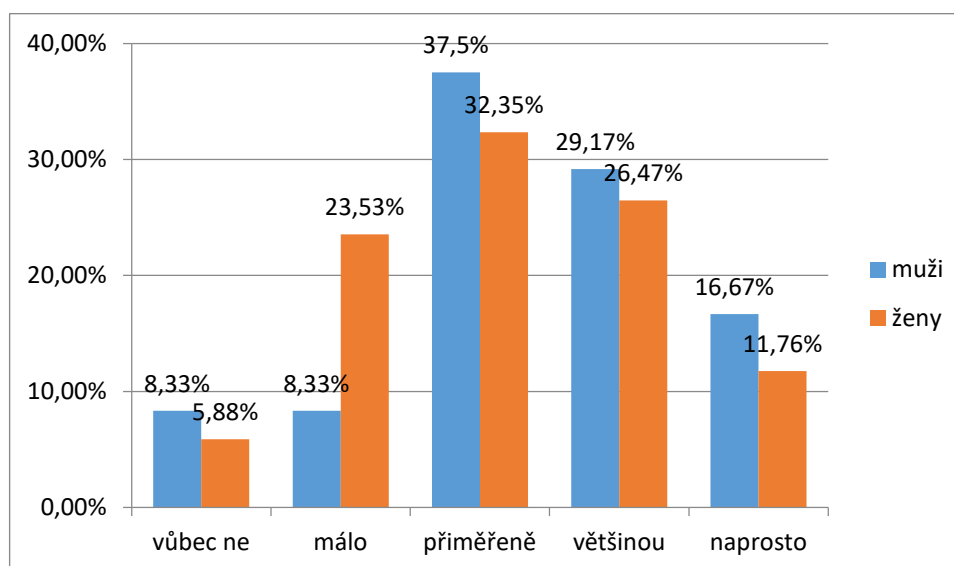
Ženy většinou v 41,18% (14 osob) mají dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů, v 20,59% (7 osob) vnímají počet příležitostí jako přiměřený a v 20,59% (7 osob) naprosto. Žádnou nabídku příležitostí pocítuje 8,82% respondentů (3 osoby) a malou nabídku příležitostí pocítuje 8,82% respondentů (3 osoby).

Muži ve srovnání s ženami vnímají množství příležitostí pro rozvoj zájmů, jako nižší.

Tabulka 43 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 14a

Pohlaví	četnost	vůbec ne	málo	přiměřeně	většinou	naprosto
Muži (24)	Absolutní četnost	2	2	9	7	4
	Relativní četnost (%)	8,33%	8,33%	37,5%	29,17%	16,67%
Ženy (34)	Absolutní četnost	2	8	11	9	4
	Relativní četnost (%)	5,88%	23,53%	32,35%	26,47%	11,76%

Graf 40 Rozdíl v hodnocení mužů a žen u otázky 14a



Muži jsou v 37,5% (9 osob) přiměřeně ovlivněni zrakovou vadou v příležitostech pro rozvoj svých zájmů, v 29,17% (7 osob) jsou většinou ovlivněni, v 16,67% (4 osoby) jsou naprosto ovlivněni, v 8,33% (2 osoby) jsou málo ovlivněni a vůbec není ovlivněno 8,33% (2 osoby).

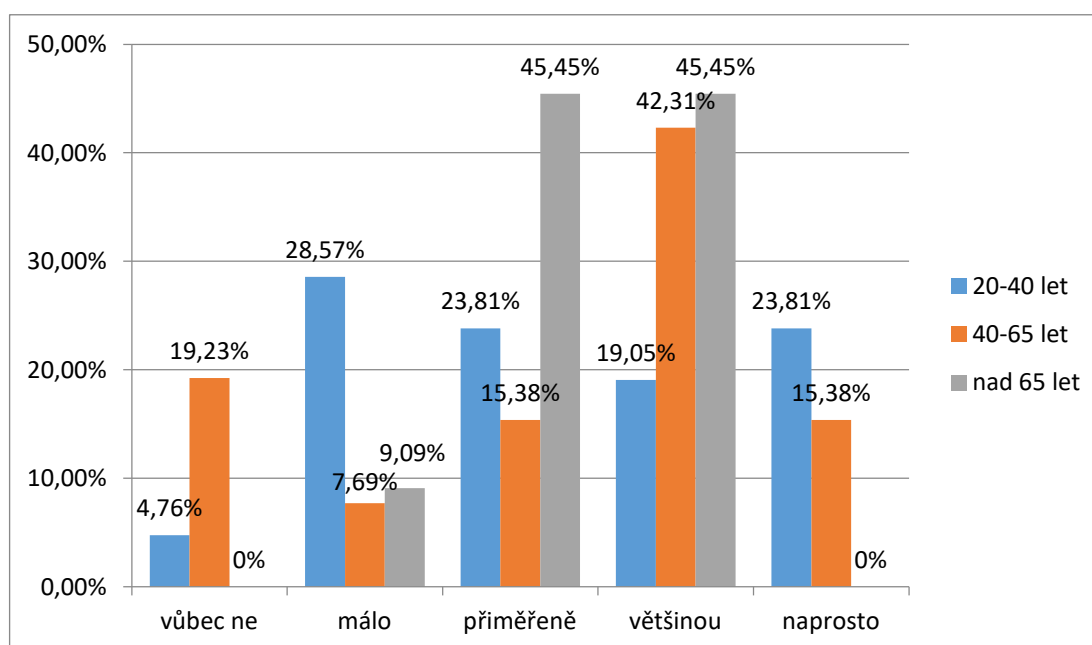
Ženy jsou zrakovou vadou v příležitostech pro rozvoj svých zájmů zrakovou vadou ovlivněny v 32,35% (11 osob) přiměřeně, v 26,47% (9 osob) většinou, v 23,53% (8 osob) málo, naprosto je ovlivněno 11,76% (4 osoby) a vůbec není ovlivněno zrakovou vadou 5,88% žen (2 osoby).

Zraková vada má na množství příležitostí pro zájmový rozvoj téměř stejný vliv jak u mužů, tak u žen.

Tabulka 44 Rozdíly v hodnocení otázky 14 dle věkových skupin

Věk (počet respondentů)	četnost	vůbec ne	málo	přiměřeně	většinou	naprosto
20-40 let (21)	Absolutní četnost	1	6	5	4	5
	Relativní četnost (%)	4,76%	28,57%	23,81%	19,05%	23,81%
40-65 let (26)	Absolutní četnost	5	2	4	11	4
	Relativní četnost (%)	19,23%	7,69%	15,38%	42,31%	15,38%
nad 65 let (11)	Absolutní četnost	0	1	5	5	0
	Relativní četnost (%)	0%	9,09%	45,45%	45,45%	0%

Graf 41 Rozdíly v hodnocení otázky 14 dle věkových skupin



Respondenti ve věkové kategorii 20-40 let jsou v 28,57% (6 osob) málo spokojeni s příležitostmi pro rozvoj svých zájmů, v 23,81% (5 osob) jsou přiměřeně a v 23,81% (5 osob) jsou naprosto spokojeni. V 19,05% (4 osoby) jsou respondenti většinou spokojeni a 4,76% respondentů (1 osoba) uvádí nespokojenost.

Věková kategorie 40-65 let je v 42,31% (11 osob) většinou spokojena s nabídkou zájmových příležitostí, v 19,23% (5 osob) vůbec není spokojena, 15,38% respondentů (4 osoby) uvádí přiměřenou spokojenost a 15,38% respondentů (4 osoby) uvádí naprostou spokojenost. Málo je spokojených 7,69% respondentů (2 osoby).

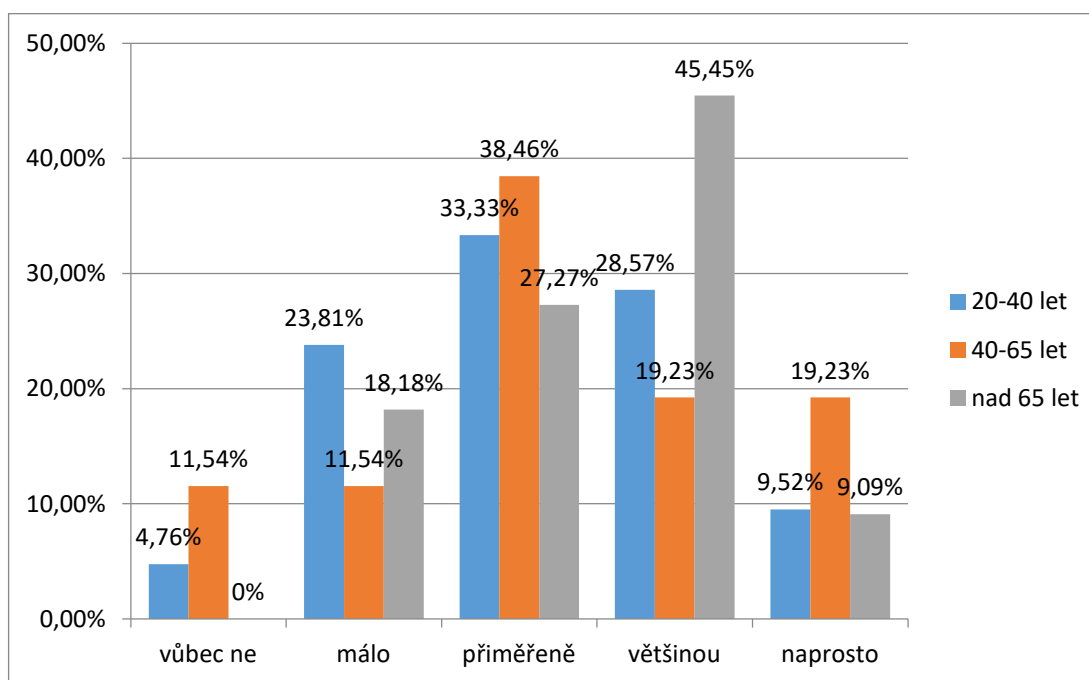
Respondenti ve věkové kategorii nad 65 let jsou v 45,45% (5 osob) přiměřeně spokojeni a v 45,45% (5 osob) jsou většinou spokojeni. Celkem 9,09% respondentů (1 osoba) je málo spokojených. Naprostou spokojenost a nespokojenost neuvádí nikdo.

Ve věkové kategorii 20-40 let jsou respondenti málo spokojeni s příležitostmi pro rozvoj svých zájmů. Věková kategorie 40-65 let a nad 65 let uvádějí většinou spokojenost s příležitostmi pro rozvoj zájmů.

Tabulka 45 Rozdíly v hodnocení otázky 14a dle věkových skupin

Věk (počet respondentů)	četnost	vůbec ne	málo	přiměřeně	většinou	naprosto
20-40 let (21)	Absolutní četnost	1	5	7	6	2
	Relativní četnost (%)	4,76%	23,81%	33,33%	28,57%	9,52%
40-65 let (26)	Absolutní četnost	3	3	10	5	5
	Relativní četnost (%)	11,54%	11,54%	38,46%	19,23%	19,23%
nad 65 let (11)	Absolutní četnost	0	2	3	5	1
	Relativní četnost (%)	0%	18,18%	27,27%	45,45%	9,09%

Graf 42 Rozdíly v hodnocení otázky 14a dle věkových skupin



Respondenti ve věkové kategorii 20-40 let jsou v 33,33% (7 osob) přiměřeně ovlivněni zrakovou vadou v příležitostech pro zájmový rozvoj, v 28,57% (6 osob) jsou většinou ovlivněni, v 23,81% (5 osob) jsou málo ovlivněni, v 9,52% (2 osoby) zraková vada naprosto ovlivňuje příležitosti pro rozvíjení svých zájmů a 4,76% (1 osoba) není zrakovou vadou ovlivněna vůbec.

Respondenti ve věkové kategorii 40-65 let jsou v 38,46% (10 osob) zrakovou vadou v příležitostech pro rozvoj svých zájmů přiměřeně ovlivněni, většinou je

ovlivněno 19,23% (5 osob) a naprosto vždy je ovlivněno 19,23% (5 osob). Malý vliv pociťuje 11,54% respondentů (3 osoby) a vůbec žádný vliv nepociťuje 11,54% respondentů (3 osoby).

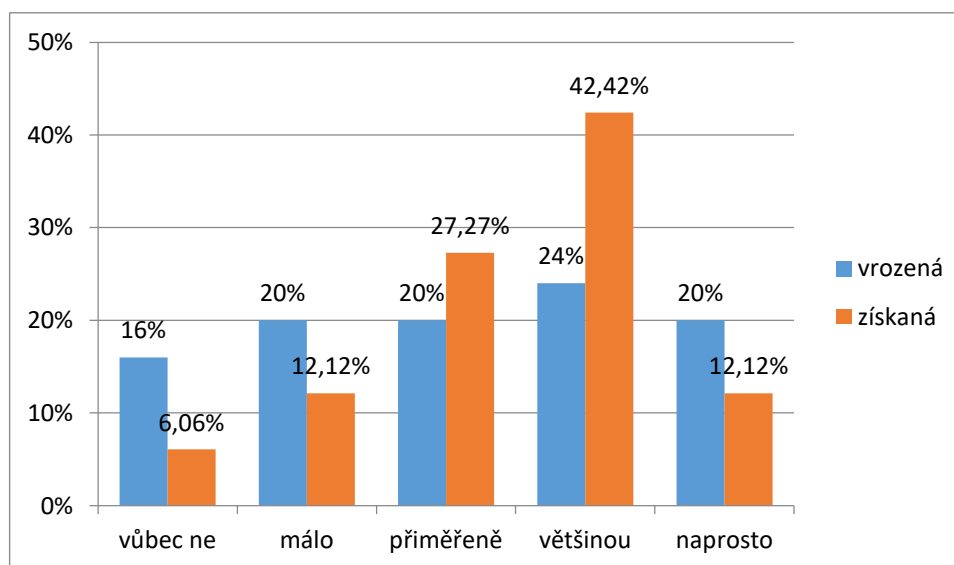
Věková kategorie nad 65 let je většinou v 45,45% (5 osob) ovlivněna zrakovou vadou. U 27,27% respondentů (3 osoby) je vliv zrakové vady přiměřený, u 18,18% respondentů (2 osoby) je malý, u 9,09% (1 osoba) je naprostý. Žádný vliv zrakové vady nepociťuje nikdo.

Věková kategorie 20-40 let a věková kategorie 40-65 let pociťují přiměřený vliv zrakové vady na množství zájmových příležitostí. Věková kategorie nad 65 let většinou pociťuje vliv zrakové vady na množství zájmových činností.

Tabulka 46 Rozdíly v otázce 14 z hlediska doby vzniku zrakové vady

Vada (počet respondentů)	četnost	vůbec ne	málo	přiměřeně	většinou	naprosto
vrozená (25)	Absolutní četnost	4	5	5	6	5
	Relativní četnost (%)	16%	20%	20%	24%	20%
získaná (33)	Absolutní četnost	2	4	9	14	4
	Relativní četnost (%)	6,06%	12,12%	27,27%	42,42%	12,12%

Graf 43 Rozdíly v otázce 14 z hlediska doby vzniku zrakové vady



Respondenti s vrozenou zrakovou vadou většinou pociťují dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů v 24% (6 osob). Malý počet příležitostí pociťuje 20% respondentů (5 osob), přiměřený počet pociťuje 20% respondentů (5 osob), a naprostý dostatek pociťuje též 20% respondentů (5 osob). Vůbec žádné možnosti pro rozvoj svých zájmů pociťuje 16% respondentů (4 osoby) s vrozenou zrakovou vadou.

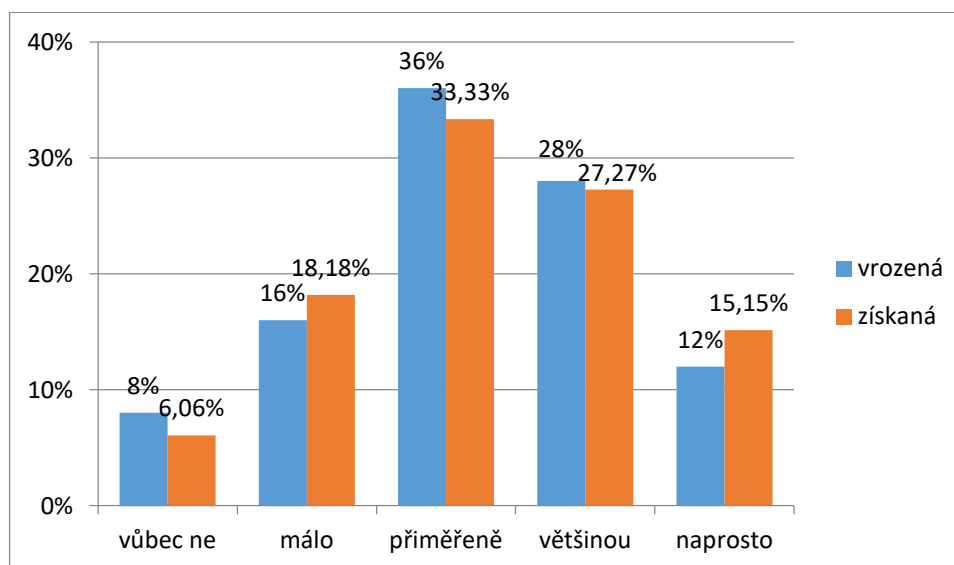
Respondenti se získanou zrakovou vadou v 42,42% (14 osob) většinou pocítují dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů, 27,27% respondentů (9 osob) vnímá přiměřený počet příležitostí. Málo příležitostí pocítuje 12,12% respondentů (4 osoby) a naprosto vždy má příležitosti 12,12% respondentů (4 osoby). Žádné příležitosti pro rozvoj zájmů pocítuje 6,06% respondentů (2 osoby).

Respondenti s vrozenou zrakovou vadou vnímají počet příležitostí jako přiměřený a respondenti se získanou zrakovou vadou vnímají většinou vždy dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů.

Tabulka 47 Rozdíly v otázce 14a z hlediska doby vzniku zrakové vady

Vada (počet respondentů)	četnost	vůbec ne	málo	přiměřeně	většinou	naprosto
vrozená (25)	Absolutní četnost	2	4	9	7	3
	Relativní četnost (%)	8%	16%	36%	28%	12%
získaná (33)	Absolutní četnost	2	6	11	9	5
	Relativní četnost (%)	6,06%	18,18%	33,33%	27,27%	15,15%

Graf 44 Rozdíly v otázce 14a z hlediska doby vzniku zrakové vady



Vrozené zrakové postižení přiměřeně ovlivňuje množství příležitostí u 36% respondentů (9 osob), u 28% respondentů (7 osob) většinou ovlivňuje množství příležitostí, u 16% respondentů (4 osoby) málo, u 12% (3 osoby) naprosto vždy a u 8% respondentů (2 osoby) vůbec nikdy.

Získané zrakové postižení přiměřeně ovlivňuje 33,33% respondentů (11 osob), 27,27% respondentů (9 osob) je ovlivněných většinou, 18,18% (6 osob) vnímá malý vliv zrakové vady na množství zájmových příležitostí, 15,15% (5 osob) je zrakovou

vadou v množství zájmových příležitostí zcela ovlivněno a 6,06% (2 osoby) nepocítuje vliv zrakové vady na množství zájmových příležitostí zcela žádný.

Obě skupiny se v problematice vlivu zrakové vady na množství příležitostí pro rozvoj svých zájmů shodují.

Shrnutí otázky 14 a 14a

Respondenti, kteří vyplnili dotazník, mají v 50% dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů, a nedostatek pocítuje 25,86% respondentů. Zraková vada je většinou překážkou v 41,38% a není překážkou v 24,14%.

Muži v 37,5% vnímají nedostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů a v 33,33% pocítují jejich dostatek. Ženy vnímají dostatek příležitostí v 61,77% a nedostatek v 17,64%. Ženy jsou s nabídkou zájmových příležitostí spokojenější. Vliv zrakové vady na množství příležitostí je u mužů v 16,66% malý a v 45,84% velký. U žen je vliv zrakové vady na množství příležitostí v 29,41% malý a v 38,23% velký. Muži pocítují větší vliv zrakové vady na množství zájmových příležitostí.

Věková kategorie 20-40 let pocítuje dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů v 42,86% a nedostatek v 33,38%. Věková kategorie 40-65 let pocítuje dostatek příležitostí v 57,69% a nedostatek v 26,92%. Respondenti ve věku nad 65 let mají dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů v 45,45% a nedostatek pocítuje 9,09%. Nejvíce příležitostí pro zájmový rozvoj hodnotí věková kategorie 40-65 let. Vliv zrakové vady na množství zájmových příležitostí vnímá věková kategorie 20-40 let jako velký v 38,09% a jako malý v 28,57%. Věková kategorie 40-65 let vnímá velký vliv zrakové vady v 38,56% a malý v 23,08%. Věková kategorie respondentů nad 65 let pocítuje v 54,54% velký vliv zrakové vady na možnosti zájmového rozvoje a v 18,18% pocítuje vliv malý. Největší vliv zrakové vady na možnosti příležitostí pro rozvíjení svých zájmů vnímá věková kategorie respondentů nad 65 let.

Jedinci s vrozenou zrakovou vadou vnímají v 44% dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů a nedostatek v 36%. Jedinci se získanou zrakovou vadou vnímají dostatek příležitostí v 54,54% a nedostatek v 18,18%. Více příležitostí vnímají jedinci se získanou zrakovou vadou. Ve velké míře jsou jedinci s vrozenou zrakovou vadou ovlivněni přítomností zrakové vady v 40%, malý vliv má zraková vada na 24% respondentů. Jedinci se získanou zrakovou vadou v 42,42% pocítují velký vliv zrakové vady na množství zájmových příležitostí a v 24,24% pocítují vliv zrakové vady malý. Jedinci se získaným zrakovým postižením pocítují vliv zrakové vady větší.

10.6 Kvalita života a podpůrné organizace a jejich služby pro osoby se zdravotním postižením

Následující kombinace otázek 38 a 39 se zaměřuje na znalost organizací, které pomáhají osobám se zdravotním postižením a na jejich služby, které respondenti doposud využili.

Otázka 38. Znáte organizace pomáhající osobám se zdravotním postižením, které mají působnost ve vašem regionu? Pokud ano, které?

Otázka 39. Jakých služeb jste doposud využil/a? (např.: průvodcovské služby, rehabilitační kurzy, rekondiční pobyty apod.)

Tabulka 48 Znalost organizací, otázka 38

organizace	pohlaví		věk			vada	
	muž	žena	20-40 let	40-65 let	nad 65 let	vrozená	získaná
Tyfloservis	12	20	10	17	5	15	17
TyfloCentrum	8	12	12	8	-	13	7
SONS	4	13	7	8	1	13	4
Tyflo ČR	-	2	-	2	-	2	-
Centrum zrakových vad ve FN Motol	-	2	-	-	2	-	2
Okamžik	-	2	1	1	-	2	-
Domov důchodců s pečovatelskou službou	1	-	-	-	1	-	1
Svaz invalidů	1	1	-	1	1	1	1
Národní rada osob se zdravotním postižením	-	1	-	1	-	1	-
Lorm	-	1	-	1	-	1	-
Raná péče	-	1	1	-	-	1	-
SPC	1	-	1	-	-	-	1
Nezná žádné	8	7	4	5	6	5	10

Mezi nejčastěji zmiňované organizace patří Tyfloservis, TyfloCentrum a SONS. Velký počet respondentů (15 osob) uvádí, že žádné podpůrné organizace pro osoby se zdravotním postižením ve svém okolí nezná.

Z hlediska pohlaví mají větší přehled o podpůrných organizacích ženy (27 osob) než muži (16 osob). Z hlediska věku má největší povědomost o organizacích věková kategorie 40-65 let (22 osob), následně věková kategorie 20-40 let (16 osob) a nejméně

organizací zná věková kategorie nad 65 let (5 osob). Z hlediska doby vzniku zrakové vady zná více organizací skupina respondentů se získanou zrakovou vadou (23 osob) než skupina respondentů s vrozenou zrakovou vadou (20 osob).

Nejméně informovaní jsou o podpůrných organizacích jedinci ve věkové kategorii nad 65 let.

Tabulka 49 Využívané služby, otázka 39

služba	pohlaví		věk			vada	
	muž	žena	20-40 let	40-65 let	nad 65 let	vrozená	získaná
průvodcovské služby	5	12	8	7	2	12	5
výlety, přednášky, besedy	5	7	5	7	-	7	5
rekondiční pobyty	4	7	5	5	1	8	3
rehabilitační kurzy	3	3	2	4	-	2	4
kurz práce s PC	2	2	1	3	-	2	2
poradenství	2	4	3	3	-	3	3
nácvik orientace v prostoru a chůze s bílou holí	2	3	2	3	-	3	2
předčitatelské služby	2	2	2	2	-	4	-
nákup kompenzačních pomůcek	1	2	1	2	-	1	2
kurz sebeobsluhy	1	1	2	-	-	1	1
kurz práce s mobilním telefonem	1	-	-	1	-	-	1
aktivizační služby	-	1	1	-	-	-	1
kurz chůze se psem	-	1	-	1	-	1	-
žádné služby nevyužívá	10	13	6	9	8	7	16

Největší počet respondentů (23 osob) uvádí, že nevyužívají žádné služby podpůrných organizací. První nejčastěji využívané služby jsou průvodcovské služby, volnočasové aktivity jako jsou přednášky, výlety a besedy, dále rekondiční pobyty, rehabilitační kurzy, poradenství a další.

Z hlediska pohlaví více služeb využívají ženy (21 osob) než muži (15 osob). Z hlediska věku nejvíce služeb využívá věková kategorie respondentů 40-65 let (18 osob), méně služeb využívá věková kategorie respondentů 20-40 let (15 osob) a skoro

žádné služby nevyužívají respondenti ve věku nad 65 let (3 osoby). Respondenti s vrozenou zrakovou vadou využívají více podpůrných služeb (19 osob), zejména průvodcovské služby, za to jedinci se získanou zrakovou vadou jich využívají méně (17 osob). Ve velké míře (16 osob) pak jedinci se získanou zrakovou vadou nevyužívají žádné služby.

11 Analýza výsledků, diskuse a návrh oblastí dalšího bádání

Následující tabulky znázorňují výše stanovené cíle, které se zaměřují na oblast hodnocení kvality života, na fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí, podpůrné organizace a využívání jejich služeb respondenty. Tyto okruhy byly následovně sledovány ve třech proměnných, jako je pohlaví, věk a doba vzniku zrakové vady.

Tabulka 50 seskupuje všechny výsledné relativní četnosti, které byly vypočteny v průběhu výzkumu. Tabulka se skládá ze dvou částí, kdy v první části je zapsána relativní četnost spokojenosti s kvalitou života a v druhé části relativní četnost nespokojenosti s kvalitou života. Tučné zvýraznění upozorňuje na nejvyšší hodnotu v každé zkoumané oblasti kvality života a v proměnné pohlaví, věk a doba vzniku zrakové vady.

Tabulka 50 Shrnutí výsledků z jednotlivých otázek

proměnné		Kvalita života	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Organizace
		hodnocení kvality života	vykonávání každodenních aktivit	prožívání negativních pocitů	spokojenost s osobními vztahy	příležitosti pro rozvoj zájmů	znalost organizací
spokojenost / zná organizace							
pohlaví	muži	45,83%	29,17%	62,5%	50%	33,33%	16 osob
	ženy	61,77%	52,94%	47,06%	70,59%	61,77%	27 osob
věk	20-40 let	57,14%	38,09%	57,14%	42,86%	42,86%	16 osob
	40-65 let	57,69%	53,84%	53,84%	69,23%	57,69%	22 osob
	nad 65 let	45,45%	27,27%	45,45%	81,81%	45,45%	5 osob
vada	vrozená	60%	44%	40%	56%	44%	20 osob
	získaná	51,51%	42,42%	63,63%	66,66%	54,54%	23 osob
nespokojenost / nezná organizace							
pohlaví	muži	25%	33,34%	37,5%	16,67%	37,5%	8 osob
	ženy	11,76%	23,53%	52,94%	20,59%	17,64%	7 osob
věk	20-40 let	9,52%	19,05%	39,85%	23,81%	33,33%	4 osob
	40-65 let	15,38%	19,23%	46,1%	23,08%	26,92%	5 osob
	nad 65 let	36,36%	63,63%	54,51%	0%	9,09%	6 osob
vada	vrozená	16%	16%	60%	32%	36%	5 osob
	získaná	18,18%	36,36%	36,36%	9,09%	18,18%	10 osob

Tabulka 51 znázorňuje relativní četnosti hodnocení vlivu zrakové vady na danou oblast kvality života v proměnné pohlaví, věk a doba vzniku zrakové vady. První část tabulky znázorňuje relativní četnost velkého vlivu zrakové vady na kvalitu života a druhá část tabulky znázorňuje relativní četnost malého vlivu zrakové vady na jednotlivé oblasti kvality života. Tučným písmem jsou zvýrazněny nejvyšší hodnoty v jednotlivých proměnných.

Tabulka 51 Shrnutí výsledků z jednotlivých otázek

proměnné		Kvalita života	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Organizace
		vliv ZV* na hodnocení kvality života	vliv ZV na vykonávání každodenních aktivit	vliv ZV na prožívání negativních pocitů	vliv ZV na kvalitu osobních vztahů	vliv ZV na množství zájmových příležitostí	využívání služeb
velký vliv ZV / využívá služby							
pohlaví	muži	66,66%	75,25%	66,67%	25%	45,84%	15 osob
	ženy	52,38%	70,59%	44,12%	52,94%	38,23%	21 osob
věk	20-40 let	57,14%	66,67%	52,38%	66,66%	38,09%	15 osob
	40-64 let	56,25%	65,38%	50%	30,77%	38,46%	18 osob
	nad 65 let	66,67%	100%	63,63%	18,18%	54,54%	3 osoby
vada	vrozená	53,33%	72%	56%	52%	40%	19 osob
	získaná	62,5%	72,72%	51,21%	33,33%	42,42%	17 osob
malý vliv ZV / nevyužívá služby							
pohlaví	muži	5,56%	25%	33,33%	75%	16,66%	10 osob
	ženy	23,81%	29,4%	55,88%	47,06%	29,41%	13 osob
věk	20-40 let	21,43%	33,33%	47,62%	33,33%	28,57%	6 osob
	40-64 let	18,75%	34,62%	50%	69,23%	23,08%	9 osob
	nad 65 let	0%	0%	36,36%	81,81%	18,18%	8 osob
vada	vrozená	20%	28%	44%	48%	24%	7 osob
	získaná	12,5%	27,27%	48,48%	66,66%	24,24%	16 osob

Tabulkové znázornění přehledně zaznamenává výsledky z rozboru jednotlivých otázek v jednotlivých proměnných. Nyní jsou tyto výsledky přiřazeny k jednotlivým pracovním otázkám, které byly stanoveny před začátkem výzkumu.

1) Jak je subjektivně osobami se zrakovým postižením hodnocena kvalita života a jaký má vliv na hodnocení zrakové postižení?

Celkově je kvalita života hodnocena jako dobrá. Dokazují to shodné výsledky z doménových výpočtů z kapitoly 8 s výsledky z podkapitoly 9.1.

V porovnání výsledků z hlediska proměnných lze pozorovat, že v proměnné pohlaví jsou se svou kvalitou života více spokojené ženy (61,77%), než muži (45,83%). Muž jsou v hodnocení kvality života ovlivněni přítomností zrakové vady více (66,66%) než ženy (52,38%).

Z hlediska věku jsou se svou kvalitou života nejvíce spokojeni jedinci ve věku 40-65 let (57,69%), s mírným rozdílem jsou s kvalitou života spokojeni i jedinci ve věku 20-40 let (57,14%). Jedinci nad 65 let jsou s kvalitou života spokojeni nejméně (45,45%). Největší vliv zrakové vady na hodnocení kvality života pociťují respondenti ve věku nad 65 let (66,67%), jedinci ve věku 20-40 let a 40-65 let pociťují s mírným rozdílem menší vliv zrakové vady na hodnocení kvality života (57,14% a 56,25%).

Z hlediska doby vzniku zrakové vady hodnotí svojí kvalitu života lépe jedinci s vrozeným zrakovým postižením (60%) než jedinci se získaným (51,51%). S tímto koreluje zjištění, že zraková vada má větší vliv na jedince se získaným zrakovým postižením (62,5%) než jedince s vrozeným (53,33%).

2) Jak jedinci hodnotí svou schopnost vykonávat každodenní aktivity a jak je v tomto hodnocení ovlivňuje postižení zraku?

Zástupná otázka z oblasti hodnocení fyzického zdraví se věnovala spokojenosti jedince se schopností vykonávat každodenní aktivity a jak je schopnost vykonávání každodenních aktivit ovlivněna přítomností zrakové vady. Celkově respondenti uváděli spokojenost se schopností vykonávat každodenní aktivity (43,1%) a zraková vada je v tomto směru ovlivňuje často (72,41%).

Z hlediska pohlaví jsou ženy více spokojené (52,94%) se schopností vykonávat každodenní aktivity než muži (29,17%), kteří jsou více nespokojeni (33,34%) a ve vykonávání každodenních aktivit jsou více ovlivněni přítomností zrakové vady (75,25%) než ženy (70,59%).

Z hlediska věku jsou s vykonáváním každodenních aktivit nejspokojenější jedinci ve věkové kategorii 40-65 let (53,84%), věková kategorie 20-40 let je méně spokojená (38,09%). Věková kategorie nad 65 let uvádí spokojenost v malé míře (27,27%) a převládá u nich výrazná nespokojenost se schopností vykonávat každodenní

aktivity (63,63%). Nejspokojenější s vykonáváním každodenních aktivit jsou jedinci ve věku 40-65 let a výrazně nespokojeni jsou jedinci ve věku nad 65 let. Vliv zrakové vady na vykonávání každodenních aktivit pocítují vždy jedinci ve věku nad 65 let (100%), menší vliv zrakové vady na schopnost vykonávat každodenní aktivity pocítují jedinci ve věku 20-40 let a 40-65 let (66,67% a 65,38%). Největší vliv zrakové vady na vykonávání každodenních činností pocítují jednoznačně jedinci ve věku nad 65 let.

Jedinci s vrozenou zrakovou jsou s malým rozdílem spokojenější (44%) se schopností vykonávat každodenní aktivity než jedinci se získaným zrakovým postižením (42,42%). Obě skupiny jedinců jsou s mírným rozdílem stejnou měrou spokojeni s vykonáváním každodenních aktivit. Vliv zrakové vady na vykonávání těchto aktivit pocítují jedinci jak s vrozenou tak získanou zrakovou vadou téměř stejně (72% a 72,72%).

3) Jak jedinci hodnotí prožívání negativních pocitů a jak je v tomto hodnocení ovlivňuje postižení zraku?

Zástupná otázka z oblasti prožívání se věnovala tomu, jak častý je u jedinců výskyt negativních pocitů, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost či deprese. Druhou otázkou bylo, do jaké míry výskyt těchto pocitů ovlivňuje zraková vada. Respondenti celkově odpovídali, že takové pocity se u nich objevují zřídka (53,45%), a často jsou ovlivněni zrakovou vadou (53,45%).

Z hlediska pohlaví nepocítují negativní pocity muži (62,5%), a ženy je pocítují často (52,94%). Muži vnímají negativní pocity méně často, tudíž je jejich kvalita života lepší. U mužů je vnímání těchto pocitů často způsobenou zrakovou vadou (66,67%) a u žen jsou zrakovou vadou méně často navezeny (44,12%). U mužů se negativní pocity objevují méně často, ale když už tyto pocity vnímají, tak jsou často navozeny právě zrakovou vadou.

Z hlediska věku vnímají negativní pocity nejméně jedinci ve věku 20-40 let (57,14%), jedinci ve věku 40-65 let je vnímají též málo (53,84%) a jedinci ve věku nad 65 let je pocítují často (54,51%). Nejméně často vnímá negativní pocity věková kategorie 20-40 let, jejich kvalita hodnocena jako nejlepší v této oblasti. Vliv zrakové vady na prožívání negativních pocitů nejčastěji vnímají respondenti ve věku nad 65 let (63,63%), o něco méně je vnímá věková kategorie 20-40 let a kategorie 40-65 let (52,38% a 50%).

Jedinci se získanou zrakovou vadou pociťují negativní pocity málo (63,63%). Jedinci s vrozenou zrakovou vadou je pociťují často (60%). Spouštěčem negativních pocitů bývá právě zraková vada obou skupin pouze s mírným rozdílem. Jedinci s vrozenou i získanou zrakovou vadou jsou v negativních pocitech jejím vlivem ovlivněni často (56% a 51,21%).

4) Jak jsou jedinci spokojeni se svými osobními vztahy a jak jejich kvalitu ovlivňuje postižení zraku?

Z oblasti sociálních vztahů byla vybrána otázka zaměřující se na spokojenost jedinců se svými osobními vztahy a doplněna o otázku, zda je kvalita osobních vztahů ovlivněna přítomností zrakové vady. Celkově jsou jedinci se svými osobními vztahy spokojeni (62,07%) a vliv zrakové vady na jejich kvalitu je posuzován jako malý (58,62%).

Z hlediska pohlaví jsou se svými osobními vztahy více spokojené ženy (70,59%) než muži (50%). Přestože ženy jsou spokojené se svými osobními vztahy, vliv zrakové vady na kvalitu těchto vztahů pociťují větší (52,94%) než muži (25%). Muži totiž uvádějí, že jejich kvalita osobních vztahů není ovlivněna zrakovou vadou (75%).

Dle věku jsou se svými osobními vztahy nejvíce spokojeni jedinci ve věku nad 65 let (81,81%), o něco méně jsou spokojeni jedinci ve věku 40-65 let (69,23%) a nejmenší spokojenost uvádí věková kategorie 20-40 let (42,86%). Z hlediska vlivu zrakové vady na kvalitu osobních vztahů vnímá nejčastěji její vliv věková kategorie 20-40 let (66,66%). U věkové kategorie 40-65 let a nad 65 let není kvalita osobních vztahů ovlivňována zrakovou vadou (69,23% a 81,81%).

Dále jedinci se získanou zrakovou vadou uvádějí větší spokojenost (66,66%) s osobními vztahy než jedinci s vrozenou vadou (56%). Jedinci s vrozenou zrakovou vadou pociťují větší vliv zrakové vady na kvalitu osobních vztahů (52%) než jedinci se získanou zrakovou vadou (33,33%), kteří ve větším množství uvádějí převážně malý vliv zrakové vady na osobní vztahy (66,66%).

5) Kolik jedinci vnímají příležitostí pro rozvoj svých zájmů a jak zrakové postižení ovlivňuje tyto příležitosti?

Následující otázka byla zaměřená na to, zda v prostředí, ve kterém jedinci žijí, mají dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů. Doplnující otázka se zaměřovala na to, zda zraková vada ovlivňuje množství příležitostí pro rozvoj zájmů. Celkově jedinci

hodnotili možnosti pro zájmový rozvoj jako dostatečné (50%) a zraková vada je v tomto směru většinou ovlivňuje (41,38%).

S příležitostmi pro rozvoj svých zájmů jsou více spokojené ženy (61,77%) než muži (33,33%), protože muži jsou v možnostech zájmového rozvoje více limitováni zrakovou vadou (45,84%) než ženy (38,23%).

Z hlediska věku jsou se zájmovými příležitostmi nejvíce spokojeni jedinci ve věku 40-65 let (57,69%), jedinci ve věku nad 65 let jsou spokojeni méně (45,45%) a nejméně jsou spokojeni jedinci ve věku 20-40 let (42,86%). Zraková vada nejvíce limituje v zájmovém rozvoji jedince ve věku nad 65 let (54,54%) a jedinci ve věku 20-40 let a 40-65 let jsou s mírným rozdílem spokojeni méně (38,09% a 38,46%).

Jedinci se získanou zrakovou vadou pocítují větší množství příležitostí pro rozvoj svých zájmů (54,54%) než jedinci s vrozeným zrakovým postižením (44%). Jedinci jak s vrozeným tak se získaným zrakovým postižením vnímají v zájmovém rozvoji vliv zrakové vady ve stejné míře (40% a 42,42%).

6) Znají jedinci se zrakovým postižením organizace, které jim mohou napomoci ke zlepšení kvality života? Využívají jejich služby?

Jedinci se zrakovým postižením mají většinou přehled o podpůrných organizacích (43 osob) v jejich okolí, které pomáhají lidem se zrakovým postižením. Přesto se objevuje i větší počet jedinců (15 osob), kteří žádné organizace neznají a tudíž nemohou využívat jejich služeb, které by mohly napomoci k zlepšení jejich kvality života. Celkově nevyužívají služby (23 osob) i jedinci, kteří organizace znají, protože jejich pomoc nepotřebují. Z hlediska pohlaví mají větší povědomost o organizacích ženy (27 osob) než muži (16 osob), a ženy využívají jejich služeb nejvíce (21 osob). Jedinci ve věkovém rozmezí 40-65 let znají nejvíce organizací (22 osob) a nejvíce využívají jejich služeb (18 osob). Jedinci nad 65 let poté ve velké míře organizace neznají (6 osob) a tudíž nevyužívají skoro žádné jejich služby (8 osob). Z hlediska doby vzniku zrakové vady má téměř stejný přehled o organizacích skupina jedinců s vrozenou a získanou zrakovou vadou (20 a 23 osob). Více jejich služeb využívají jedinci s vrozenou zrakovou vadou (19 osob) než jedinci se získanou zrakovou vadou (17 osob), kteří je ve velkém počtu nevyužívají (16 osob).

11.1 Diskuse a návrh oblastí dalšího bádání

Na základě výsledků výzkumného šetření lze ukázat několik zajímavých faktů. Prvním z takových je, že senioři často vybočují v několika oblastech. Z hlediska zvládnání každodenních aktivit jsou senioři výrazně nespokojeni (63,63%) a tato neschopnost vykonávat každodenní aktivity je navozena přítomností zrakové vady (100%). U seniorů zraková vada nejčastěji vyvolává negativní pocity (63,63%), které se u nich často objevují (54,51%). Dále senioři dle analýzy odpovědí uvádějí, že nevyužívají skoro žádné služby (8 z 11 osob) podpůrných organizací, které by jim mohly napomoci k zlepšení jejich kvality života a pocítují největší vliv zrakové vady na množství zájmových příležitostí (54,54%). Takové zjištění by bylo vhodné prověřit na větším vzorku respondentů. Odlišné výsledky u seniorů jsou ale i kladné, senioři pocítují největší spokojenost (81,81%) s osobními vztahy a kvalita těchto vztahů není (81,81%) ovlivňována přítomností zrakové vady.

Také v proměnné pohlaví byly nalezeny výraznější rozdíly. V otázce vnímání negativních pocitů bylo zjištěno, že muži vnímají negativní pocity málo (62,5%), ale když už je vnímají, tak jsou často navozeny zrakovou vadou (66,67%). Za to ženy vnímají negativní pocity často (52,94%) a jejich výskyt neovlivňuje přítomnost zrakové vady (55,88%). U mužů jsme se setkali s dalším výrazným výsledkem, který ukazuje, že muži nejsou (75%) zrakovou vadou ovlivněni v kvalitě osobních vztahů, zato ženy jsou zrakovou vadou ovlivněny (52,94%) v kvalitě osobních vztahů, i když jsou celkově s osobními vztahy spokojené (70,59%). Muži i ženy se shodli, že zraková vada má velký vliv na vykonávání každodenních aktivit (75,25% a 70,59%). Ženy znají podpůrné organizace více (27 z 34) a více využívají jejich služeb (16 z 34). Celkově pak muži pocítují větší vliv zrakové vady na kvalitu života než ženy.

Z hlediska doby vzniku zrakové vady nebyly zjištěny výrazné rozdíly. V oblasti prožívání negativních pocitů hodnotí větší výskyt těchto pocitů jedinci s vrozenou zrakovou vadou (60%) a přítomnost těchto pocitů je u nich navozena zrakovou vadou (51,21%). V oblasti osobních vztahů jsou jedinci se získanou zrakovou vadou více spokojeni s osobními vztahy (66,66%) a jejich kvalita není ovlivněna přítomností zrakové vady (66,66%). Zato jedinci s vrozenou zrakovou vadou jsou také spokojeni s osobními vztahy (56%), ale jejich kvalitu ovlivňuje zraková vada (52%). I když jsou výsledky v ostatních oblastech téměř shodné, celkově jedinci se získanou zrakovou

vadou hodnotí kvalitu života lepší než jedinci s vrozenou zrakovou vadou, kteří jsou v hodnocení více ovlivňováni právě zrakovou vadou.

Další zkoumání, na které není v této práci prostor, by mohlo být zaměřeno na zkoumání souvislostí mezi získanými informacemi. Například zda tvrzení, že ženy jsou spokojené s příležitostmi pro rozvoj svých zájmů, koreluje se zjištěním, že využívají nejvíce služeb podpůrných organizací a zda muži pocítují nedostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů a služeb využívají méně. Dalším takovým okruhem bádání by mohlo být, zda jedinci, kteří neznají a nevyužívají služby podpůrných organizací, jsou ti, kteří hodnotí celkově svoji kvalitu života jako špatnou a zda jim zraková vada způsobuje informační deficit a neschopnost dopravit se na potřebné místo (otázky týkající se informačního deficitu a schopnosti dopravy nejsou v bakalářské práci vyhodnocovány, ale v dotazníkovém šetření byly zjišťovány). Takovým způsobem by bylo možné najít další možné souvislosti.

Také by mohlo být zajímavé hodnotit kvalitu života u jedinců, kteří mají získanou zrakovou vadu do 2 let. Taková skupina jedinců nebyla do tohoto výzkumu zařazena, protože byl k dispozici pouze malý vzorek respondentů (4 osoby) se získanou zrakovou vadou do 2 let. Dále by bylo zajímavé rozdělit respondenty do kategorií podle stupně zrakové schopnosti na slabozrací, prakticky nevidomí a nevidomí.

Výsledky v této bakalářské práci není možné porovnat s jinou prací, protože nebyl nalezen žádný další relevantní výzkum, který by se obsahově shodoval. Jiné výzkumy jsou převážně jednoznačně orientovány například na jedince s VPMD, či jedince s postupnou ztrátou zraku a jiné a mají převážně kvalitativní design.

Závěr

Tématem práce je výzkum kvality života dospělých jedinců se zrakovou vadou. Podrobně je zkoumán vliv zrakového postižení na jednotlivé oblasti kvality života z pohledu několika proměnných, kterými je pohlaví, věk a doba vzniku zrakové vady.

Bakalářská práce nese kvantitativní design. Východiskem pro sepsání výzkumné části práce byly standardizované anonymní dotazníky WHOQOL-BREF od WHO, které byly obohaceny o dodatečné výzkumné otázky. Dotazníky byly vyplněny 58 respondenty. Vyhodnocování dotazníků v první části výzkumu je zaměřeno na dodržení přesné metodiky předepsané v příručce dotazníku, aby se mohly další výzkumy využít již vyhodnocená data. Druhá část výzkumu je zaměřena na vyhodnocení jednotlivých otázek z oblasti subjektivního vnímání kvality života v dále uvedených oblastech zájmu: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí, podpůrné organizace a využívání jejich služeb z pohledu proměnných jako je pohlaví, věk a doba vzniku zrakové vady. Každá vybraná základní standardizovaná otázka je doplněna o otázku vlivu zrakové vady na danou oblast. Pro přehlednost a lepší orientaci jsou dané otázky znázorněny graficky.

Z výzkumného šetření v komparaci proměnných vyplývá, že nejlépe hodnotí svou kvalitou života ženy, a muži vnímají větší vliv zrakové vady na kvalitu života. Jedinci ve věku 40 až 65 let hodnotí svou kvalitu života ze všech věkových kategorií jako nejlepší a senioři pocítují největší vliv zrakové vady na hodnocení kvality života. Jedinci se získaným zrakovým postižením pocítují lepší kvalitu života než jedinci s vrozeným zrakovým postižením, kteří pocítují větší vliv zrakové vady na hodnocení kvality života.

Z podrobného vyhodnocení výrazněji vybočují senioři, kteří jsou nespokojeni s vykonáváním každodenních aktivit, a zraková vada je v tomto směru často omezuje. Senioři často pocítují negativní pocity, které jsou často navozeny právě zrakovou vadou. Senioři jsou nejvíce ovlivněni zrakovou vadou v příležitostech pro zájmový rozvoj a také ve velké míře nevyužívají služeb podpůrných organizací, které by jim mohly napomoci k zlepšení kvality života. Tuto informaci by bylo vhodné prověřit na větším vzorku respondentů a popřípadě zajistit lepší informovanost o těchto službách pro seniory, či zajistit dopravu, protože nejsou například schopni dopravit se do organizace. Senioři ale v jedné kategorii byly nejspokojenější, a to v kategorii osobních vztahů, jejichž kvalitu neovlivňuje přítomnost zrakové vady. Stejně tak i jedinci ve věku

40-65 let jsou s osobními vztahy spokojeni a zraková vada jejich kvalitu neovlivňuje. Zato jedinci ve věkové kategorii 20-40 let jsou s osobními vztahy nejméně spokojeni a vliv zrakové vady na osobní vztahy pociťují velký.

Muži v proměnné pohlaví prožívají negativní pocity málo, a když už je prožívají, tak jsou způsobeny právě zrakovou vadou. Ženy uvádějí, že negativní pocity vnímají často, ale nejsou navozeny zrakovou vadou. Ženy jsou spokojené s osobními vztahy a zraková vada jejich kvalitu často ovlivňuje, kdežto u mužů není kvalita vztahů ovlivněna zrakovou vadou. Kromě těchto dvou oblastí, jako je prožívání negativních pocitů a osobní vztahy, není z hlediska pohlaví zaznamenáno dalších výrazných rozdílů.

Mnoho velkých rozdílů nebylo zjištěno ani u jedinců se získanou a vrozenou zrakovou vadou. V oblasti osobních vztahů jsou jedinci se získanou zrakovou vadou spokojeni se svými osobními vztahy a zraková vada jejich kvalitu neovlivňuje, zato jedinci s vrozenou zrakovou vadou jsou s osobními vztahy též spokojeni, ale jejich kvalita je často narušována přítomností zrakové vady. Rozdílné výsledky byly zaznamenány i v oblasti prožívání negativních pocitů, které více pociťují jedinci s vrozenou zrakovou vadou a často jsou u nich navozeny přítomností zrakové vady. U jedinců, u kterých zraková vada často vyvolává negativní pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost či deprese, by byla vhodná léčba u psychologa, který by jim mohl napomoci sžít se s faktem zrakové vady a nevnímat ji jako překážku.

Přínosem bakalářské práce je získání statistických dat, která mohou být využita pro komparaci s jinými podobně zaměřenými výzkumy. Data mohou být využita ve smyslu inspirace pro zefektivnění informovanosti o podpůrných organizacích, které by díky svým službám mohly napomoci například seniorům ve zlepšení kvality jejich života, v navázání kontaktů a v množství smysluplných zájmových příležitostí.

Literatura

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.

DRAGOMIRECKÁ, Eva. Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL – překlad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie* [online]. Praha, 2006, **10**(2), 1-7 [cit. 2019-08-23].

FINKOVÁ, Dita, Veronika RŮŽIČKOVÁ a Kateřina STEJSKALOVÁ. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením v dospělém a seniorském věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2744-7.

HAMDOVÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-159-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8303-X.

JESENSKÝ, Ján. *Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně-edukačních pracovníků tyflopeditického spektra*. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5.

JURKOVIČOVÁ, Petra, ed. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením: metodický materiál*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2649-5.

KIMPLOVÁ, Tereza a Marta KOLAŘÍKOVÁ. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?: souhrn (nejen) psychologické problematiky*. 1. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-831-3.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

LITVAK, A.G. *Nástin psychologie nevidomých a slabozrakých*. 1. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1979. ISBN 14-408-79.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Netradiční pohledy na kvalitu života osob se speciálními potřebami*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4869-5.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3286-1.

- MACHÁČEK, Pavel. *Osvětlení a slabozrakost: jak správně svítit a vytvořit vhodné podmínky pro slabozrakého člověka*. 1. Praha: Tyfloservis, 2002. ISBN 80-238-9231-2.
- MAJEROVÁ, Hana. *Vnímání osoby se zrakovým postižením v kontextu specifik představitivosti*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-5052-0.
- MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. 1. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-725-4476-4.
- NOVOHRADSKÁ, Hana. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2009. ISBN 978-80-7368-731-1.
- ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. 1. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-726-2404-0.
- RŮŽIČKOVÁ, Kamila. *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti*. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-383-3.
- SCHINDLEROVÁ, Olga. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých*. 1. Praha: Tyfloservis, 2007. ISBN 978-80-239-8822-2.
- SVÁROVSKÝ, Miloš a Pavel MACHÁČEK. *Bílé hole: brožura*. Praha: Tyfloservis, ©2010.
- SYNEK, Svatopluk a Šárka SKORKOVSKÁ. *Fyziologie oka a vidění*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3992-2.
- ŠIKL, Radovan. *Zrakové vnímání*. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3029-5.
- ŠTROFOVÁ, Helena. *Praktická oftalmologie*. 1. Praha: Mladá fronta, 2018. Medical services. ISBN 978-80-204-4888-0.
- ŠUMNÍKOVÁ, Pavlína. *Možnosti prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2018. ISBN 978-80-7603-005-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Oftalmopsychologie dětského věku*. 1. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-718-4053-X.
- VÍŽDOVÁ, Drahomíra. *Kvalita života pacientů se zrakovým postižením*. Olomouc, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Petr Kolář.

VYMAZALOVÁ, Vanda. *Kvalita života lidí s těžkým zrakovým postižením v pojetí metody SEIQoL* [online]. Olomouc, 2010 [cit. 2019-08-22]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Irena Sobotková.

WIENER, Pavel a Renata RUCKÁ. *Terapie zrakového handicapu*. 1. Praha: [Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS], 2006. ISBN 80-239-6774-6.

WIENER, Pavel. *Praktická výchova zrakově postižených*. 1. Praha: [Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS], 2006a. ISBN 80-239-6773-8.

Internetové zdroje:

Co je zelený zákal neboli glaukom. *www.zeleny-zakal.cz* [online]. Praha: MeDitorial +, ©2018 [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://www.zeleny-zakal.cz/co-je-zeleny-zakal>

Kafira [online]. Opava: Kafira, ©2016 [cit. 2019-11-08]. Dostupné z: <http://www.kafira.cz/>

KONVIČKOVÁ, Klára. *Vývoj osobnosti u dospívajících nevidomých dívek. TYFLOLOGICKÉ LISTY* [online]. Tyfloservis, ©2001, 1999(1-2) [cit. 2019-12-05]. Dostupné z: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl99/07.html>

MAUSSEN, Jana. *Souhrnná zpráva o měření kvality života v ČR* [online]. Úřad vlády České Republiky, 2018 [cit. 2019-08-22]. Dostupné z: www.cr2030.cz

Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s. [online]. Praha: Dědina, ©2010 [cit. 2019-11-08]. Dostupné z: <http://www.dedina.cz/index.html>

Priority eye diseases. *World Health Organization* [online]. Geneva, ©2019 [cit. 2019-11-12]. Dostupné z: <https://www.who.int/blindness/causes/priority/en/>

SEVERA, David, Petr VESELÝ a Pavel BENEŠ. Stanovení naturální zrakové ostrosti. *Základy metod korekce refrakčních vad* [online]. Brno: Vydala Masarykova univerzita Brno, 2016, 2016 [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js16/refrakcni_vady/web/pages/03-naturalni-zrakova-ostrost.html#prettyPhoto

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR [online]. Praha: SONS ČR, ©2012 [cit. 2019-11-08]. Dostupné z: <https://www.sons.cz/>

TyfloCentrum.cz: rozcestník společností poskytujících služby zrakově postiženým v jednotlivých krajích [online]. Brno: TyfloCentrum Brno, ©2002 [cit. 2019-11-08]. Dostupné z: <http://www.tyflocentrum.cz/>

Tyfloservis: rehabilitace nevidomých a slabozrakých [online]. Praha: Tyfloservis, ©2005 [cit. 2019-11-08]. Dostupné z: <https://www.tyfloservis.cz/>

VESELÝ, Petr. Testování zrakové ostrosti. In: *Masarykova univerzita, Lékařská fakulta* [online]. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Brno, 2013,[cit. 2020-03-22]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1411/podzim2013/MPOO0741p/um/zrakova_ostrost.pdf

Zdroje obrázků:

AKOVÁ, Nikol. Způsoby komunikace se zrakově postiženým: Tyfloservis, o.p.s. In: *Severočeská vědecká knihovna Ústí nad Labem* [online]. Ústí nad Labem: Severočeská vědecká knihovna v Ústí nad Labem, p.o., ©2020, 27.2.2013 [cit. 2020-02-27]. Dostupné z:https://www.svku.cz/wp-content/uploads/2013/02/prezentace_zrakpost_27_02_2013.pdf

Matnice optotypu. In: *POLYMEDShop.eu* [online]. Hradec Králové: POLYMED medical CZ, ©2017 [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://www.polymedshop.cz/z14584-matnice-optotypu-pismena>

Test zraku: Barvocit. In: *www.zeleny-zakal.cz* [online]. Praha: MeDitorial +, ©2018 [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://www.zeleny-zakal.cz/test-zraku>

Přílohy

Příloha A- vzor standardizovaného dotazníku

Kvalita života dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF (krátká verze)

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá, co Vás napadne jako první.

Berte při tom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás ptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostává od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaší odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	dobrá	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně, ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi spokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů?

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha B- vzor upraveného dotazníku

Dotazník kvality života se zaměřením na vliv zrakového postižení podle WHOQOL-BREF

Základní data

Pohlaví:

Věk:

Zraková vada/diagnóza:

Jde ve vašem případě o postižení progresivní (zraková schopnost se postupně zhoršuje)?

Stupeň zrakové schopnosti: *lehká/střední/těžká slabozrakost, praktická/úplná nevidomost*

Další případné nemoci či postižení:

Následující otázky se ptají na to, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a jiných důležitých oblastí života. Přečtu Vám jednotlivé otázky spolu s možnostmi odpovědí. Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Pokud si nejste jistý/á, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší odpověď, která Vás napadne jako první.

Myslete prosím na své zásady, očekávání, potěšení a zájmy. Prosíme, abyste přemýšleli o svém životě v horizontu posledního roku.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

1a. Jaké má zrakové postižení vliv na hodnocení kvality Vašeho života?	zanedbatelný	malý	ani malý, ani velký	velký	zásadní
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	dobrá	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5

6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
6a. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení smysl Vašeho života?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
7a. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení schopnost se soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
8a. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení Váš pocit bezpečí?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
10a. Do jaké míry zrakové postižení ovlivňuje spotřebu Vaší energie?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
12a. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení velikost Vašeho příjmu?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
13a. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení dostupnost potřebných informací?	1	2	3	4	5
14. Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5
14a. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení množství příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně, ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

	velmi spokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a se svým bydlením?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak spokojen/a jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?	1	2	3	4	5

Následující otázky se zajímají o to, jak často jste zažíval/a věci, pocity v posledním roce.

	nikdy	zřídka	často	velmi často	stále
26. Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	1	2	3	4	5
26a. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení negativně Vaše prožívání (pocity, náladu)?	1	2	3	4	5
27. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení kvalitu Vašeho spánku?	1	2	3	4	5
28. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení, jak jste schopen/na vykonávat každodenní aktivity?	1	2	3	4	5

29. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení Vaše pracovní uplatnění (schopnost pracovat)?	1	2	3	4	5
30. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení Vaší spokojenost se sebou samým?	1	2	3	4	5
31. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení množství sociálních kontaktů (setkávání s jinými lidmi)?	1	2	3	4	5
32. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení kvalitu vašich vztahů?	1	2	3	4	5
33. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení kvalitu Vašeho sexuálního života?	1	2	3	4	5
34. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení úroveň zdravotní péče?	1	2	3	4	5
35. Do jaké míry ovlivňuje zrakové postižení schopnost dopravit se na místo, kam potřebujete?	1	2	3	4	5

Následuje 5 kvalitativních otázek s možností volné odpovědi (zaznamenejte):

36. Při kterých činnostech Vás zrakové postižení nejvíce omezuje?

37. Máte obavu z něčeho ohledně Vaší budoucnosti? Pokud ano, uveďte, jak byste danou situaci řešil/a?

38. Znáte organizace pomáhající osobám se zdravotním postižením, které mají působnost ve Vašem regionu? Pokud ano, které?

39. Jakých služeb jste doposud využil/a? (např.: průvodcovské služby, přednášky, rehabilitační kurzy, rekondiční pobyty apod.)?

40. Pociťujete aktuálně potřebu nějaké speciální podpory, která by zlepšila kvalitu Vašeho života? Pokud ano, v jaké oblasti?

41. Máte nějaké připomínky nebo zpřesnění, které chcete ještě k hodnocení kvality Vašeho života a prožívání říci?