

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ A JEHO VLIV NA OSOBY SENIORSKÉHO VĚKU

Disertační práce

Mgr. Hana Joklíková

Doktorský studijní program, Speciální pedagogika

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

Olomouc 2014

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně a použila pouze literaturu a zdroje uvedené v seznamu.

V Liberci, 10. 9. 2014

.....

Děkuji mé školitelce doc. Mgr. Ditě Finkové, Ph.D. za vedení práce a přátelský přístup po dobu mého studia.

Děkuji všem jednotlivcům i institucím, které byly ochotny spolupracovat na realizaci výzkumu.

V neposlední řadě děkuji mým blízkým, kteří mě po dobu studia a realizace disertační práce podporovali.

V Liberci, 10. 9. 2014

Hana Joklíková

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1 SENIORSKÝ VĚK	10
1.1 Vymezení seniorského věku	12
1.1.1 Preseniorský věk	16
1.2 Fyzické změny typické pro seniorský věk	18
1.3 Psychické změny typické pro seniorský věk a sociální aspekt stárnutí	22
1.3.1 Specifika v oblasti sociálních vztahů a sociální aspekt stárnutí	26
2 SENIOR SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	32
2.1 Definiční vymezení a klasifikace zrakového postižení	32
2.2 Etiologické faktory vzniku zrakového postižení s akcentem na seniorský věk	35
2.2.1 Stručná anatomie zrakového analyzátoru a fyziologie vidění	36
2.2.2 Katarakta	38
2.2.3 Glaukom	40
2.2.4 Diabetická retinopatie	41
2.2.5 Další možné příčiny vzniku zrakového postižení v seniorském věku	42
2.3 Specifika jedinců s akcentem na seniorský věk, důsledky a praktické dopady zrakového postižení	44
2.3.1 Specifika komunikace se seniory se zrakovým postižením	51
3 VĚKEM PODMÍNĚNÁ MAKULÁRNÍ DEGENERACE	58
3.1 Věkem podmíněná makulární degenerace – základní informace	58
3.2 Základní anatomie sítnice	60
3.2.1 Fyziologie vidění	62
3.3 Příčiny věkem podmíněné makulární degenerace	63
3.3.1 Vliv genetických faktorů	63
3.3.2 Imunologické aspekty	64

3.3.3 Celkové rizikové faktory	64
3.4 Klasifikace a klinický obraz	65
3.5 Možnosti terapie	68
3.5.1 Vyšetřovací metody	68
3.5.2 Možnosti oftalmologické terapie	69
4 VYBRANÉ ASPEKTY SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ INTERVENCE U OSOB SENIORSKÉHO VĚKU SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	72
4.1 Podpora v rámci sociálních služeb	74
4.1.1 Organizace poskytující služby seniorů se zrakovým postižením	76
4.2 Podpora z pohledu terapií a speciálních přístupů ve speciální pedagogice	81
4.2.1 Ergoterapie	81
4.2.2 Arteterapie	83
4.2.3 Trénování paměti	83
4.2.4 Pohybové aktivity	85
4.3 Technická podpora se zaměřením na speciální pomůcky	86
4.4 Příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí	90
5 PREVENCE JAKO JEDEN Z PREDIKTORŮ OCHRANY ZDRAVÍ	95
5.1 Prevence a její charakteristiky	95
5.2 Prevence v kontextu civilizačních onemocnění u cílové skupiny osob preseniorského a seniorského věku	99
5.2.1 Výklad pojmu civilizační onemocnění	99
5.2.2 K prevenci civilizačních onemocnění	102
5.3 Prevence v kontextu očních onemocnění u cílové skupiny preseniorského a seniorského věku	105
5.3.1 Zraková hygiena	108
6 INFORMOVANOST JAKO JEDEN Z INDIKÁTORŮ KVALITY ŽIVOTA	110
6.1 Kvalita života – úvod a teoretické vymezení	110
6.2 Pojetí kvality života v historických souvislostech	113

6.3 Dimenze kvality života	115
6.4 Kvalita života ve vztahu k seniorské populaci a k problematice Informovanosti	116
EMPIRICKÁ ČÁST	
7 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY	121
8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	124
9 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU – CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ ZÁMĚRY A STANOVENÉ HYPOTÉZY	128
10 REALIZACE VÝZKUMU – CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU, METODY SBĚRU DAT, VÝSLEDKY PŘEDVÝZKUMU	132
10.1 Charakteristika výzkumného souboru	132
10.2 Metody sběru dat	133
10.2.1 Metody sběru kvantitativních dat	133
10.2.2 Metody sběru kvalitativních dat.....	135
10.3 Metody fixace dat	136
10.4 Výsledky předvýzkumu	136
11 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	139
11.1 Vyhodnocení a analýza odpovědí u jednotlivých položek dotazníku	139
11.2 Vyhodnocení a analýza specifické přílohy dotazníku pro seniory se zrakovým postižením	177
11.3 Vyhodnocení hypotéz	200
11.4 Případové studie	207
11.4.1 Porovnání sledovaných oblastí	216
12 DISKUZE	220
13 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	228

ZÁVĚR	229
SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	230
ANOTACE	240
SUMMARY	242
RESÜMEE	243
SEZNAM TABULEK	244
SEZNAM GRAFŮ	247
SEZNAM PŘÍLOH	249

ÚVOD

Stárnutí populace a současný nárůst počtu osob seniorského věku znamená výzvu pro mnohé vědní obory, speciální pedagogiku nevyjímaje. Cílová skupina seniorů je početná a také velmi heterogenní, ať už z hlediska věku, sociálního zázemí, samostatnosti a soběstačnosti, zdravotního stavu či přítomnosti (nebo nepřítomnosti) zdravotního postižení. V návaznosti na poslední zmiňované je třeba zmínit, že senioři se zdravotním postižením jsou v této skupině zastoupeni poměrně významně. I skupina seniorů s postižením je ovšem značně různorodá. My jsme si pro výzkumné aktivity vybrali jednu konkrétní cílovou skupinu, a to seniory se zrakovým postižením.

Otázkou, kterou aktuálně řeší snad všechny disciplíny speciální pedagogiky, je optimalizace speciálněpedagogických intervencí s ohledem na potřeby a nejvíce problematické oblasti života u konkrétní klientely. Tuto otázku jsme se v rámci disertační práce rozhodli řešit i my. Vycházíme z předpokladu, že efektivní intervence by měla být zacílena právě do nejproblematictějších oblastí života jedince s postižením a v rámci této práce se proto snažíme o určení těchto oblastí u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením. Kvalitně vedená a dobře zacílená intervence tak může pozitivně ovlivnit vliv zrakového postižení na osoby seniorského věku ve smyslu snížení jeho negativních dopadů.

Výrazným fenoménem soudobé společnosti je prevence a kvalitní informovanost, jakožto možnost předcházení nemoci. V rámci předkládané disertační práce se zabýváme zejména jednou konkrétní oblastí, a to prevencí ve vztahu k očním onemocněním. Tato totiž, jak naznačují počty pozdě odhalených očních onemocnění a na jeho základě vzniklých zhoršení zrakových funkcí, stojí stále ještě na okraji zájmu většinové populace. Přitom včasné odhalení příznaků počínajícího očního onemocnění může mít zásadní vliv na progresi tohoto onemocnění a případný vznik zrakového postižení jím způsobeným. Realizaci prevence a zvyšování informovanosti o problematice očních onemocnění a zrakového postižení v populaci tak můžeme v této souvislosti považovat za jednu z možností, jak snížit negativní vliv zrakového postižení na osoby seniorského věku. Je tedy na místě se touto problematikou v rámci speciální pedagogiky zabývat a usilovat o zlepšení stavu v této oblasti, a to nejen v období senia, ale již v období preseniorském, které je považováno za období přípravy na stáří.

Cílem práce je nastínit teoretická východiska a prezentovat ucelený pohled na zvolenou problematiku. Disertační práce reflektuje aktuální teoretické poznatky z oblastí, které jsou relevantní vzhledem ke zvolenému tématu. Jednotlivé její kapitoly jsou proto věnovány specifikům seniorského a preseniorského věku, specifikům zrakového postižení u seniorů, věkem podmíněné makulární degeneraci jakožto nejvýznamnější příčině zrakového postižení u osob nad 65 žijících v průmyslově rozvinutých zemích, vybraným aspektům speciálněpedagogické intervence u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením, prevenci jakožto jednomu z prediktorů ochrany zdraví a oblasti informovanosti vztážené ke kvalitě života.

V rámci empirické části práce analyzujeme situaci na poli informovanosti a osvěty ve vztahu k očním onemocněním a zrakovému postižení v preseniorské a seniorské populaci a specifikujeme nejvíce problematické oblasti života seniorů se zrakovým postižením. Získané výsledky se pozitivně odrážejí v oblasti speciálněpedagogické teorie i praxe. V teoretické rovině se jedná o obohacení informační základny speciální pedagogiky v oblasti specifik zrakového postižení u jedinců seniorského věku s přesahem do oblasti prevence a informovanosti. V praktické rovině pak mohou zjištěné skutečnosti přispět ke zvyšování informovanosti populace o problematice zrakového postižení a ke zkvalitnění intervencí u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SENIORSKÝ VĚK

První kapitola je věnována problematice seniorského věku, jakožto jednomu ze stěžejních témat disertační práce. Jednotlivé kapitoly jsou vybrány a řazeny tak, aby postihly všechny oblasti, které jsou relevantní vzhledem k tématu a cíli práce. V první podkapitole vymezujeme seniorský věk a také věk preseniorský. Vymezení preseniorského věku včetně jeho základních specifik a úkolů je důležité zejména vzhledem k jedné z dílčích částí výzkumu, která se zabývá komparací některých proměnných v těchto dvou vývojových obdobích, přičemž preseniorské období je v našem pojetí vnímáno jako období přípravy na věk seniorský. Další podkapitoly popisují fyzické a psychické změny ve stáří a v neposlední řadě i sociální rozměr tohoto fenoménu.

Lidská populace stárne stále více. Úměrně s nárůstem počtu osob seniorského věku vzrůstají počty osob s postižením či znevýhodněním, což se týká jak fyziologického stárnutí, pro který Krahulcová (2002, s. 5) uvádí anglický ekvivalent „longevity“ (v překladu „dlouhověkost“), tak patologického stárnutí, pro který uvádí ekvivalent „senescence“. Na významném nárůstu počtu stárnoucích osob se podílejí zejména vyspělé země Evropy a Severní Ameriky, nebo také Japonska. (Krahulcová a kol., 2002)

Na nynějších věkových strukturách značné části evropských populací, které jsou nepravidelné, je patrný vliv událostí v průběhu celého 20. století. V Evropě byla porodnost snížena vlivem dvou světových válek a hospodářskou krizí ve 30. letech. Po válkách se dostavily kompenzační natalitní vlny. V České republice začalo stárnutí populace již v meziválečném období a další vývoj věkové struktury po druhé světové válce byl v ČR pomalý a nerovnoměrný. Situace se u nás výrazně změnila po roce 1990. Stále probíhá přeměna východoevropského modelu reprodukčního chování, které je charakterizováno vysokou úrovní plodnosti i úmrtnosti spolu s vysokou sňatečností

a nízkým věkem lidí, kteří vstupovali do manželství, směrem k západoevropskému modelu. Pro ten je naopak typická nižší sňatečnost a výrazně lepší úmrtnostní poměry, ale i nižší plodnost. K pokračujícímu demografickému stárnutí české populace dochází po roce 1990 nejen snižováním porodnosti, ale také prodlužováním života, přičemž do budoucna se bude stárnutí české populace ještě prohlubovat. (Ondrušová, 2011) Dle populačních prognóz OSN je Česká republika v rámci členských zemí Rady Evropy na 22. místě z hlediska procesu stárnutí, ale podle odhadů se postupně stane jednou z nejstarších evropských populací. Příčinou by přitom měl být na jedné straně přesun silných poválečných ročníků přes hranici 65 let, a na druhé straně pouze mírný vzestup porodnosti a očekávaný pozitivní vývoj úmrtnosti. (Mašková, 2006 in Ondrušová, 2011)

Do roku 2030 se předpokládá vzestup počtu osob seniorského věku o 40–80 %, přičemž se očekává prodloužení střední délky života až o 4 roky u obou pohlaví. Počet jedinců starších 65 let tak bude tvořit 23–25 % populace (u osob nad 80 let věku dojde k vzestupu o 5–8 %). Do roku 2050 bude v České republice nadále pokračovat tento trend stárnutí populace – nad 60 let 40 %, nad 65 let 33 % a nad 80 let téměř 10 %. Každý dvacátý občan ČR tudíž bude starší 85 let. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

Tavel (2009) poukazuje na skutečnost, že skupina jedinců ve starobním důchodu, kteří jsou fakticky považováni za seniory, ačkoliv do této skupiny z hlediska svého věku ještě nespádají, se zvětšuje také proto, že věkové rozpětí stáří se rozšiřuje nejenom nahoru, ale také dolů. Zvyšuje se počet jedinců preseniorského věku, kteří si po ztrátě zaměstnání v tomto období nemohou znovu najít práci. Jako řešení této nepříjemné situace volí předčasný důchod. Schmidbauer (2003 in Tavel, 2009) uvádí, že v Německu tímto způsobem odejde do předčasného důchodu až 90 % lidí. V České republice není situace v tomto ohledu zatím tak dramatická, nicméně se s podobnými případy setkáváme.

Fenomén stárnoucí společnosti patří k současným proměnám společnosti. Nejedná se totiž o pouhé prodloužení života, ale také o psychosociální proměnu obsahu stáří. Mladší stáří ve věku šedesáti až sedmdesáti let obsahuje potenciál vrcholu života. Vzhledem ke znakům, které zůstávají ze životní fáze střední generace, včetně potencionálního zdraví, a novým atributům, vyplývajícím z nového sociálního statusu, jsou v této fázi předpoklady k seberealizaci a k transcendenci dosavadního života. (Sak,

Kolesárová, 2012) Otázkou pak může být to, jak efektivně bude období stáří využito, tím spíše, pokud se délka života a přeneseně tedy i délka stáří, stále prodlužuje. Dožití vysokého věku nad 90 let nebo více nemůže být nikdy konečným cílem či smyslem života. Horská a kol. (1990, s. 453) uvádí, že „Obecná přirozená hranice délky lidského života pravděpodobně neexistuje.“ Antropologové se domnívají, že přirozená délka života leží v rozmezí 90–100 let, biologové soudí, že je ve věku až nad 100 let, dokonce někde v rozpětí 120–130 let. Za nejvyšší dosažitelnou hranici je považován věk zhruba 125 let. (Horská a kol., 1990)

1.1 Vymezení seniorského věku

Osoba seniorského věku je dle různých autorů definována různě a také věk, který vymezuje počátek stáří (sénia) se v závislosti na konkrétním zdroji informací liší. Na obecné úrovni se tradičně hovoří o stáří biologickém, kalendářním a sociálním, přičemž tyto jednotlivé dimenze mohou být u konkrétního člověka v souladu, či nikoliv. Biologické stáří je dáno dosažením určité míry involučních změn, nelze jej ale přesně stanovit, protože neexistují přesná kritéria. Stuart-Hamilton (1994, s. 22) uvádí, že „Výraz biologický věk poukazuje na stav fyzického vývoje či degenerace.“ Má se za to, že psychický aspekt (subjektivní vnímání stáří) je významným faktorem biologického stáří, životní prognózy a rozvoje geriatrické křehkosti. Sociální stáří je souhrnem sociálních změn souvisejících s obdobím stárnutí (změna sociálních rolí, sociálního potenciálu, odchod do penze, pokles životní úrovně, odchod dětí z orientační rodiny, ztráta partnera, ztráta perspektiv a aspirací). Kalendářní stáří je dáno dosažením určitého dohodnutého věku, je tedy snadno a jednoznačně stanovitelné a vyhovuje demografickým i jiným potřebám. Neříká ale nic konkrétního o individuálních fyzických změnách u daného člověka, ani o sociálním rozměru stáří. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

Jedno z dřívějších členění kalendářního stáří pochází od Čornaničové. Ta se spíše přiklání k termínu seniorský věk a pro etapu života člověka po 60. roce věku užívá termín sénium.

To pak dělí následovně:

- starší věk: od 60 do 74 let, jedinec se v tomto období označuje jako starší člověk, zařazuje se do skupiny mladých seniorů;
- stáří: od 75 do 89 let, jedinec se v tomto období označuje jako starý člověk, zařazuje se do skupiny starých seniorů;
- dlouhověkost: od 90 let výše, jedinec se v tomto období označuje jako dlouhověký člověk, zařazuje se do skupiny velmi starých seniorů. (Čornaničová, 1998, s. 30)

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

- 65 – 74 let: mladí senioři (dominuje tematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace);
- 75 – 84 let: staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob);
- 85 a více let: velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení). (Mühlpachr, 2004, s. 21)

Haškovcová (2010, s. 20) uvádí, že v současné době se pro druhou polovinu života nejčastěji používá následující členění:

- 45–59 let – střední, nebo též zralý věk;
- 60–74 let – vyšší věk, nebo rané stáří;
- 75–89 let – stařecký věk, neboli sénium, vlastní stáří;
- 90 let a výše – dlouhověkost.

Haškovcová nicméně dále zdůrazňuje, že stáří je proces diskontinuitní, tedy že v některých obdobích svého života stárne člověk rychleji, v jiných pomaleji. Z praktických důvodů ovšem můžeme podle ní od věku 75 let bez obav u všech jedinců hovořit o skutečném stáří. V běžném životě, laickou veřejností, je ovšem označení „starý člověk“ používáno pro každého, kdo dosáhl penzijního věku. I přes rozdíly mezi penzijními systémy jednotlivých států je většinou za „starého“ považován občan

od 65 let věku. Tím, jak se postupně zvyšuje věková hranice pro odchod do penze, posunuje se i věkové pásmo, které označujeme jako období stáří. Proto se aktuálně rané nebo také počínající stáří datuje do věkového pásma 65–74 let, což odpovídá představě „mladých seniorů“ (Haškovcová, 2010)

Stáří je fáze života člověka, která je ohraničena dvěma časovými body. Horní věková hranice stáří je jasně vymezena smrtí. Spodní hranice je dosti nejasně určena tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, vstupují do života člověka postupně. Až úhrn těchto jevů a procesů tvoří stáří. Každý z těchto jevů a procesů tvořící stáří má svůj vlastní věk a čas, v němž začne působit. Tato individuálnost je provázena a posilována jedinečností každého z nás. Časová diferenciací nástupu jevů a procesů tvořících stáří vzniká na základě genetické zvláštnosti jedince jeho životní historie, ale také v důsledku společenských a kulturních faktorů (životní styl, zdravotní a sociální systém, kvalita životního prostředí, hodnotový systém, charakter práce a celá pracovní oblast). (Sak, Kolesárová, 2012)

Problematika stárnutí populace a nárůstu počtu osob seniorského věku je dnes široce řešena v mnoha vědních oborech. Zrychlené tempo demografického stárnutí vedlo až ke vzniku a rozvoji nové vědní disciplíny – gerontologie, nauce o stárnutí a stáří. Autorem pojmu je mikrobiolog a imunolog I. I. Mečnikov, který jej zavedl na přelomu 19. a 20. století. Ondrušková (2011, s. 14) uvádí, že gerontologie (z řec. gerontos – starý člověk a logos – nauka) je „interdisciplinární věda, která zkoumá zákonitosti, příčiny a projevy stárnutí, problematiku starých lidí a života ve stáří“. Tradičně se gerontologie dělí následovně:

- gerontologie teoretická (zkoumá mechanismy stárnutí, formuluje hypotézy a teorie stárnutí a vytváří teoretické základy pro péči o seniory);
- gerontologie klinická (= geriatrie, geriatrická medicína – zabývá se zdravotním a funkčním stavem stárnoucího a starého člověka, zaměřuje se na studium, prevenci, diagnostiku a léčbu chorob ve stáří a jejich zvláštnosti);
- gerontologie sociální (studuje vzájemné vztahy starých lidí a společnosti a potřeby seniorů, jedná se o velmi širokou problematiku zahrnující demografii stárnutí, sociologii, psychologii, pedagogiku, právní a etické aspekty péče o staré občany, problematiku přípravy na stáří a další). (Ondrušková, 2011)

S mírnými odlišnostmi prezentuje dělení gerontologie např. také Haškovcová (2010, s. 202):

- gerontologie experimentální (zabývá se mechanismy biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a studuje mechanismy biologického a psychologického stárnutí člověka);
- gerontologie klinická neboli geriatrie (je řádný lékařský obor, který se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří a specifickými aspekty léčby starých lidí – zvláštnostmi je zde míněn zejména výskyt více nemocí současně, nezřídka jejich atypický průběh, chronicita a časté komplikace);
- gerontologie sociální (tematizuje sociální dopady stárnutí na stáří člověka, současně si všímá také společenských a sociálních faktorů, jež procesy stárnutí ovlivňují).

Mladá generace dnešní doby je ve shodě s všeobecným trendem zaměřena na svůj úspěch, kariéru, na to, aby obstála v časech, kdy jsou kladeny obrovské nároky na výkon a prosperitu každého jednotlivce. Jedinec seniorského věku proto ztrácí v této souvislosti pro mladou generaci na hodnotě. Pro porozumění vzájemnému vzdalování populace mladých a starých lidí je třeba vzít do úvahy celospolečenské klima a jeho ekonomické aspekty. Právě díky nim může vzrůstat napětí mezi těmito dvěma skupinami. Mladí díky své flexibilitě na trhu práce vytvářejí nejen skutečné hodnoty, ale také pěstují životní styl, který bývá označován jako „zadlužený blahobyt“. Senioři, zejména ti, kteří pobírají starobní důchod, naopak většinou přistupují ke svým financím a výdajům šetrněji a snaží se nikoho se svými případnými problémy neobtěžovat. (Haškovcová, 2012)

Sociální důsledky plynoucí jednak ze změn souvisejících se stářím a jednak z filozofie a hodnotového systému většinové společnosti, jsou tedy závažné. V záměrném nebo i podvědomém srovnávání většina seniorů nedosahuje úrovně mladé generace z hlediska ekonomické produktivity, fyzické i mentální aktivity a také dnes vysoce hodnoceného estetického vzhledu. Senioři jsou pak ohroženi řadou předsudků a mýtů, které mohou vést až k věkové diskriminaci. (Slowík, 2010) Pro věkovou diskriminaci starších lidí mladými užívá Stuart-Hamilton (1999) synonymum ageismus. Macnicol (2006) ovšem upozorňuje na skutečnost, že pojmy ageismus a věková diskriminace jsou odlišné a neměly by se směřovat. Ageismus podle něho znamená aplikaci charakteristik

stereotypně zažitých pro celou skupinu (v tomto případě pro skupinu osob seniorského věku) na konkrétního jedince bez toho, aniž by byly vzaty v potaz skutečné osobnostní charakteristiky tohoto jedince. Věkovou diskriminaci pak vnímá jako znevýhodňování jedince určité věkové kategorie, zpravidla ve vztahu k profesním otázkám (výše platu, pracovního úvazku, pochyby o samostatnosti pracovníka – seniora apod.). Zároveň však Macnicol přiznává, že hranice mezi pojmy jak v teoretické, tak v praktické rovině, je velmi úzká. Podrobněji se o ageismu zmiňujeme v kap. 2.

V českém prostředí navíc stále přetrvává představa o stáří jako období spojeném s nemocí, pasivitou či neschopností vést aktivní a plnohodnotný život, hovoříme o tzv. medikalizaci stárnutí. Snahou je proto změnit toto vnímání směrem k přijetí stáří jako období, které lze prožívat aktivně. (Hasmanová Marhánková, 2013)

1.1.1 Preseniorský věk

Osobami preseniorského věku rozumíme jedince ve věku mezi 50 a 64 lety. Toto období bývá někdy označováno také jako pozdní střední věk (Zaremba a kol., 2007, s. 16). Vágnerová (2007) pro období života člověka od 50 let užívá pojem „starší dospělost“, za její horní hranici považuje věk 60, od kterého již hovoří o stáří. Věk 50 let je podle ní mezníkem, který s definitivní platností potvrzuje počátek stárnutí a tedy i počátek nutnosti se na stáří připravovat. Ačkoliv se s termínem presenium setkáváme v současné době častěji ve slovenské odborné literatuře, než v české, považujeme jej za plně vystihující podstatu toho období života člověka. Tedy zejména vystihující skutečnost, že se jedná o období „před stářím“. Proto jej pro účely této práce dále používáme, přičemž preseniem (preseniorským věkem) rozumíme období života člověka od 50 do 65 let. Shodně se k problému terminologie staví i Rabušic (2006), který pro zmíněné věkové období užívá termín „předseniorský věk“. Zároveň dodává, že se záměrně dopouští jisté nepřesnosti, protože dle definice WHO se věkové rozmezí 45–59 let nazývá středním věkem, rozmezí 60–74 let raným stářím a teprve rozmezí 75–89 let starým věkem. Taktéž se přiklání k názoru, že termín „předseniorský věk“ plně vystihuje podstatu tohoto období a v rámci české populace je vhodný.

Příprava na stáří

Zpravidla se rozlišuje příprava na stáří dlouhodobá, střednědobá a krátkodobá. Příprava jako taková, bez ohledu na její typ, by měla být integrální součástí veškerého edukačního působení již od dětského věku. Do období preseniorského věku (zhruba 10 let před začátkem penzionování, tedy ještě v době ekonomicky aktivního života) je ovšem datována zejména příprava střednědobá. Krátkodobá příprava pak má být realizována v době nejpozději 3–5 před nástupem do starobního důchodu, spadá tedy také do období presenia (Haškovcová, 2010)

Hlavním úkolem presenia je zvládnutí prvních signálů biologického stárnutí a přizpůsobení svého životního tempa aktuálním možnostem. (Vágnerová, 2007) Základem přípravy na stáří je uvědomění si zodpovědnosti a vědomí možnosti ovlivnit do značné míry kvalitu života ve vlastním stáří. Někdy se pro tento typ přípravy užívá termín preseniorské vzdělávání. Příprava na stáří přitom začíná již dětskou zkušeností v orientační rodině, jedná se o pozitivní zkušenost s podobou stáří, s přirozeným pokračováním životního příběhu ve stáří a včleněním starých lidí do rodinného i společenského života. Důležitá je hodnotová orientace člověka, neboť nadosobní hodnoty a cíle trvají i ve stáří a nejsou závislé na společenském postavení, ekonomické situaci apod. Vzdělávací programy dětí by se měly snažit o eliminaci mýtů o stáří a stereotypizace starých lidí. Měly by jasně ukazovat rozdíl mezi stárnutím úspěšným a neúspěšným, zdravě aktivním a chorobně závislým.

Ve středním věku je vhodné rozvíjet síť sociálních kontaktů, posilovat vlastní zaměstnatelnost, konkurenceschopnost na trhu práce a v neposlední řadě dbát o své ekonomické zajištění ve stáří. Podstatné je vědomí, že člověk stárne tak, jak žil, tedy že životní návyky a rysy chování se mění jen nepatrně. Tento fakt se vztahuje nejen na životní styl jako takový, ale také na péči o zdraví či nakládání s penězi. Do popředí se v rámci přípravy na stáří dostává také řešení bytové situace v budoucnu, či budoucí přístup ke službám. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

Neméně důležitou oblastí v rámci přípravy na stáří je oblast materiální. Nemyslí se tím ovšem jenom finanční zabezpečení, ale také zvážení přestěhování do vhodnějšího bydlení, popř. úpravu bytu, zařízení domácnosti vyhovujícími spotřebiči a pomůckami, zvážení vlastnictví chaty či chalupy apod. (Haškovcová, 2010)

V preseniorském věku je více než vhodné věnovat pozornost kontrole a zlepšení zdravotního stavu a posílení zdraví. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012) Výhodné se v této souvislosti jeví zaměřit se nejen na stávající nemoci, ale ve větší míře také na prevenci těch nemocí, které ještě přítomny nejsou, ale které lze včas zachytit a zabránit tak často fatálním následkům v případě jejich progresu do terminálních stádií (onkologická onemocnění, onemocnění kardiovaskulárního systému apod.). Výhodné je pomocí prevence předcházet také všem ostatním stavům, které zhoršují kvalitu života, zrakové postižení vzniklé na podkladě pozdě odhaleného očního onemocnění nevyjímaje.

1.2 Fyzické změny typické pro seniorský věk

Fyzické změny jsou považovány za projev biologického stárnutí, přičemž typickým znakem je snížení výkonnosti všech funkcí organismu, atrofie a změny reakcí organismu na určitou zátěž. Změny se týkají všech orgánových soustav, přičemž doba nástupu a progresu je závislá na konkrétním jedinci, resp. jeho organismu (lékařská anamnéza, aktuální i minulý životní styl apod.)

S věkem se mění spektrum nemocnosti a ve stáří je ve vztahu ke zdraví zdůrazňovaná dvojí problematika. Jednak jsou to zvláštnosti chorob ve stáří, z nichž dominují polymorbidita (přítomnost více nemocí současně), sklon ke chronicitě, atypický průběh nemoci, specifické geriatrické komplikace, či odlišná strategie léčby. Významná je provázanost zdravotní a sociální situace. Druhou oblastí oné dvojí problematiky jsou typické choroby stáří, mezi něž patří např. ischemická choroba srdeční, cévní mozkové příhody, osteoporóza, artróza, Alzheimerova nemoc, katarakta, věkem podmíněná makulární degenerace a další. Kromě výskytu těchto typických onemocnění je zdravotní stav seniorů ovlivněn také typickými involučními změnami. (Topinková, 2010)

Jarošová (2006, s. 22) uvádí následující fyzické změny typické pro seniorský věk:

- celková atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně (včetně tkáně mozkové);
- snížená elasticita orgánů a tkání (s projevem zejména ve vaskulárním systému a plicích);

- snížená funkce endokrinních žláz s následnou hormonální nerovnováhou;
- změněná distribuce tělesných tekutin (množství tekutin v těle se nemění, ale snižuje se obsah intracelulární tekutiny a složení vody v organismu);
- zvýšený obsah tělesného tuku a změny ukládání vápníku v těle;
- zmenšení postavy (v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a svalové ochablosti s následným shrbením postavy);
- změny v minerálovém hospodářství vedoucí ke sníženému množství vápníku v kostech;
- snížená elasticita a výkonnost kosterního svalstva;
- změny na kůži (kůže je suchá, kožní turgor je snížen, objevují se stařecké skvrny);
- snížená činnost vlasové pokožky a vlasových kořínků (vlasy vypadávají, šedivějí);
- zpomalený růst nehtů;
- snížená činnost nervového systému (změny na centrálním i periferním nervovém systému, vzniká senilní porucha motoriky – zhoršení pohybových schopností, porucha stability apod.);
- poruchy spánku (noční buzení, obtížné usínání apod.);
- metabolické změny (zhoršení vstupu glukózy do buněk, snížení bazálního metabolismu, snížení adaptability na změny tělesné teploty);
- změny v oběhovém systému (nižší elasticita cév, snížený průtok krve orgány...);
- změny v respiračním systému (klesá vitální kapacita plic a funkce řasinkového epitelu);
- změny ve vylučovacím systému (zánik ledvinných glomerul s následnou sníženou očištnou funkcí ledvin, snížená elasticita uretry, snížená kapacita močového měchýře, inkontinence apod.);
- změny v trávicím systému (snížená tvorba slin, snížená kyselost žaludečních šťáv, snížená motilita trávicí trubice, snížená peristaltika střev vedoucí k zácpě apod.);
- zhoršení funkce smyslových orgánů (snížení chuti, čichu, sluchu i hmatu).

Stárnutí zraku

Změny spojené se zrakem se projevují na všech strukturách oka. Stárnoucí oční čočka postupně snižuje svou pružnost a tím i schopnost zaostřovat (akomodovat). Tyto uměny

nejčastěji vedou k tzv. presbyopii (stařecká vetchozrakost). Bromley (1988 in Stuart-Hamilton, 1994) odhaduje, že zhruba 75 % seniorů potřebuje brýle a řada z nich nevidí dobře ani s brýlovou korekcí. Věk má vliv i na vnímání světla, vizuální práh se s věkem zvyšuje (tzn., že starší lidé lépe vnímají intenzivnější světlo). To je způsobeno řadou faktorů, včetně snížení maximální velikosti zornice a zhoršujícího se metabolismu receptorových buněk. S věkem se také snižuje rychlost adaptace na změněné světelné podmínky a schopnost regenerace oka po oslnění. Závažnou změnou je i posun v barevném vnímání, senioři vidí v nažloutlejších odstínech (část barevného spektra v blízkosti žluté totiž rozpoznávají dobře, ovšem zelenou, modrou či fialovou mnohem hůře). Dochází k pomalejšímu zpracovávání zrakových podnětů a zmenšování zorného pole. Úbytek orbitálního tuku vede k zapadnutí očí, zvyšuje se výskyt glaukomu a katarakty. Výše uvedené problémy mohou být závažné a mohou seniory zatěžovat, nicméně nemusí je nutně ochromovat. (Stuart-Hamilton, 1994) Stárnutí zraku, existence očního onemocnění a s ním související případný vznik zrakového postižení je v populaci velmi obávaný, podle některých zdrojů se v případě úplné ztráty zraku jedná dokonce o druhé nejvíce obávané onemocnění hned po onemocněních onkologického charakteru. (Wahl, Schulze, 2001)

V geriatrické literatuře se často setkáváme s popisem tzv. geriatrických syndromů. Jedná se o mnohočetné symptomy či syndromy, které mívají chronický průběh, kombinované příčiny a vedou zpravidla k omezení nezávislosti seniora a ke snížení kvality jeho života. Topinková (2005) zdůrazňuje, že tyto syndromy se vyskytují jak v oblasti somatické, tak v oblasti psychické a sociální. V oblasti somatické se jedná zejména o:

- hypomobilitu,
- instabilitu s pády a úrazy,
- imobilitu (imobilizační syndrom),
- inkontinenci,
- poruchy příjmu potravy,
- poruchy termoregulace.

V oblasti psychické se jedná o tyto syndromy:

- demence,
- deprese,
- delirium,

- poruchy chování,
- poruchy adaptace.

V oblasti sociální jsou popisovány tyto syndromy:

- ztráta soběstačnosti,
- závislost na pomoci druhých,
- sociální izolace,
- týrání a zneužívání seniorů,
- dysfunkce rodiny.

Jednou ze specifických oblastí, která bývá v období sénia postižena, jsou funkce duševní, mentální. Renaud a Bédard (2013) zdůrazňuje mimo jiné skutečnost, že u seniorů se zrakovým postižením se častěji vyskytují depresivní poruchy a že přítomnost těchto poruch prokazatelně snižuje kvalitu života těchto osob. Studie ovšem ukazují, že tyto depresivní sklony mohou být pozitivně ovlivněny absolvováním rehabilitačního programu zaměřeného na využívání speciálních pomůcek či metod a technik práce. (Horowitz, Reinhardt, Boerner, 2005).

Oblast duševních poruch je velmi citlivě vnímána samotnými seniory a potencionální přítomnost takového onemocnění vzbuzuje strach a obavy, spolu s onemocněními onkologického charakteru a ztrátou zraku snad nejvýraznější. Diagnostikou, léčbou a rehabilitací duševních onemocnění u osob seniorského věku se zabývá gerontopsychiatrie. Více než kde jinde vyvstává v gerontopsychiatrii problematika sociální – otázky finančního a materiálního zabezpečení seniorů s duševní poruchou, otázky poskytování péče, bydlení i rodinných vztahů. Duševní poruchy vyššího věku jsou dle Lužného (2012) v zásadě dvojího druhu:

1. duševní poruchy byly přítomny u jedince již v raném či dospělém věku a nyní se jejich obraz modifikuje věkem (bipolární afektivní poruchy, rekurentní deprese, závislosti na návykových látkách, úzkostné poruchy apod.);
2. duševní poruchy dosud nebyly u jedince přítomny a vznikly až s vyšším věkem (např. demence, deliriózní stavy, organická afektivní porucha, organická úzkostná porucha apod.), duševní onemocnění této kategorie (tzv. age related disorders) předpokládají vznik v souvislosti s určitým patologickým procesem probíhajícím v mozku či systémově.

Mezi nejčastější psychiatrická onemocnění seniorské populace patří demence různého typu. Těmi se myslí atroficko degenerativní (Alzheimerova demence, demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě apod.), vaskulární i ostatní symptomatické demence (demence při HIV/AIDS, luetická demence, neuroborrelióza, demence u intoxikací apod.). Dále pak deliriózní stavy, organické duševní poruchy (např. afektivní porucha, úzkostná porucha, disociační porucha apod.), závislost na psychoaktivních látkách, deprese, psychotické poruchy, či poruchy spánku. V souvislosti s jedinci se zrakovým postižením stojí v této souvislosti za zmínku tzv. Syndrom Charles Bonnet, který se řadí mezi psychotické poruchy. Syndrom je popisován zejména ve francouzské literatuře, a to u lidí se zrakovým postižením. V jeho popředí stojí živé, detailní a komplexní halucinace zvířat, lidí i prostupujících barevných scén. (Lužný, 2012)

1.3 Psychické změny typické pro seniorský věk a sociální aspekt stárnutí

Změny spojené se stárnutím a stářím se projevují ve všech sférách a oblastech lidského života. Tedy nejen v oblasti fyzické (oblast biologických změn), jak uvádíme výše, nýbrž také v oblasti psychické a sociální. Zejména potom sociální rozměr stárnutí a stáří je pro samotné jedince v seniorském věku velmi významný a spoluurčuje, jakým způsobem bude stáří těmito jedinci přijímáno a prožíváno a jak budou tito jedinci přijímáni a vnímáni neseniorskou populací.

V první části této podkapitoly shrneme nejvýznamnější změny v psychické oblasti a v samostatné subkapitole se zaměříme na specifika v oblasti sociálních vztahů. Tyto dvě oblasti se významně podílejí na utváření uspokojivé kvality života, a to jak seniorů se zrakovým postižením, tak u seniorů z tohoto pohledu intaktních.

Mezi typické změny v oblasti psychické a intelektové patří dle Jarošové (2006, s. 24) tyto:

- snížení kognitivních a gnostických funkcí (zapomínání, zhoršená paměť, koncentrace, výbavnost, schopnost rozpoznat viděné předměty, schopnost rozumět slyšeným zvukům);
- snížení fatických funkcí (snížení funkce řeči, pokles schopnosti pojmenovávat...);
- snížená výkonnost intelektových funkcí;
- zvýšená emoční labilita, výkyvy nálad, častá proměnlivost požadavků a postojů;
- možná citová oploštělost, ztráta citových prožitků;
- celkové povahové změny;
- zvýraznění povahových vlastností a osobnostních projevů (zpravidla těch negativních);
- celkový nebo částečný pokles zájmu;
- změny v hierarchii životních hodnot (orientace na rodinu, zdraví, popř. duchovní hodnoty);
- změny v pořadí potřeb (zvýšená potřeba lásky, sounáležitosti apod.);
- časté bilanční tendence;
- snížená schopnost adaptace na změny

Psychologický profil seniora a charakter změn v psychické oblasti se může poněkud lišit v závislosti na věku seniora, jeho aktuálním zdravotním stavu či dřívějším životním stylu. Senior ve věku 65 let, který celý život vykonával intelektuální povolání, bude vykazovat jiné charakteristiky, např. v oblasti paměti či pozornosti, než senior ve věku 85 let, který vykonával manuální profesi a nikdy neměl žádné intelektuální zájmy.

V důsledku involučních změn mozkové tkáně se projevují např. změny v rychlosti a kvalitě zpracování informací, zhoršení tzv. fluidní inteligence (schopnost zpracovávat nové informace, pružně reagovat, hledat nová řešení problémů), či ve schopnosti uchovávat informace. Mozek seniorů funguje spíše komplexněji, kdežto u mladších jedinců se při řešení problémů aktivizují jen úzce specializovaná centra v mozku. Významnou změnou je zpomalení kognitivních procesů a prodloužení reakčních časů. Celkové zpomalení má za následek až dvojnásobné prodloužení časového limitu nezbytného ke zvládnutí úkolu. Déle trvá nejenom zpracování informací, ale i volba

adekvátní reakce a stejně tak je opožděna reakce na chybu. Zpomalení pracovního tempa může být ale i vědomým rozhodnutím, senior je si vědom toho, že není schopen pracovat rychle a zároveň kvalitně a proto dá přednost pomalejšímu a preciznějšímu přístupu.

Zhoršena je percepce podnětů, které jsou nezbytné pro orientaci v prostředí. Toto zhoršení je zapříčiněno zhoršováním zrakových a sluchových funkcí. Senior se musí mnohem více soustředit, aby viděl a slyšel vše, co potřebuje. Měl by používat kompenzační pomůcky, které mu v orientaci v prostředí pomohou. Oblast kompenzačních pomůcek je ve vztahu k seniorům ovšem dosti problematická, dobře jsou přijímány např. brýle (nosí je většina lidí, i mladších), o poznání hůře již sluchadla, která symbolizují úpadek schopností a jsou typickým příkladem stigmatizace pomůckou. (Vágnerová, 2007)

Také pozornost a paměť doznávají jistých změn. Rozdělování a přenášení pozornosti je pomalejší, s více chybami. Senioři se navíc nedokážou soustředit na více podnětů najednou, jejich kognitivní kapacita je omezená. Tyto obtíže vzrůstají se zvýšením frekvence podnětů a poklesu předvídatelnosti dalšího průběhu konkrétního dne. Zhoršování paměti je známým problémem ve stáří. Zhoršuje se zpracování a ukládání nových informací i vybavování dříve zapamatovaného. Vštípení a uchovávání nových informací závisí na míře funkční flexibility odlišných oblastí mozku a na jejich propojení. V souvislosti s pamětí je nezbytné zmínit, že její kvalita nezávisí pouze na biologických změnách spojených se stárnutím organismu. Paměť patří mezi psychické procesy, které závisí na individuálních předpokladech konkrétního jedince, na předchozím způsobu života, souvisí s mírou vzdělání a užívání paměti. Ve zkratce lze konstatovat, že čím více jedinec během svého života užívá (trénuje) paměť, čím více je intelektuálně aktivní, tím lepší kvalitu bude jeho paměť vykazovat v období stáří. (Vágnerová, 2007) Stuart-Hamilton (1999) poukazuje také na to, že v běžném životě je velmi omezující skutečnost, že senioři mají problém zapamatovat si, co bylo řečeno nebo vykonáno (např. nedokážou správně reprodukovat dění na ulici). To je limituje např. ve vyřizování úředních záležitostí.

Uvažování seniorů mívá jisté typické znaky, které jsou podmíněny stárnutím, ale i změnou životního stylu. Zvyšuje se tendence k dogmatismu, k rigiditě v přístupech

k řešení problému, k odmítání nových postupů. Senioři často využívají zafixované strategie, a to bez ohledu na okolnosti, výhodnost či společenskou přijatelnost. Rigidita se projevuje ulpívavostí a rozvláčností myšlení, přednost je dávána rutině a stereotypu. Vysvětlení vychází ze změn popisovaných v předchozích odstavcích – nechuť ke všemu je dána náročností zpracování nových informací a zhoršeným chápáním kontextu a orientací v něm. Zátěž pak představuje jakákoliv změna, dokonce i ta, která je okolím chápána jako pozitivní.

Emoční prožívání ve stáří může mít různý průběh, v závislosti na souhře faktorů psychických, sociálních a somatických. V rámci stárnutí dochází ke dvěma, na první pohled protichůdným, změnám v emočním prožívání. Na jedné straně se jedná o celkové zklidnění (zmírnění, zpomalení) a na druhé straně o zvýšenou dráždivost (citlivost na určité podněty, labilita). Časté bývá lepší porozumění vlastním emocím na základě životní zkušenosti. Emoční prožitky jsou pro seniory velmi důležité, někdy mnohem důležitější, než byly v předchozích letech. Mají významnou informační hodnotu a pomáhají chápat souvislosti vzniklých situací, ačkoliv emoční hodnocení může být v těchto situacích zkreslující. V období stáří klesá intenzita a frekvence mnohých prožitků, může se měnit i jejich kvalita, přičemž po 60. roce života pomalu plynule klesá četnost pozitivních a stoupá četnost negativních emocí. Důležitým ukazatelem celkového emočního ladění je pocit pohody, který se skládá ze tří složek – životní spokojenost a převaha pozitivních či negativních emocí. (Vágnerová, 2007)

Často se v souvislosti se stářím mluví o labilitě. Osobnosti, které v průběhu života byly stabilní, klidné (okolnosti jejich života byly vždy příhodné a pozitivní) mají menší sklony k labilitě, kdežto osobnosti, které již dříve vykazovaly vyšší míru neklidu, mají sklony k labilitě větší. (Stuart-Hamilton, 1999)

Jednou z priorit v rámci psychologické podpory seniorů je i udržení dobré psychické kondice. Ondrušová (2011) uvádí několik doporučení (upraveno dle Holmerové, 2010), která mají přispět k prevenci duševního onemocnění a udržení duševní (psychické) pohody (tzv. mental wellbeing). Tato doporučení jsou velmi logická a vycházejí z přirozených potřeb každého člověka:

- být v kontaktu s lidmi (s rodinou, přáteli, kolegy, sousedy, tj. doma, v práci i v komunitě);

- být aktivní (najít konkrétní aktivitu, která vyhovuje danému jedinci, baví jej a odpovídá jeho fyzické kondici a dalším možnostem);
- být zvědavý (vnímat podněty okolo sebe, sledovat aktuální dění, umět pozitivně prožívat příjemné chvíle);
- stále se učit;
- dávat (být prospěšný ve svém okolí, vypadat dobře nejen ve společnosti, ale i doma apod.).

Nahlédneme-li kriticky na tato doporučení, je jejich splnění poměrně náročné i pro seniora, u něhož není žádné postižení přítomno. O to složitější bude situace u seniorů, kteří mají zrakové, popř. jiné postižení, které je v plnění jednotlivých bodů limituje. Značným problémem bude hned první z nich, kontakt s lidmi. Senior se ZP je v možnostech kontaktu se společenským prostředím omezen a preferuje zpravidla návštěvy ostatních lidí ve své domácnosti. Také najít aktivitu, která by zohledňovala jak fyzickou kondici jedince, tak limity způsobené zrakovým postižením a důsledky z něj plynoucí, je obtížné. Vnímání okolních podnětů zrakem je buď omezené, nebo zcela nemožné, přístup k vizuálním informacím vyžaduje využití kompenzačních smyslů nebo moderních technologií (resp. jejich kombinaci).

1.3.1 Specifika v oblasti sociálních vztahů, sociální aspekty stárnutí

Pro pochopení sociálních aspektů stáří je vhodné využít vysvětlení na základě teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona. Ten hovoří o tom, že nejdůležitějším úkolem každého jedince v období stáří (v jeho pojetí nad 60 let věku) je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života, tedy přijmout život takový, jaký byl.

Dle Eriksona řeší každý jedinec v tomto věku konflikt mezi integritou a zoufalstvím. Pro dosažení integrity jsou nezbytné některé základní podmínky – pravdivost, smíření a kontinuita. Adekvátní zpracování tématu integrity vede seniora k přijetí svého života a akceptování jeho smyslu. Přijetí sebe sama, odpuštění svých chyb, nesplněných přání, a omylů. Nezpracování tohoto tématu vede postupně k psychickým změnám a změnám rysů osobnosti. V konfliktu pak vítězí zoufalství. (Malíková, 2011)

Rowe a Kahn (1997 in Hasmanová Marhánková, 2013) definují úspěšné stárnutí pomocí tří hlavních komponentů – nízká pravděpodobnost nemoci a postižení, dobrá kognitivní a psychická způsobilost a aktivní zapojení do života. Tento předpoklad ovšem už a priori vylučuje možnost úspěšného stárnutí u seniorů se zrakovým postižením, která je přitom při poskytnutí adekvátní míry a způsobu podpory reálná.

Vágnerová (2007, s. 350) ke změnám socializace uvádí, že „V období stáří dochází k postupné diferencované proměně či redukci různých sociálních dovedností, kterou lze v krajním případě chápat i jako proces desocializace.“ Tento proces má individuální průběh a může být pro okolí nápadnější až v pozdním stáří, kdy senior např. již nevychází ze svého bytu. Tato proměna může mít také podobu přijetí pasivní a submisivní role člověka, který je závislý na svém okolí, který je jím leckdy manipulován a od něhož se vlastní stanovisko v konkrétních situacích neočekává (nebo je dokonce považováno za nežádoucí). Takové vnímání seniora může být podpořeno také specifiky jeho komunikace, která je nepříznivě ovlivněna již zmiňovanými percepčními problémy, dále zpomaleným tempem, paměťovými problémy, změnami jazykových kompetencí (např. zhoršená schopnost využití jazykových kompetencí) a změnami v obsahu komunikace (i banální problémy bývají vnímány jako důležité) (Vágnerová, 2007)

Specifickou událostí sociálního charakteru a významným sociálním mezníkem je odchod do důchodu. Ten znamená pro člověka ztrátu profesní role a společenské prestiže, která je s ní spojena, což narušuje stabilitu i všech ostatních rolí. Důchod je jednoznačným signálem přechodu z ekonomicky produktivního věku do období stáří. Odchodem do důchodu se jedinec de facto stává seniorem, jedná se tedy o významný sociální mezník. Skupinu lidí v důchodu lze považovat za jakousi sociální minoritu, která je majoritní společností chápána jako nevýznamná, neproduktivní a méně užitečná. Období důchodu je doba, která nemá jasně vymezen obsah a obecně platný smysl. Pocit životní pohody se po odchodu do důchodu změnit může a nemusí, zde hraje roli individuální nastavení jednotlivce. V české populaci je tento mezník vnímán zatím spíše pozitivně, jako šance mít čas pro sebe, věnovat se koníčkům apod. (Vágnerová, 2007)

Další důležitou událostí v životě seniora, zpravidla velmi negativně vnímanou a s negativními důsledky, je stěhování z domácího prostředí do zařízení pobytových služeb (domov pro seniory, případně domov se speciálním režimem). Venglářová (2007) upozorňuje na to, že jednou z oblastí přípravy na stáří je také příprava na přesun do rezidenčního zařízení. Popisuje několik konkrétních bodů, které by měly napomoci tomu, aby tento přesun a adaptace na nové prostředí byly co nejméně problematické (s. 16–17):

1. Dobrá příprava seniora na změny ve stáří, především na stěhování do zařízení pro seniory.
2. Seznámení klienta i rodiny se zvyklostmi daného zařízení.
3. Znalost rituálů, zvyků a co možná nejširší přizpůsobení seniorovi.
4. Ponechání osobních věcí, umožnění kontaktu s lidmi a prostředím, na které je senior zvyklý.
5. Přístup ke člověku, „jaký byl“ před vstupem do sociálního zařízení.
6. Akceptace povahových rysů. V seniorském věku si nemůžeme činit nároky na změnu povahy.
7. Respektování přání klienta. Vše, co poskytuje zařízení, bereme jako nabídku, možnost. Zapojení se do každodenních aktivit je svobodná vůle klienta. I když víme, že nečinnost zhoršuje zdravotní i psychický stav, nikoho nenutíme.

Venglářová (2007, s. 16) také vhodně poukazuje na to, jaký je odraz běžných změn ve stáří v chování seniora právě v ústavní péči:

Tabulka 1: Změny ve stáří a jejich odraz v chování seniora v ústavní péči

Fyziologické změny a jejich následky	
změny spánkového rytmu, spánková inverze	pospávání během dne, noční neklid, rušení obyvatel ve spánku
úbytek energie	zvýšená potřeba pomoci, zdánlivě neodpovídá zdravotnímu stavu
snížená chuť k jídlu, snížený pocit žízně	malnutrice, problémy související s dehydratací
poruchy soustředění a paměti	hledání věcí, nepozornost, vyžadování opakování informací, nařčení z krádeže

	svých věcí
Změny kognitivních funkcí	
zhoršení intelektu	při potřebě zvládat nové situace
zhoršení komunikace	déle hledá slova, hůře vybavuje, zhoršeno při poruchách smyslů, nerozumí sdělení
orientace	bloudění, zvláště v neznámém terénu

Malíková (2011) shrnuje následující nepříznivé sociální aspekty stáří:

- odchod do důchodu (častěji jej hůře zvládají muži, kteří nemají kromě pracovních aktivit žádné jiné zájmy a koníčky);
- omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech;
- změna ekonomické situace (zpravidla zhoršení finančního zabezpečení);
- generační osamělost (úmrťí partnera nebo stárnutí osamělé osoby);
- zhoršená možnost kontaktu s přáteli a jinými blízkými osobami;
- sociální izolace;
- strach z osamělosti a nesoběstačnosti;
- fyzická závislost (z důvodu nemoci, pohybového nebo smyslového omezení apod.);
- nutná, ale nevyhovující změna životního stylu;
- strach ze stáří, samoty;
- vliv ageismu;
- stěhování.

Uvádějí se ale také některé pozitivní sociální aspekty stáří. Dle Jarošové (2006) jsou to např. tyto:

- funkční rodina a dobré rodinné vztahy;
- plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří (zajištění vhodného bydlení, penzijního připojištění apod.);
- plánovaná příprava na vyplnění volného času a efektivní nakládání s volným časem;
- možnost uspokojení potřeb.

Výše zmíněné aspekty lze cíleně ovlivňovat, přičemž právě toto ovlivňování patří do úkolů, kterými by se jedinec měl v rámci přípravy na stáří zabývat v preseniorském věku (viz kap. 1.1.1). Úspěšné zvládnutí těchto úkolů zvyšuje šanci na úspěšné, zdravé a aktivní stárnutí.

Změny a ztráty ve stáří, které mají přesah do sociální sféry, přehledně shrnuje Klevetová, Dlabalová (2008, s. 69):

Tabulka 2: Změny a ztráty ve stáří

Změny	Ztráty
Pracovní role	Ztráta pracovního kolektivu a navykých pracovních činností v závislosti na čase
Role otec – matka – prázdné hnízdo	Odchod dětí
Společenská role – odchod do důchodu	Sociální izolace
Rozvod – nemoc – smrt partnera	Osamělost vs. samota
Bydlení – odchod do nemocnice – do domova pro seniory	Soukromí, vlastní domov
Snížení fyzických sil	Neschopnost sebepéče – závislost na druhých
Změna fyzického vzhledu	Ochota něco nového si koupit, zkrášlit svůj obličej i tělo, jít do společnosti
Smyslové funkce	Okamžitá orientace a jednání

V průběhu stárnutí se mění některé potřeby člověka. Charakteristický je pokles potřeby nových podnětů, důraz je naopak kladen na jistotu a stabilitu již známého. Mezi akcentované potřeby v období stáří patří dle Vágnerové (2007, s. 344) tyto:

1. potřeba sociálního kontaktu (vztahy by měly mít symetrický charakter, preferovány jsou kontakty se známými lidmi, naopak méně vyhledávané bývají kontakty s lidmi rozdílného věku, kterým, dle subjektivního hodnocení, senioři méně rozumějí);
2. potřeba citové jistoty a bezpečí (potřeba uspokojení bývá vyšší než v dřívějším období, senioři se cítí obecně více ohroženi různými negativními jevy, bývají

proto opatrnější a důsledněji se snaží vyhnout všem, byť jen potencionálním, nepříjemnostem);

3. potřeba seberealizace (ačkoliv tato potřeba bývá u seniorů opomíjena, její uspokojování je velmi důležité pro předejití rezignaci či pocitům méněcennosti);
4. potřeba otevřené budoucnosti a naděje (přijatelná představa vlastní budoucnosti může být podpořena významnými rolemi, kompetencemi nebo mezilidskými vztahy).

Potřebu uspokojení těchto potřeb je důležité při poskytování podpory seniorům respektovat a maximalizovat snahy o jejich naplnění.

Způsob, jakým je senior vnímán svým sociálním okolím, je ovlivněn také jeho vlastním sebeobrazem. Stuart-Hamilton (1999, s. 161) k tomu uvádí, že „...chceme-li porozumět stárnoucí osobnosti, je třeba zvažovat rovněž vnější vlivy ovlivňující sebeobraz starého člověka a jeho životní spokojenost.“ Hlavní je přitom podle něj vliv stereotypu „typického“ starého člověka. Stereotypy mají pravděpodobně na sebedůvěru seniorů značný vliv, platí, že čím více jim člověk podléhá, tím nižší je jeho sebehodnocení. Mnozí jsou spíše extrovertně zaměřeni, je tedy možné, že považují své vrstevníky za stejné, jako jsou oni sami. Čím kritičtěji pak hodnotí ostatní, tím nižší je jejich vlastní sebehodnocení. Příčinou přehodnocování sebe sama může být u seniorů také změna tělesného vzhledu. (Sturt-Hamilton, 1999)

2 SENIOR SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Následující kapitola se zabývá problematikou zrakového postižení ve vztahu k seniorskému věku. Úkolem jednotlivých podkapitol je podat základní vhled do problematiky zrakového postižení, jeho příčin a důsledků a tyto poznatky obecného rázu vztáhnout do oblasti sénia. Dále pak poukázat na některé méně diskutované oblasti dopadů zrakového postižení na seniora, např. v oblasti dopravy.

Senioři se zrakovým postižením jsou skupina, se kterou se v rámci speciální pedagogiky setkáváme stále častěji. A to zdaleka nejenom v zařízeních a organizacích, které se na tuto skupinu orientují, ale velmi často také v zařízeních běžného typu, zejména v domovech pro seniory. A právě v těchto zařízeních jsou poněkud opomíjenou skupinou, které většinou nejsou poskytovány žádné speciální služby, které by zohledňovaly kvalitativní či kvantitativní změnu zrakových funkcí.

2.1 Definiční vymezení a klasifikace zrakového postižení

Pro potřeby tohoto textu, resp. jeho dalších kapitol a subkapitol, považujeme za vhodné provést alespoň stručnou klasifikaci zrakového postižení a poukázat na jeho nejednotnost v různých oborech lidského zkoumání. Klasifikace se takto liší např. ve speciální pedagogice a v medicíně. Vzhledem k tomu, že v rámci celé práce operujeme s pojmem zrakové postižení, provedeme taktéž jeho definiční vymezení.

Zrakové postižení definuje např. Jesenský (2002, str. 25). Ve své definici nepracuje pouze s poškozením zraku jako takovým, ale poukazuje na širší dopady takového poškození: „Zrakovým postižením rozumíme víc, nežli představuje pouhé poškození anatomických struktur a poruchy funkcí zrakového analyzátoru. Jde o stav, při kterém se toto poškození nebo porucha promítá negativně do všech dimenzí charakterizujících kvality života člověka.“ Jednotlivými dimenzemi rozumí Jesenský jednak schopnosti a vlastnosti člověka, citový život a procesy, jimiž se člověk adaptuje na prostředí, a jednak sféru jednání a výkonů. Spolu s pojmem zrakové postižení definuje Jesenský

i pojem zraková vada, se kterým ve speciální pedagogice taktéž pracujeme. Je to podle něho „...ztráta nebo poškození anatomické stavby zrakového analyzátoru a poruchu v jeho funkcích“ (1988, s. 21). V pojetí Flenerové (1985, s. 8) je zraková vada „Defekt, projevující se nevyvinutím, snížením nebo ztrátou výkonnosti zrakového analyzátoru a tím poruchou zrakového vnímání, orientace v prostoru, pracovních činností závislých na výkonnosti zraku a narušením vytváření sociálních vztahů.“

K aktuálně užívaným definicím zrakové vady patří i vymezení Světové zdravotnické organizace (WHO). V pojetí Desáté mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů se jedná o skupinu „Nemoci oka a očních adnex“:

H 00 – H 06 nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice;

H 10 – H 13 onemocnění spojivky;

H 15 – H 22 nemoci skléry, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa;

H 25 – H 28 onemocnění čočky;

H 30 – H 36 nemoci cévnatky a sítnice;

H 40 – H 42 glaukom;

H 43 – H 45 nemoci sklivce a očního bulbu;

H 46 – H 48 nemoci zrakového nervu a zrakových drah;

H 49 – H 52 poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce;

H 53 – H 54 poruchy vidění a slepota;

H 55 – H 59 jiné nemoci oka a očních adnex.

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

Také WHO nabízí pro osobu se zrakovým postižením běžně užívanou definici, která říká, že „Osoba se zrakovým postižením je ta, která má postižení zrakových funkcí trvající i po medicínské léčbě anebo po korigování standardní refrakční vady a má zrakovou ostrost horší než 0,3 (6/18) až po světlocit, nebo je zorné pole omezeno pod 10 stupňů při centrální fixaci, přitom tato osoba užívá nebo je potenciálně schopna používat zrak na plánování a vlastní provádění činnosti“

Klasifikace zrakového postižení se liší jak mezi jednotlivými zeměmi, tak i v rámci těchto zemí. Jednotlivé země si vymezují kategorie, které mají návaznost na legislativu, proces vzdělávání, volbu povolání, způsobilost k výkonu určitých činností a oblast sociálního zabezpečení. (Kuchynka, 2007) O jisté sjednocení se snaží WHO se svou klasifikací, ve které jsou hodnotícím kritériem vizus (centrální zraková ostrost) a rozsah zorného pole. Od 1. 4. 2014 se užívá její lehce pozměněná verze, ve které jsou termíny „slabý zrak“ a „slabozrakost“ nahrazeny pojmem „zraková vada“:

1. středně těžká zraková vada (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18, minimum rovné nebo lepší než 6/60, kategorie zrakového postižení 1);
2. těžká zraková vada (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60, minimum rovné nebo lepší než 3/60, kategorie zrakového postižení 2);
3. slepota – kategorie 3
 - a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60, minimum rovné nebo lepší než 1/60 nebo odpovídá schopnosti počítat prsty na vzdálenost jednoho metru, kategorie zrakového postižení 3,
 - b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20°, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45°;
4. slepota – kategorie 4 (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 nebo odpovídá schopnosti počítat prsty na vzdálenost jednoho metru, až světlocit nebo omezení zorného pole do 5° kolem centra fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4);
5. slepota – kategorie 5 (žádné vnímání světla, kategorie zrakového postižení 5).

(Zpracováno dle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, aktualizovaná verze k 1. 4. 2014, s. 308), vydáno Ústavem zdravotnických informací a statistiky)

Vizus a rozsah zorného pole ovšem nejsou pro tuzemské potřeby jedinými kritérii, podle nichž je klasifikace prováděna. Přehled klasifikace zrakových vad dle různých kritérií podává Slowík (2007):

Tabulka 3: Klasifikace zrakových vad

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

Z tabulky je patrné, že na konkrétním a finálním obrazu zrakového postižení se podílí mnoho faktorů, resp. jejich kombinace. S využitím těchto kritérií podáváme konkrétnější výpověď o jedinci se zrakovým postižením a jeho obtížích. I další autoři klasifikují podle výše uvedených kritérií, např. Květoňová Švecová dle postižených zrakových funkcí na ztrátu zrakové ostrosti, postižení šíře zorného pole, okulomotorické problémy, obtíže se zpracováním zrakových informací a poruchy barvocitu.

2.2 Etiologické faktory vzniku zrakového postižení s akcentem na seniorský věk

V následující podkapitole stručně představíme nejčastější příčiny vzniku zrakového postižení v seniorském věku. Mezi ně můžeme zařadit věkem podmíněnou makulární degeneraci, glaukom, kataraktu a diabetickou retinopatii. Záměrně se v rámci této podkapitoly nebudeme zabývat podrobnou anatomií zrakového analyzátoru,

ani detailním popisem jednotlivých oftalmologických onemocnění. Máme za to, že pro oblast speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením jsou významné především funkční důsledky konkrétního onemocnění, ale samozřejmě nejen ony. Výjimku, co do podrobnosti popisu, tvoří věkem podmíněná makulární degenerace, která je aktuálně vedoucí příčinou vzniku zrakového postižení u seniorů v průmyslově rozvinutých zemích, a které je věnována celá následující kapitola.

2.2.1 Stručná anatomie zrakového analyzátoru a fyziologie vidění

Oční koule (bulbus oculi) je uložena v oční schránce (orbita), která má tvar čtyřboké pyramidy. Hornová (2011, s. 20) uvádí, že „oční koule je přibližně 24 mm dlouhá...“ Stěna oční koule je třívrstevná, zevní vrstva se diferencuje na bělimu a rohovku. Střední vrstvu, která je nazývána živnatkou, tvoří cévnatka, řasnaté těleso a duhovka. Vnitřní vrstvou je sítnice (retina). (Rozsival et al., 2006)

Bělíma (sclera) zaujímá 4/5 zadního povrchu oční koule, rohovka (cornea) zaujímá zbylou přední pětinu. (Hronová, 2011) Skléra je podpůrná tkáň tvořená hustým kolagenním vazivem. Udržuje tvar bulbu a poskytuje mu i mechanickou ochranu. (Rozsival, 2006) V přední části přechází skléra v rohovku. Rohovka je transparentní optická tkáň, je mechanickou a chemicky neprostupnou bariérou mezi nitrem oka a zevním prostředím. (Kuchynka, 2007). V zadní části je skléra perforovaná prostupem zrakového nervu a kolem zrakového nervu (nervus opticus) prorážejí skléru zadní krátké artérie a nervy. (Rozsival, 2006)

Živnatka (uvea) se skládá z řídkého kolagenního vaziva, jež obsahuje četné cévy a melanocyty. Zadní část živnatky, označovaná jako cévnatka (choroidea), pokrývá zadní dvě třetiny bulbu. Obsahuje velké množství širokých cév, přičemž její vnitřní vrstva zásobuje vnější vrstvu sítnice s tyčinkami a čípky. (Hornová, 2011). Vpředu se živnatka mění v řasnaté těleso (corpus ciliare) a duhovku (iris). „Řasnaté těleso je uloženo za duhovkou a má tvar věnečku. Tvoří ho asi 70 výběžků, mezi kterými vyběhají vlákna závěsného ústrojí čočky“. (Hornová, 2011, s. 31) Na podélném řezu okem se živnatka v oblasti řasnatého tělíska rozšiřuje a získává trojúhelníkovitý tvar, který je zapříčiněn přítomností hladkého svalu, m. ciliaris (ten je inervován

z n. oculomotorius). Díky kontrakci ciliárního svalu je umožněn tah závěsného aparátu čočky, čočka se tak vyklene a uzpůsobí na vidění do blízka. (Rozsival et al., 2006)

Přední část živnatky, která odstupuje z řasnatého tělíska, vytváří duhovku (iris). Duhovka má vzhled tenké cirkulární ploténky s kruhovým otvorem uprostřed, průsvit zornice upravují dva duhovkové svaly, svěrač zornice a rozvěrač zornice. Tyto svaly regulují množství světla dopadající na sítnici. (Rozsival et al., 2006) „Kresbu přední plochy duhovky tvoří radiálně uspořádané trámce.... U tmavých očí je v předním listu více pigmentu, proto tuto kresbu můžeme lépe hodnotit u světlých očí...“ (Hornová, 2011, s. 28)

Ve vnitřní vrstvě oční koule se rozprostírá sítnice (retina). Anatomii sítnice se podrobněji zabýváme v kapitole věnované makulární degeneraci.

Přední komora oční je prostor mezi přední plochou duhovky, čočkou a zadní plochou duhovky. Tento prostor je za normálních okolností vyplněn čirou tekutinou (tzv. komorová tekutina), která se dostává zornicí ze zadní komory do komory přední. (Hornová, 2011) Přebytečná komorová voda se vstřebává tzv. trabekulárním systémem. (Rozsival et al., 2006)

Čočka (lens) je transparentní bikonvexní struktura, která má tři základní funkce. Těmi jsou akomodace, refrakce a udržení své vlastní transparentnosti. Čočka je závěsným aparátem připojena k řasnatému tělesu. Závěsný aparát je tvořen tzv. zonulárními vlákny, která mají dvě hlavní funkce, udržet čočku v optické ose a umožnit akomodaci. (Kuchynka, 2007) Kolín (2007, s. 63) uvádí, že „...čočka má přibližně, podle stavu akomodace, průměr 9 mm a tloušťku 4 mm a plní dioptrické úkoly“. Po narození je čočka avaskulární, bez vlastní inervace. V průběhu života se čočka zvětšuje, mění tvar a také zakaluje (Kuchynka, 2007) Ve věku nad 65 let je určitý stupeň zakalení čočky prokazatelný až u 50 % populace a nad 75 let je šedým zákalem postiženo až 70 % populace. (Kraus a kol., 1997)

Světelné paprsky, které přicházejí do oka, se lámou na sítnici do místa nejostřejšího vidění. Pozorujeme-li blízké předměty, zvyšuje se optická mohutnost čočky a dochází k akomodaci (nepodmíněný reflex). Při akomodaci se tah závěsného aparátu čočky zmenšuje a čočka se svou pružností více vyklenuje a přizpůsobuje se k vidění do blízka.

Při pohledu do dálky dochází k opačnému jevu, závěsný aparát je více napjatý a čočka zploštělá, její optická mohutnost klesá. (Synek, Skorkovská, 2004)

Prostor za čočkou vyplňuje sklivec. „Sklivec (corpus vitreum) má objem asi 4 ml a tvoří asi 4/5 nitroočního obsahu.“ (Kuchynka, 2007, s. 253) Jedná se o transparentní avaskulární pojivovou tkáň, která se skládá ze tří komponent, z tekutiny, makromolekulární síťoviny a buněčné komponenty. Prostory v síťovině jsou vyplněny velkými molekulami kyseliny hyaluronové, která se velkou měrou podílí na gelovité konzistenci sklivce (Kuchynka, 2007)

Součástí oka jsou také tzv. přídatné orgány. Přední část oka je kryta víčky (kožní řasy). Vnější povrch víček je pokryt posunlivou kůží, vnitřní plochu kryje spojivka (tunica conjunctiva). „Spojivka je tenká, lesklá, cévně-mukózní membrána, která vytváří souvislý vak. Pokrývá přední část očního bulbu a zadní plochu víček“. (Kuchynka, 2007, 177) Na přechodu obou ploch víček jsou zepředu ve 3–4 řadách zasazeny řasy (cilia) Na řasy jsou vázány potní a mazové žlázy. V zevní horní čtvrtině očnice je uložena slzná žláza (glandula lacrimalis). Činností víček omývá slzná tekutina rohovku a spojivku a odstraňuje prachové částice. (Rozsival et al., 2006)

2.2.2 Katarakta

Tzv. senilní katarakta (spojená se stárnutím očních struktur) je jednou z nejčastějších příčin výrazného poklesu zrakových funkcí v seniorském věku. Ačkoliv jsou popsány i další typy katarakty, neboli šedého zákalu (posttraumatická, toxická, juvenilní a další), pro potřeby této práce se zaměříme pouze na senilní kataraktu, která je typická právě pro jedince v seniorském věku. Senilní katarakta je v dnešní době dobře operativně řešitelná, s minimem pooperačních komplikací a zpravidla s velmi dobrým výsledkem ve smyslu výrazného zlepšení zrakových funkcí. Kuchynka (2007, s. 386) uvádí, že „Operace katarakty s implantací umělé nitrooční čočky je snad nejefektivnější chirurgická metoda v celé medicíně“. Teoreticky bychom se tedy neměli setkávat se seniory se zrakovým postižením vzniklým na podkladě tohoto onemocnění. Praxe je ovšem často poněkud odlišná, mnoho seniorů má z operace značné obavy a proto se navzdory snížení kvality života rozhodnou ji neabsolvovat.

„Katarakta je jakékoliv zkalení v čočce, které způsobí poruchu průhlednosti a rozptyl procházejícího světla“. (Kuchynka, 2007, s. 386) Je uváděna jako nejčastější příčina slepoty ve světě, diagnóza počínajícího nebo pokročilého šedého zákalu byla stanovena u 91 % populace mezi 75–85 lety věku. Oláh a kol. (1998) uvádí, že senilní katarakta je nejčastější chorobnou změnou čočky. První projevy onemocnění se mohou objevovat již okolo 55. až 60. roku života nebo i dříve. Základní příčinou je ztráta vody a s ní související změny v metabolických procesech, které udržují průhlednost čočky. Mezi subjektivní příznaky katarakty patří snížení zrakové ostrosti, zhoršení zraku za prudkého osvětlení (tzv. glare), snížení kontrastní citlivosti, mytizace oka a monokulární diplopie. (Kuchynka, 2007)

Zpravidla rozlišujeme tři základní typy senilní katarakty, dle převažujícího zkalení. Toto dělení shodně uvádí Rozsival (2006) i Kuchynka (2007). Jedná se podle nich o kataraktu:

- kortikální (zkalení zejména v přední a zadní kortikální vrstvě, obvykle oboustranná, ale často na obou stranách různě pokročilá, první obtíže jsou často pozorovány při jízdě autem za šera či za tmy);
- nukleární (vyvíjí se pomalu, bývá obvykle oboustranná, zákal se nachází v centrálních vrstvách čočky, postupně se jádro čočky zbarvuje v odstínech hnědé, pacienti mívají obtíže při pohledu do dálky);
- zadní subkapsulární (zákal je lokalizován v zadní vrstvě kortexu, je častější u mladších pacientů, více postiženo je vidění do blízka).

Kuchynka (2007) doplňuje k těmto třem typům ještě typ čtvrtý, přední subkapsulární kataraktu, která je vzácnější.

V souvislosti se vznikem katarakty se uvádějí některé rizikové faktory. Prvním z nich je dlouhodobá expozice UV záření, jako prevence se doporučuje ochrana očí pomocí slunečních brýlí. Druhým nejčastěji uváděným rizikovým faktorem je kouření. U těžkých kuřáků, kteří kouří více jak 15 cigaret denně, je přibližně třikrát větší pravděpodobnost vzniku katarakty, než u nekuřáků (cigaretový kouř obsahuje látky, které narušují antioxidační obranný mechanismus čočky). Třetím z faktorů je Diabetes Mellitus (cukrovka). U pacientů s DM se katarakta vyskytuje častěji a v dřívějším věku. Posledním z faktorů je dlouhodobé podávání kortikosteroidů. (Rozsival et al., 2006)

Jedinou účinnou léčbou je v současnosti léčba chirurgická. Indikací pro operaci katarakty je u dospělých osob snížená zraková ostrost (vizus). Aktuálně využívaná operační metoda se nazývá fakoemulzifikace. Jedná se o metodu, při které se využívá speciální sonda k destrukci jádra čočky (nejčastěji pomocí ultrazvuku), k aspiraci čočkové hmoty a výplachu pouzdra čočky. Odstraněná zkalená čočka je nahrazena čočkou umělou. (Kuchynka, 2007)

2.2.3 Glaukom

Výborný (In Rozsíval, 2006 s. 275) uvádí, že „Glaukom je skupina očních chorob, které jsou charakterizovány změnami zrakového nervu v souvislosti se zvýšením nitroočního tlaku. Pokud není nitrooční tlak pod kontrolou, pokračuje glaukom progresivně a nezvratně zužováním zorného pole, které může vést až k úplné slepotě“. Kuchynka (2007, s. 555) doplňuje v souvislosti s definicí glaukomu následující: „Existuje však řada dalších faktorů, které mohou také způsobovat chronickou progresivní neuropatii optiku, a to i při statisticky normálním nitroočním tlaku.“

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

Dle etiopatogeneze rozlišujeme glaukom primární a sekundární, v klinické praxi se pak přidává ještě glaukom dětského věku. U primárního glaukomu není vyvolávající mechanismus zcela znám, naproti tomu u sekundárního glaukomu je znám patologický stav nebo onemocnění, který k jeho rozvoji vede (např. glaukom způsobený luxací či subluxací čočky, steroidní glaukom, glaukom po úrazech oka apod.). Jak u primárního, tak sekundárního glaukomu můžeme rozlišovat, zda je s otevřeným, či uzavřeným úhlem. (Kuchynka, 2007)

Při glaukomu s otevřeným úhlem se zvyšuje nitrooční tlak v tzv. trabekulárním systému, kam se ale tekutina dostává bez překážek. Primární glaukom s otevřeným

úhlem, neboli prostý je stav, jehož počátek i postup bývají plíživé a onemocnění je většinou odhaleno náhodou (např. když si pacient přichází k oftalmologovi pro presbyopickou korekci). Postupné zužování zorného pole, pro onemocnění typické, je totiž velmi nenápadné a je zachyceno často až velmi pozdě. Při glaukomu s uzavřeným úhlem jsou odtokové cesty uzavřeny a nitrooční tekutina se vůbec nedostává do trabekulární tkáně. Primární glaukom s uzavřeným úhlem (tzv. angulární glaukom) vzniká u anatomicky predisponovaných očí (často malé oči), u kterých je přítomný uzávěr komorového úhlu naléhající na duhovku. Projeví se zpravidla akutním glaukomovým záchvatem (bolest oka a hlavy, rychlý pokles vidění, pocity na zvracení). Díky těmto obtížím bývá, na rozdíl od primárního glaukomu s otevřeným úhlem, diagnóza odhalena včas. (Kraus a kol., 1997)

Rozpoznání glaukomu patří k důležitým úkolům praktických lékařů. Včasné doporučení pacienta k oftalmologovi výrazně zvyšuje šance na zastavení progresu onemocnění. Není-li nitrooční tlak pod kontrolou, pokračuje glaukom nezvratně změnami v zorném poli až do stádia nevidomosti. Centrální zrková ostrost přitom zůstává zachována až do pozdních stádií nemoci, což je jeden z důvodů často pozdního stanovení diagnózy a tím i fatálních následků. (Kuchynka, 2007)

2.2.4 Diabetická retinopatie

Fišer in Kuchynka (2007, s. 293) uvádí, že „Diabetická retinopatie... a komplikace proliferativní diabetické retinopatie... jsou nejčastější příčinou praktické slepoty populace v produktivním věku v průmyslových zemích.“ Rozsival (2006, s. 244) doplňuje, že „retinopatie je označení pro patologické změny sítnice a jejích cév, které vznikají v souvislosti s celkovými chorobami“ a zároveň na téže straně poznamenává, že „diabetická retinopatie je nejčastějším vaskulárním onemocněním sítnice“. Spolu se vzrůstající délkou života diabetiků stoupá i počet osob, zejména v seniorském věku, u kterých vznikne zrkové postižení na podkladě diabetické retinopatie. Např. v Německu narostl od roku 1989 počet nevidomých pacientů starších 70 let o 100 %. (Kuchynka, 2007)

Preventivní sledování diabetika oftalmologem je velmi důležité, protože první patologické změny na očním pozadí se objevují již po cca pěti letech od propuknutí DM s tím, že subjektivní příznaky se mohou projevit podstatně později, v době, kdy je sítnice již nenávratně poškozena. (Oláh, 1998)

Rozlišovány jsou tři typy (fáze) diabetické retinopatie:

- neproliferativní diabetická retinopatie (je projevem poškození endotelu cév a mikrotrombóz, typický je výskyt mikroaneurysmat, současně se ukládají tuky v podobě voskovitých ložisek, sklon k tvorbě nových cév je malý);
- preproliferativní retinopatie (vytvářejí se ojedinělá vatovitá ložiska, která se rychle ztrácejí a objevují na jiných místech);
- proliferativní retinopatie (charakteristická je tvorba nových cév, které často krvácejí do sítnice i do sklivce, což způsobuje náhlý akutní pokles vizu). (Moravcová, 2004)

Základem léčby DR je dokonalá kompenzace diabetu a úzká spolupráce diabetologa a oftalmologa, jež spočívá v pravidelných kontrolách očního pozadí. Konzervativní léčba spočívá v užívání tzv. vazoprotektivních léků, nicméně spolehlivá farmakologická léčba nebyla zatím objevena. Příznivé účinky má laserová léčba, kterou lze pozitivně ovlivnit tvorbu taktéž edém makuly, který bývá u diabetiků přítomen. Při neúspěchu laserové terapie nebo při rozvoji závažných stadií onemocnění je indikována chirurgická léčba, která spočívá v tzv. vitrektomii (odstranění sklivce) (Kuchynka, 2007)

2.2.5 Další možné příčiny vzniku zrakového postižení v seniorském věku

V následující podkapitole zmíníme některé další možné oftalmologické příčiny vzniku zrakového postižení v seniorském věku. S těmi se, ačkoliv se vyskytují méně často než výše uvedené, v praxi běžně setkáváme

Jednou z možných příčin jsou fyziologické změny spojené se stárnutím organismu a tedy i struktur oka. Tyto změny se týkají např. poklesu zrakové ostrosti (způsobené

úbytkem čípků v oblasti žluté skvrny), změn v akomodaci (zhoršuje se především schopnost rozlišovat blízké předměty a rozvíjí se tzv. presbyopie, tedy stařecká krátkozrakost), prahové hodnoty zrakového vjemu (s věkem klesá schopnost sítnice adaptovat se na světlo a tmu), změn rozsahu zorného pole a vnímání hloubky a perspektivy. (Oláh, 1998)

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

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

Geriatrické změny na cévách sítnice jsou součástí celkových aterosklerotických procesů. Změny na cévách sítnice se nejvíce podobají změnám v ledvinách. Proto je také sítnice považována za „zrcadlo ledvin“. Vlivem změn na cévách sítnice (angiopatie) se postupně vyskytují i změny na sítnici samotné (angioretinopatie). V nejtěžších případech se pro nedokrvění rozvíjí ischemický edém terče zrakového nervu, spojený s náhlou úplnou ztrátou zraku. V souvislosti s nedokrvěním dochází ke zhrubnutí kolagenových vláken zrakového nervu, dochází k postupnému úbytku vláken. Ten je spojený se zužováním zorného pole a konečně i poklesem vizu. (Oláh a kol., 1998 in Joklíková, 2010)

2.3 Specifika jedinců se zrakovým postižením s akcentem na seniorský věk, důsledky a praktické dopady zrakového postižení

Informace prezentované v následující podkapitole jsou důležité zejména pro pochopení jedinečnosti fenoménu zrakového postižení v seniorském věku. Specifika senia se spojují se specifiky plynoucí z existence zrakového postižení a vytvářejí tak kvalitativně zcela novou situaci. Některá ze specifík se svým způsobem násobí, protože je pozorujeme jak v souvislosti se sěniem, tak v souvislosti s existencí zrakového postižení. Mezi ně patří např. prodloužení reakčních časů či snížená adaptabilita na různá prostředí (viz níže). Květoňová Švecová (2000) k tomuto uvádí, že zrakové postižení nastalé v souvislosti se seniorským věkem skutečně zhoršuje schopnost adaptace na nové životní situace a tato zhoršená schopnost může vést k upadání seniora do pasivity.

„S nárůstem počtu seniorů nad 65 let věku vzrůstá i výskyt chorob spjatých s věkem, čili onemocnění z etiologického hlediska nejrozličnějšího charakteru a druhu“. (Krahulcová, 2002, s. 5) Přes skutečnost, že hlavní působnost medicíny se přesouvá právě do posledních let života člověka, stárnutí představuje problém nejenom lékařský, ale má praktické dopady v oblasti sociální, ekonomické, politické, etické, a v neposlední řadě pedagogické. U člověka se zdravotním postižením lze v procesu stárnutí sledovat celou řadu změn a odlišností. Jde o změny ve vztahu k celkovému charakteru výkonnosti organismu bez zjevné přítomnosti jakýchkoliv dalších změn psychických, dále o somatické a psychické změny typické pro vyšší věk, se kterými je možné se setkat již v období presenia, změny výkonnosti v oblasti zrakové, sluchové a další. Všechny tyto změny pak mohou vést ke vzniku, přetrvávání či akceleraci multihandicapu. (Krahulcová, 2002)

Zrak je dálkový analyzátor, jímž přijímáme 75–90 % informací, pokud je tedy vyřazen z funkce nebo je jeho funkce ve větší či menší míře omezena, nastává u jedinců se zrakovým postižením tzv. sensorický a informační deficit. Ten zasahuje významným způsobem do všech složek života jedince a některé z nich významným způsobem

limituje (sociální vztahy, interpersonální komunikaci a sociální interakci, oblast partnerských vztahů apod.). (Stejskalová in Regec, Stejskalová, 2012)

Již tradiční výčet specifík jedinců se zrakovým postižením podává Jesenský (2002, s. 25). Jesenský postihuje všechny oblasti života člověka a neopomíjí ani sociální rozměr zrakového postižení:

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

Na důsledky zrakového postižení, a to s ohledem na jednotlivé kategorie osob se zrakovým postižením, poukazuje také Stejskalová (in Regec, Stejskalová et al., 2012). Ty jsou podle ní následující:

Důsledky nevidomosti:

- sensorický deficit (a z něho plynoucí informační deficit);
- informační bariéra;
- narušení vývoje poznávacích procesů, oblasti senzomotoriky, narušená tvorba představ, paměti a řeči;
- ovlivnění oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu;
- nezbytnost úpravy výchovně-vzdělávacích podmínek (u seniorů samozřejmě adekvátně k jejich věku);
- limitovaná oblast volby povolání a pracovního uplatnění (u seniorů spatřujeme obtíže spíše v oblasti realizace volnočasových aktivit apod.);

- obtížnější realizace sebeobslužných aktivit;
- vliv na formování a udržování sociálních vztahů.

Důsledky slabozrakosti a zbytků zraku:

- senzorický deficit projevující se v informační bariéře;
- narušení vývoje poznávacích procesů;
- nezbytnost úpravy podmínek výchovně vzdělávacího procesu;
- limitovaná oblast pracovního uplatnění;
- vliv na formování a udržování sociálních vztahů, interpersonální komunikaci a sociální interakci;
- nepřesné vnímání předmětů či jejich detailů, nedokonalá diferenciací barev, písmen, číslic a dalších symbolických zobrazení;
- ztížená prostorová orientace a samostatný pohyb;
- ovlivnění oblasti pracovního výkonu;
- snížená koncentrace, slabší pozornost;
- pomalejší pracovní tempo, rychlejší unavitelnost;
- ovlivnění oblasti grafického výkonu;
- vytváření nepřesných, neúplných nebo zkreslených představ;
- citlivost na dodržování zásad zrakové hygieny;
- větší sugestibilita, možné pocity méněcennosti, možná zvýšená podrážděnost, horší adaptabilita.

Důsledky poruch binokulárního vidění:

- narušení analyticko-syntetické činnosti (a tedy obtíže např. při čtení);
- pomalejší utváření představ, které mohou být deformované;
- zpomalené a méně přesné motorické reakce na zrakové podněty;
- rychlejší unavitelnost spojená se slzením nebo pálením očí;
- častější pocity méněcennosti.

Za jeden z důsledků zrakového postižení je možné označit také nutnost využívání tzv. kompenzačních činitelů. Jedná se činitele nižší, mezi které patří smysly člověka (sluch, hmat, čich a chuť), a kompenzační činitele vyšší, mezi které patří myšlení, řeč, paměť, pozornost a představivost. Úkolem těchto kompenzačních činitelů, nižších i vyšších, je co nejvíce vynahrazovat absenci nebo deficit zrakových podnětů. Je proto žádoucí, v rámci speciálněpedagogických intervencí, tyto činitele rozvíjet a zdokonalovat jejich funkci.

Specifika v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu

V oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu (POSP) se snoubí hned několik faktorů, které podle našeho názoru působí negativně na rozvoj této dovednosti. Hlavním z nich jsou involuční změny organismu a případná onemocnění, která zhoršují kondici seniora, mobilitu, jistotu při lokomoci, zvyšují únavu apod. Dále pak nízká motivace seniora či neznalost služeb a servisu pro osoby se zrakovým postižením, zejména ze strany Tyfloservisu.

Samostatný pohyb seniorů se zrakovým postižením bývá reálně ukončen po přestěhování z původního bydliště, a to nejčastěji do zařízení pobytových služeb, popř. k rodinným příslušníkům. Neznámé nebo méně známé prostředí zpravidla eliminuje pocit jistoty do té míry, že výuka POSP není ani započata a senior se omezí na samostatný pohyb ve svém pokoji, popř. na chodbě či zahradě. Častěji se s tímto jevem setkáváme u seniorů žijících v zařízení pobytových služeb, kde díky servisu pracovníků nevzniká potřeba samostatný pohyb realizovat, i když by mu kromě zrakového postižení nic nebránilo, senior je v dobré kondici, plně mobilní.

Přestěhování seniorů v pokročilém věku jako takové je považováno za specifický gerontologický problém. Jde o závažný stresor, a to i tehdy, je-li přestěhování chtěné. O to závažnější se situace stává v případě, že se jedná o stěhování vynucené rodinou či okolnostmi, stěhování do horších či stejných podmínek nebo dokonce do zařízení pobytových služeb (domova pro seniory). (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012) Motivace k samostatnému pohybu je v takovém případě pochopitelně snížena nebo zcela absentuje.

Specifika v oblasti dopravy a mobility

Možnost využívat dopravní prostředky a prostředky veřejné hromadné dopravy patří dnes k samozřejmostem každodenního života. Dopravní dostupnost může být u osob se zdravotním postižením vnímána jako prostředek redukce izolace a podpory kontaktu se sociálním prostředím. Pro jedince v seniorském věku, u kterého je navíc omezeno nebo zcela absentuje zrakové vnímání, se ovšem v oblasti dopravy objevuje celá řada komplikací, které působí směrem k podpoře inkluze těchto jedinců rušivě.

V oblasti dopravy jedinců se zdravotním postižením patří dle Čevely, Kalvacha, Čeledové (2012) k hlavním komplikacím tyto:

- nepřístupnost dopravních prostředků pro lidi s různým typem zdravotního postižení;
- uživatelská nákladnost dopravy;
- nedostupnost potřebné veřejné dopravy v některých lokalitách;
- nebezpečnost dopravy (úrazovost v silničním provozu a v prostředcích hromadné dopravy);
- další nežádoucí rušivé efekty (hluk apod.).

Seniorů se zdravotním postižením, včetně zrakového, se potom dle výše uvedených autorů týkají všechny zmíněné jevy, a navíc se přidávají ještě tyto:

- omezení ekonomické schopnosti pořizovat, udržovat a užívat motorové vozidlo;
- uživatelské problémy s technologicky vyspělejšími verzemi motorových vozidel;
- involuční změny ovlivňující řízení motorového vozidla;
- význam využívání motorového vozidla pro kvalitu života, volnočasové aktivity a soběstačnost ve stáří (doprava za rodinou a přáteli, na nákupy, na chalupu apod.);

K uvedenému je nutno doplnit, že schopnost řídit automobil je u osob se zrakovým postižením zpravidla výrazně limitována, proto v souvislosti s dopravou u této cílové skupiny bereme do úvahy zejména prvně zmíněné komplikace. Ztráta schopnosti řídit motorové vozidlo patří mezi jeden z nejpálčivějších problémů, a to zejména u mužů, kteří byli v manželském páru jediní, kdo vlastnili řidičský průkaz a zajišťovali tak mobilitu celé rodiny. Spolu se ztrátou schopnosti řídit automobil tak klesá i jejich sociální status a je negativně ovlivněno přijetí zrakového postižení a adaptace na novou situaci života s tímto postižením.

Specifika v oblasti využívání informačních a komunikačních technologií

Informační a komunikační technologie (ICT) jsou jednou z možností, které lze využít ke kompenzaci deficitu zrakového vnímání, a to v podstatě u všech kategorií osob se zrakovým postižením. Jsou také možností, jak zajistit jistotu kontaktu, jsou nástrojem vzdělávání i seberealizace. Vzhledem k tomu, že vývoj a inovace jdou rychle kupředu,

není možné tuto oblast v rámci podpory seniorů se zrakovým postižením opomíjet Bubeníčková a kol. (2012, s. 41) uvádí, že „Zpřístupnění výpočetní techniky lze bez nadsázky považovat za významný milník v gramotnosti uživatelů s těžkým postižením zraku. Díky výpočetní technice mohou uživatelé informace nejen pasivně přijímat (tedy číst nebo poslouchat), ale současně i snadno vytvářet a editovat.“

Dle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012) je význam ICT pro seniory v nadcházející době značný. Nedostupnost či neznalost se stává závažným faktorem sociální exkluze a narušení mezigenerační sounáležitosti. Na druhou stranu poukazují autoři na tyto výhody využívání ICT jedinci seniorského věku:

- posiluje soběstačnost a schopnost života v domácím prostředí i s handicapem;
- usnadňuje komunikaci a kontakt se službami i se správními úřady;
- umožňuje tísňovou péči;
- přispívá ke vzdělávání a informování o okolním dění;
- přispívá k řešení osamělosti;
- umožňuje provozování tzv. „chytrých domů“ (smart house) řízených počítačem a usnadňujících život lidem se zdravotním postižením;
- umožňuje monitorování rizikových pacientů a uživatelů služeb v domácím prostředí;
- posiluje sebevědomí a pocit svébytnosti i kvalitu volného času seniorů s postižením;
- řeší problematiku lidí v odlehlých venkovských oblastech.

Ačkoliv autoři pravděpodobně nezamýšleli ve svém výčtu pozitiv popsat, jak by mohly být ICT prospěšné seniorům se zrakovým postižením, podařilo se jim to velmi dobře. Prakticky všechna ze zmíněných pozitiv by připadala v úvahu, přičemž některá by významně vystupovala do popředí. Mezi nimi by jistě bylo posílení samostatnosti a soběstačnosti v domácím prostředí, usnadnění komunikace s okolním světem, usnadnění získávání informací, potencionální možnost setrvat déle v domácím prostředí, rozšíření možností ke smysluplnému trávení volného času. Všechny tyto oblasti jsou tradičně pocíťovány jako problémové a skýtající prostor ke změně. Zároveň ale většinou nejsou informační a komunikační technologie považovány samotnými seniory se zrakovým postižením za vhodný prostředek k pozitivní změně v těchto oblastech.

Význam využívání informačních a komunikačních technologií (zejména počítače) zdůrazňuje také Bubeníčková (2012) a poukazuje na následující oblasti, ve kterých je možno je využít:

- zaznamenávání informací všeho druhu (poznámky, adresy, telefonní čísla...);
- čtení nejrůznějších tištěných dokumentů, které mohou uživatelé dále ukládat, editovat, předávat dalším osobám;
- ke komunikaci (tvorba dopisů, elektronická pošta, programy pro komunikaci v reálném čase, sociální sítě...);
- studium a vzdělávání;
- smysluplné trávení volného času;
- zaměstnání.

Využívání moderních informačních a komunikačních technologií (zejména ve vztahu k výpočetní technice) osobami se zrakovým postižením, a tedy i seniory, má některá specifika, která shrnuje Bubeníčková a kol. (2012):

- nevidomému uživateli jsou pomocí screenreaderu (odečítače obrazovky) zpřístupněny pouze informace v textové podobě (není tedy schopen pracovat s obrázky, grafy apod.);
- nevidomý uživatel získává informace lineárně, chybí mu tedy kontext zobrazované informace;
- nevidomý uživatel obsluhuje počítač a veškeré programy výhradně z klávesnice pomocí klávesových povelů;
- nevidomý uživatel musí mít operační program a některé aplikace speciálně nastaveny tak, aby byly co nejlépe zpřístupněny;
- nevidomý uživatel nepochopí počítač intuitivně, ale analyticky, musí se naučit konkrétní postupy a řešení;
- slabozraký uživatel v důsledku použití softwarové lupy vidí v jednu chvíli pouze malou část obrazovky, chybí mu kontext zobrazených informací;
- někteří slabozrací uživatelé potřebují jinak nastavené barevné schéma obrazovky, než je standardní nastavení.

2.3.1 Specifika komunikace se seniory se zrakovým postižením

Komunikaci považujeme za jeden ze stěžejních faktorů práce se seniory. Prostřednictvím efektivní komunikace je možno podat seniorovi potřebné informace takovou formou, která by byla pro něho přijatelná a srozumitelná, prostřednictvím komunikace je možno motivovat seniora k aktivní účasti na rehabilitaci, terapii, či rozhodování o svém vlastním životě, nebo vyjádřit úctu k seniorovi, k jeho životu minulému i současnému. Z těchto důvodů se tématu komunikace věnujeme na několika stranách této práce.

Komunikace, jakožto sdělování informací nebo vzájemná výměna informací, je ovlivněna mnoha faktory. Ty se týkají všech pěti složek komunikace, kterými jsou komunikátor (mluvčí), komunikant (příjemce i formací), komuniké (zpráva, sdělení, obsah), komunikační kontext (prostředí a okolnosti, za kterých komunikace probíhá) a zpětná vazba (odpověď).

V komunikaci se seniory je vždy třeba myslet na kritéria úspěšné verbální i nonverbální komunikace a cíleně usilovat o jejich splnění. Tato kritéria vhodně uvádějí např. Venglářová, Mahrová (2006). Kritéria úspěšné **verbální komunikace** jsou podle nich následující:

- jednoduchost (jasné a srozumitelné vyjádření, terminologie adekvátní zkušenostem a znalostem seniora);
- stručnost (stručné a smysluplné sdělení působí profesionálně, zvyšuje důvěru a uklidňuje komunikanta);
- zřetelnost (jasná artikulace, vyloučení mnohoznačných výrazů apod.);
- vhodné načasování (týká se zejména důležitých rozhovorů);
- adaptabilita (komunikátor pružně reaguje na reakce komunikanta a vyhodnocuje verbální o nonverbální signály).

Ve verbální komunikaci pak autorky doporučují užívat některé speciální verbální komunikační dovednosti:

- rezonance (komunikant opakuje některé části sdělení komunikátora, dává najevo, že rozumí tomu, co říká);
- reflexe (forma zestručněného vyjádření podstaty komunikátora sdělení);

- sumarizace (podrobnější vyjádření než reflexe, shrnutí veškerého sdělení komunikátora);
- povzbuzování;
- empatie (vědomé projevení porozumění jiné osobě);
- mlčení (ve spojení s aktivním nasloucháním velmi významný komunikační prvek).

Vedle komunikace verbální ovlivňuje komunikační proces zásadním způsobem také **komunikace nonverbální** (neverbální), která má několik základních složek:

- viziku (oční kontakt, vzájemné pohledy);
 - mimiku (pohyby tváře – nejčastější vyjádření emocí, nálad, či afektů);
 - kinetiku (celkový pohyb jedince dokreslující aktuální fyzický i psychický stav);
 - gestiku (pohyby rukou, které lze dále rozčlenit dle účelu – symbolická gesta, ilustrátory, příkazová gesta, gesta pomáhající zvládnutí zátěžové situace apod.);
 - haptiku (doteky);
 - chronemiku (vyjadřování, strukturování a užívání času, které má v geriatrické péči velký význam);
 - proxemiku (vzdálenost od komunikačního partnera);
 - posturologii (poloha těla, rukou, nohou);
 - teritorialitu (velikost prostoru, který si člověk udržuje okolo sebe a kam pustí jen toho, koho si přeje);
 - paralingvistiku (síla a zabarvení hlasu, intonace, rychlost a plynulost řeči apod.);
 - jiné znaky (oděv, olfaktorické znaky, doplňky, celkový kontext interakce).
- (Procházková, 2010)

U profesionálů, kteří pracují s osobami seniorského věku, je vždy důležité, aby jejich verbální i neverbální projevy byly v souladu, synchronní a navzájem se doplňovaly. Synchronnost projevu zvyšuje důvěryhodnost pracovníka, projev působí přesvědčivě a jedinec lépe spolupracuje. Naopak nesoulad ve verbálním a neverbálním projevu zvyšuje u seniorů nedůvěru, nejistotu, obavy i strach, a způsobuje ztrátu pocitu jistoty a bezpečí. (Malíková, 2010) Při interakci se seniory se zrakovým postižením je třeba zohlednit skutečnost, že zraková percepce je z různé příčiny a různým způsobem negativně ovlivněna nebo je zcela vyloučena a nonverbální komunikace, resp. verbální komunikaci tomu přizpůsobit. V úvahu přichází zmenšení běžné komunikační

vzdálenosti po vzájemné dohodě komunikátora a komunikanta, slovní doprovod nonverbálních projevů komunikátora apod. Ryan (2002) doporučuje využívat při komunikaci se seniory se zrakovým postižením některé specifické komunikační strategie. Mezi ně patří zmenšení vzdálenosti mezi komunikujícími osobami, eliminovat riziko oslnění, eliminovat podněty, které ruší při zrakovém vnímání, snížit či odstranit hluk v místnosti, a opakovat či zjednodušit řečené, je-li to třeba.

Slowík (2010, s. 148) uvádí přehled obvyklých komunikačních problémů spojených s tzv. zdravým (fyziologickým) stárnutím:

Tabulka 4: Komunikační problémy spojené se stárnutím

Sluch	<ul style="list-style-type: none"> - snižuje se citlivost na vyšší tóny - snižuje se schopnost porozumění řeči v horších akustických podmínkách
Řeč	<ul style="list-style-type: none"> - snižuje se rychlost a schopnost slovního vyjadřování - snižuje se schopnost chápání komplexnějších zpráv
Obsah konverzace	<ul style="list-style-type: none"> - snižuje se schopnost porozumění složitým a dlouhým sdělením - snižuje se efektivita a zvyšuje se nejednoznačnost vyjadřování - zvyšuje se soustředění na téma a slovní opisování, klesá soudržnost sdělení
Mluva	<ul style="list-style-type: none"> - zhoršuje se dechová dostatečnost při mluvení - zhoršuje se artikulační přesnost - snižuje se mluvní tempo
Hlas	<ul style="list-style-type: none"> - u mužů se posazení hlasu zvyšuje, u žen se naopak snižuje - zhoršuje se kvalita hlasu

Reakce starších lidí se postupně zpomalují a tomu je třeba přizpůsobit i tempo řeči. Pokud komunikujeme se seniorem s jakýmkoliv druhem zdravotního postižení, volíme strategie odpovídající jeho handicapu vzhledem k osobnosti, druhu a závažnosti postižení a zejména jeho vlastním komunikačním schopnostem a preferovaným formám dorozumívání.

Malíková (2010, s. 229) uvádí řadu faktorů, které ovlivňují kvalitu a výslednou efektivitu komunikace se seniory. Tyto Malíková vztahuje zejména do oblasti pobytových služeb pro seniory, nicméně většina z nich platí na obecné úrovni a týká se veškeré komunikace s jedinci seniorského věku, profesionální i neprofesionální, v ambulantních i pobytových službách. Faktory jsou následující:

- věk, vzdělání a aktuální situace seniora;
- smyslová porucha – především nedoslýchavost;
- snížení kognitivních funkcí a následné ovlivnění jeho schopnosti vyjádřit, co potřebuje, porozumět tomu, co je mu sděleno, zapamatovat si obsah rozhovoru apod.;
- časový prostor na rozhovory a komunikaci s klienty, zejména v pobytových zařízeních;
- upřesnění pojmů v komunikaci;
- vliv prostředí (vhodné či nevhodné podmínky k rozhovoru);
- zájem či nezájem klienta o komunikaci;
- uvědomění si významu komunikace pracovníka s klientem, jeho ochota komunikovat s klienty a vést efektivní komunikaci;
- míra znalosti komunikačních technik a schopnost jejich uplatnění v praxi;
- znalost a schopnost využití neverbálních projevů v komunikaci;
- využití emoční inteligence pracovníka;
- míra využití dalších metod, prostředků a způsobů k navázání komunikace a podporující klientovo vyjádření (arteterapie, muzikoterapie apod.).

K výše uvedenému je nutno poznamenat, že některé z faktorů se u cílové skupiny seniorů zrakovým postižením uplatňují málo a jiné naopak nabývají zásadního významu. K faktorům se sporným významem patří zejména využití některých prvků nonverbální komunikace, konkrétně například mimiky, gestiky, viziky či posturiky. V případě, že zcela absentuje nebo je výrazně omezeno zrakové vnímání a zraková kontrola komunikační situace, nenabývají tyto faktory významu. Míra vlivu faktoru na úspěšnost a efektivitu komunikace je přitom vždy úzce spojena s funkčními dopady konkrétní zrakové vady a nelze ji zcela zobecnit. Mezi faktory, které naopak mají význam značný, patří faktor smyslového postižení, v tomto případě zrakového, či faktor míry znalosti standardních a dalších metod a technik komunikace (znalost zásad

komunikace s osobami se zrakovým postižením, znalost zásad alternativní a augmentativní komunikace apod.).

Při vedení samotného rozhovoru je vhodné dodržovat některé zásady, chceme-li dodržovat efektivní komunikaci. Pokorná (2006) doporučuje tyto:

- provést důkladnou anamnézu a na jejím základě vybrat vhodný komunikační klíč a vhodné komunikační techniky;
- přesně vymežit cíl komunikace, její smysl a účel;
- najít pozici, v níž se budou obě komunikující strany cítit dobře;
- projevit úctu v komunikaci, ale prokazovat ji člověku jako takovému, ne stáří samotnému;
- respektovat omezení seniorského věku;
- respektovat bariéry komunikace (smyslové poruchy, poruchy hybnosti apod.);
- akceptovat specifické problémy (pseudomorbidity, skryté syndromy apod.);
- rozpoznat nemoc jako prostředek k získání pozornosti a péče;
- zohlednit celoživotní historii klienta;
- nepodceňovat stížnosti seniora různého druhu;
- důsledně diferencovat reálné a zástupné problémy seniora.

Kromě výše uvedených je vhodné taktéž respektovat základní pravidla komunikace s jedincem se zrakovým postižením, která uvádí např. Wiener (2007):

- před jakýmkoliv kontaktem, oslovením či dotekem, je třeba dotyčnou osobu oslovit;
- před započítím jakékoliv komunikace se osobě představit, nespoléhat na to, že nás pozná podle hlasu;
- při rozhovoru udržujeme zrakový kontakt, i když je realizace často obtížná, k aktivnímu naslouchání zvolíme nějakou zvukovou techniku, pokývání hlavou jedinec s nevidomostí nezachytí;
- nevyhýbáme se slovům, která mají souvislost se zrakem (např. „viděl jsem, prohlédněte si...“);
- při sdělování instrukcí či popisu nějaké skutečnosti nenahrazujeme směřové pojmy gestikulací, která není pro osobu se zrakovým postižením zachytitelná;
- s žádným člověkem nemanipulujeme ani slovně, ani prakticky, necháváme jej mluvit sám za sebe, nevyřizujeme za něj automaticky jeho osobní záležitosti;

- vždy ohlásíme, pokud odcházíme z místnosti;
- nemanipulujeme osobními věcmi člověka se zrakovým postižením, nepřemisťujeme je bez jeho vědomí.

Grice (1991 in Slowík, 2010) formuloval tzv. obecná maxima pro efektivní komunikaci, která Pluhařová (1999 in Slowík, 2010) aplikuje na komunikaci s jedincem se zrakovým postižením:

1. řekni dost, ale neříkej víc, než je nezbytné, ať je tvé sdělení dostatečně informativní, ale zároveň co nejúspornější (tzv. maximum kvantity);
2. nelži, neříkej polopravdy (tzv. maximum kvality); podávej jen pravdivé a ověřené informace;
3. řekni, co je v daném momentě dialogu smysluplné a relevantní vzhledem k cílům dialogu a k momentální situaci (tzv. maximum relevance);
4. vyjadřuj se jasně, srozumitelně, přesně, jednoznačně, nikoliv dvojsmyslně (tzv. maximum způsobu).

Hovoříme-li o kritériích úspěšné verbální a neverbální komunikaci, je třeba zmínit také význam tzv. **elderspeak** a **ageismu**, které jsou považovány za inhibující a nežádoucí komunikační styly při komunikaci se seniory. Pokorná (2010, s. 62) uvádí, že „Využívání elderspeaku je popisováno jako běžnější v zařízeních poskytujících sociální péči než ve zdravotnických zařízeních, kde je poskytována akutní zdravotní péče, či v komunitní péči...“. Elderspeak vychází ze stereotypu podceňování seniorů a jejich schopností. Starší jedinci jsou v takovém případě považováni za méně kompetentní a proto je strany pečovatелů, ošetřovatelů a dalších osob využíván jednodušší komunikační styl se změněným emocionálním tónem řeči a dalšími paralingvistickými a nonverbálními prvky komunikace. Elderspeak jsou častěji vystaveny osoby, u kterých jsou zřejmé a nápadné změny psychické či mentální schopnosti. (Pokorná, 2010). V anglické literatuře se v souvislosti s výše popsány způsoby přístupu setkáváme také s pojmem „baby talk“ (např. Simpson, 2002), které vychází z faktu, že při užívání elderspeak hovoříme se seniorem podobným způsobem, jako s malým dítětem. Mezi nejčastější způsoby jednání v rámci elderspeak patří užití zpěvného hlasu, přehnané zvýrazňování slov, změna tónu řeči, zjednodušování a zkracování vět, užívání velmi jednoduchého slovníku, zpomalení tempa řeči, zbytečné opakování a parafrázování již

řečeného, užívání familiárních výrazů pro oslovení seniora, nepřírozeně zvýrazněná mimika. (Simpson, 2002)

Hovoříme-li o ageismu, máme na mysli „...věkově podmíněnou diskriminaci, která vychází z předpokladu, že jednotliví zástupci určité věkové kategorie vykazují nejen rozdílné charakteristiky, ale i společenskou a lidskou hodnotu.“ (Pokorná, 2010, s. 69) Ageismus pojem poprvé použil (R. N. Boler koncem 60. let 20. století) je vysvětlován také jako nepřátelství a agresivní chování a averze vůči seniorům a všemu, co seniory připomíná. (Haškovcová, 2010) Definici ageismu podává např. také Vidovičová (2008, s. 5), která uvádí, že „Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin a na základě chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“ Ageismus se projevuje jak na individuální úrovni (názor jednotlivce), tak na mezosociální úrovni (úroveň sociálních skupin, pečovatelských institucí apod.) a makrosociální úrovni (ve vztahu k celostátním legislativním úpravám). (Procházková, 2010) Šíření gerontofobních myšlenek a ageistických tendencí podporují velmi často média prostřednictvím zpráv, ve kterých jsou senioři obecně prezentováni jako nezdatní, pasivní, příjemci služeb, dávek, bezbranné oběti podvodů a dalších trestných činů. Vzniká tak despekt ke stáří jako k bezcenné, zbytečné a pro společnost nákladné fázi života. (Čevela a kol., 2012)

Dalším z potencionálně negativních jevů, které velmi úzce souvisí a prolíná se s předchozími zmiňovanými, je manipulace v komunikaci se seniory, se kterou se často setkáváme jak u poskytovatelů služeb, tak u rodinných příslušníků a dalších blízkých osob. Procházková (2010, s. 97) uvádí, že „Proces komunikace a úroveň vzájemné sociální interakce mezi poskytovateli a příjemci péče významně ovlivňuje výslednou subjektivně vnímanou kvalitu poskytované péče“. Manipulace nemusí být ale nutně vnímána jako aktivita v neprospěch manipulovaného jedince, pokud jí rozumíme např. přesvědčování, které je projevem snahy o zlepšení stavu seniora. Problematickým hlediskem zde podle Procházkové (2010) není využití určitých sociálních technik a dovedností, které mohou být manipulativní, nýbrž cíl, který by byl ve prospěch manipulátora – byly by potlačovány potřeby manipulované osoby a zvýhodněn manipulující jedinec.

3 VĚKEM PODMÍNĚNÁ MAKULÁRNÍ DEGENERACE

Následující kapitola je věnována jedné z možných oftalmologických příčin zrakového postižení v seniorském věku, věkem podmíněné makulární degeneraci. Právě toto oftalmologické onemocnění je nejčastější příčinou nevidomosti u osob seniorského věku, proto považujeme za vhodné věnovat mu zvýšenou pozornost. V rámci kapitoly budou postupně prezentovány základní informace o tomto onemocnění, budou popsány příčiny vzniku onemocnění a jeho důsledky a v neposlední řadě také možnosti terapie. Celá kapitola je převážně medicínsky orientována a čerpá téměř výhradně z lékařské literatury, což je ale vzhledem ke snaze o co nejkomplexnější postižení dané problematiky nezbytné a žádoucí.

3.1 Věkem podmíněná makulární degenerace – základní informace

První podkapitola je vlastně velmi stručným shrnutím celého problému, nabízí vymezení tohoto onemocnění dle různých autorů a velmi stručnou charakteristiku dvou jeho základních forem. Formami se ovšem budeme detailně zabývat v jedné z dalších podkapitol (kap. 3.4).

„Věkem podmíněná degenerace makuly je nejčastější příčinou praktické slepoty u lidí nad 60 let a představuje závažný zdravotně-sociální problém. Onemocnění je projevem stárnutí a je charakterizováno postupným progresivním úbytkem kapilár v choriokapilaris, která zajišťuje látkovou výměnu makulární oblasti sítnice. Pokud je úbytek kapilár nadměrný, výživa makuly trpí a následně nezvratně klesá zraková ostrost. Rozeznáváme dvě formy: suchou a vlhkou formu věkem podmíněné makulární degenerace.“ (Rozsíval et al., 2006, s. 253)

„Věkem podmíněná makulární degenerace je chronickým degenerativním onemocněním postihujícím primárně choriokapilaris, Bruchovu membránu a retinální pigmentový epitel. Je dnes ve vyspělých státech vedoucí příčinou těžkého postižení

centrální zrakové ostrosti u populace nad 60 let. Podle nových statistik lze očekávat do r. 2015 její nárůst o 40 %.“ (Kuchynka a kol., 2007, s. 316)

„VPMD způsobuje ztrátu centrální zrakové ostrosti asi u 6 % osob starších 65 let a asi u 20 % osob starších 75 let.“ (Kuchynka a kol., 2007, s. 316)

„Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) je onemocněním makuly, které můžeme diagnostikovat u pacientů starších 60 let. V souvislosti s trendem stárnutí světové populace jak ve vyspělém světě, tak v rozvíjejících se zemích (Čína, Indie) se budeme (...) s tímto onemocněním setkávat stále častěji.“ (Kolář a kol., 2008, úvod)

Dle Moravcové (2004, s. 74) je věkem podmíněná makulární degenerace „...nezánětlivé pomalu se zhoršující onemocnění centrální části sítnice. Vznik změn na sítnici je dáván do souvislosti se stářím (většinou po 60. roce) a s kornatěním tepen (aterosklerózou).“

Studnička (2008, s. 240) charakterizuje onemocnění následovně: „Věkem podmíněná makulární degenerace je nejčastější příčinou výrazného zhoršení zraku u lidí starších 55 let ve vyspělých průmyslových zemích.“

Suchá forma je způsobena zánikem kapilár v choriokapilaris v oblasti makuly. Jedinci si stěžují na pozvolný pokles zrakové ostrosti, který je spojen s metamorfopsií a vznikem drobných skotomů v centru zorného pole. Obtíže jsou patrné zejména při čtení. Postupně se zvyrazňuje centrální skotom vedoucí až k praktické nevidomosti.

Vlhká forma je způsobena růstem novotvořených cév z cévnatky, které se šíří pod Bruchovou membránou. V membráně vznikají trhliny, jimiž novotvořené cévy pronikají pod pigmentový epitel sítnice. Tam se šíří jako fibrovaskulární subretinální membrána. Zmíněné novotvořené cévy mají zvýšenou permeabilitu, tedy probíhá zvýšená transudace tekutiny pod sítnici. Následuje odlučování pigmentového epitelu, spojené s náhlým a výrazným poklesem zrakové ostrosti a vznikem velmi rušivých metamorfopsií. Novotvořené cévy vykazují vysokou křehkost a často krvácejí do subretinálního prostoru. Toto krvácení stimuluje tvorbu vazivové tkáně a v makule se tvoří vazivový útvar, nazývaný pseudotumor nebo disciformní makulární degenerace.

Postup změn je u této formy rychlejší a dramatičtější, v krátké době je pozorován velmi výrazný pokles zrakové ostrosti. (Rozsival et al., 2006)

3.2 Základní anatomie sítnice

Vzhledem k tomu, že v průběhu celé kapitoly bude předpokládána alespoň základní znalost anatomie sítnice a bude operováno s odbornými termíny z této oblasti, prezentujeme tyto poznatky v rámci první podkapitoly. Jejich znalost navíc považujeme za velmi důležitou pro pochopení podstaty onemocnění.

Kolář (2008, s. 1) uvádí k základní charakteristice sítnice (retiny) následující: „Sítnice představuje makroskopicky velmi jemnou transparentní blánu růžového zbarvení o ploše přibližně 266 mm².“

Sítnice je nejvnitřnějším listem stěny oční koule. Její tloušťka se pohybuje mezi 0,5 mm a 0,1 mm (nejsilnější je při papile zrakového nervu a při okraji fovey a nejtenčí při ora serrata). U dospělého jedince rozlišujeme na sítnici dvě části – pars coeca retinae (má podobu dvouvrstevného epitelu a pokrývá vnitřní plochu řasnatého tělíska a zadní plochu duhovky) a pars optica retinae (pokrývá celý vnitřní povrch cévnatky a slouží ke zrakové funkci). Obě části jsou odděleny zubovitou linií ora serrata. (Kuchynka a kol., 2007) K cévnatce je retina volně přiložena prostřednictvím pigmentového epitelu, pevně fixována je pouze k terči zrakového nervu a k ora serrata. Mezi senzorickejší sítnicí (pars optica) a pigmentovým epitelem sítnice se nachází potenciální subretinální prostor, ve kterém se za patologických jevů, kterým je např. i VPMD, může kumulovat subretinální tekutina nebo krev. (Kolář, 2008) V pars optica retinae se popisuje dle histologické stavby devět vrstev (Kuchynka, 2007):

1. vrstva fotoreceptorů (tyčinek a čípků),
2. membrana limitans externa,
3. zevní jádrová vrstva,
4. zevní plexiformní vrstva,
5. vnitřní jádrová vrstva,
6. vnitřní plexiformní vrstva,

7. vrstva gangliových buněk,
8. vrstva nervových vláken,
9. membrana limitans interna.

Některé oblasti sítnice mají odlišné strukturální uspořádání, které je odvislé od jejich specializované funkce a z klinického hlediska může mít jejich postižení zásadní vliv na činnost zrakového orgánu. Velmi důležité postavení, a to nejenom vzhledem k VPMD, má tzv. makula. Makulou se rozumí okrouhlá centrální oblast (area centralis) na zadním pólu oka o průměru 5,5 mm. Makula je tvořena třemi základními částmi, kterými jsou umbo, foveola a fovea.

Fovea centralis představuje jamkovitou prohlubeň vnitřního povrchu sítnice uprostřed makuly, nachází se 3 mm temporálně od centra terče zrakového nervu. Dominantním fotoreceptorem fovey jsou čípky. Žlutá barva fovey a makuly je dána pigmenty ze skupiny karotenoidů – luteinem a zeaxantinem. Tyto karotenoidy slouží mimo jiné jako filtr a ochrana proti krátkovlnnému UV záření.

V centru fovey leží foveola, avaskulární a také nejtenčí oblast sítnice, která obsahuje pouze čípky a jejich jádra. Axony čípků směřují radiálně periferně a utvářejí v zevní plexiformní vrstvě tak zvanou vrstvu Henleových vláken. Toto uspořádání spolu s vysokou hustotou čípků, absencí tyčinek a avaskularitou fovey napomáhá k dosažení co nejlepší rozlišovací schopnosti oka a minimalizuje interferenci cév a dalších retinálních struktur s dopadajícím světelným vlněním.

Drobná vkleslina v úplném centru foveoly – umbo – obsahuje nejvyšší koncentraci čípků (centrální nakupení čípků). Z důvodu vysoké koncentrace fotoreceptorů a jejich těsného nahuštění jsou jádra čípků uspořádána do více vrstev v kruzích, které připomínají tvar koláče.

Ora serrata (již zmíněná výše) je obloukovitá klikatá linie představující přední zakončení sítnice (pars optica retinae). Senzorická retina se v tomto místě oplošťuje a redukuje do jednovrstevného nepigmentového epitelu pars plana řasnatého tělesa. Dále už tedy hovoříme o pars coeca retinae. (Kolář, 2008)

Velmi důležitá je v souvislosti s VPMD problematika cévního zásobení sítnice. Sítnice je mimořádně metabolicky aktivní nervová tkáň s vysokou spotřebou kyslíku. Na výživě oka se podílejí dva cévní systémy, systém retinální (systém sítnice) a uveální (systém cévnatky), resp. choroidální (systém žívnatky). Cévy, zásobující tkáň oka, jsou větve arteria ophthalmica. Mezi větve arteria ophthalmica, které zásobují oční tkáň, řadíme arteria centralis retinae a jeden až pět zadních ciliárních trunků (kmenů). Tyto zadní ciliární arteriální trunky dávají za vznik hlavním zadním ciliárním artériím. Těsně před vstupem do skléry se každá ze zadních ciliárních artérií dále větví na několik zadních krátkých ciliárních artérií. Ty vstupují do bulbu skrze skléru v okolí zrakového nervu a zásobují zadní partie cévnatky, utvářejí choriokapilaris a vyživují rovněž většinu předních partií zrakového nervu. Kapiláry zcela chybí ve fovee (která je vyživována z choriokapilaris) a v nejzazší periférii. V periferní části sítnice se kapiláry ztenčují na pouhou jednu vrstvu, naopak peripapilární kapiláry tvoří kolem terče zrakového nervu až 4 vrstvy a jsou uloženy nejpočetněji. (Kolář, 2008; Kuchynka, 2007) Termín choriokapilaris je vzhledem k VPMD velmi důležitý, protože onemocnění je charakterizováno právě progresivním zanikáním cév v choriokapilaris.

Obdobně jako u mozkové tkáň, disponuje sítnice vysoce selektivní hemato-tkáňovou bariérou, jejíž primární funkcí je zajišťovat optimální extracelulární prostředí pro přenos nervových vzruchů. (Kolář, 2008) Rozeznáváme dva bariérové systémy, vnitřní hemoretinální bariéru (je tvořena endotelovými buňkami kapilár) a vnější hemoretinální bariéru (je tvořena retinálním pigmentovým epitelem). Bariéry jsou dynamické struktury a jejich permeabilita může být modifikována specifickými fyziologickými podmínkami nebo farmakologickými látkami. (Kuchynka, 2007)

3.2.1 Fyziologie vidění

Pro úplnost uvádíme základní informace týkající se fyziologie vidění, které zmiňujeme již v kap. 2. To je za normálních okolností realizováno tak, že paprsek světla odražený od objektu prochází zrakovou osou nejprve lomivým prostředím oka (rohovka, přední komora oční s komorovou vodou, čočka a sklivec). Objekt se znázorňuje na sítnici převrácený v oblasti makuly a jejího centra fovey. Tímto způsobem vzniká ostré vidění a rozlišování detailů (vizus centralis). Oblast od makuly směrem do periferie sítnice

reaguje také na podráždění. Protože se ale v periférii nacházejí převážně tyčinky, je vidění méně ostré. Zato ale informuje o vjemu prostoru, barvě ve velkých plochách a kontrastech. (Moravcová, 2004)

3.3 Příčiny

V této podkapitole se pokusíme nastínit, jaké jsou možné, a dosud předpokládané a známé příčiny tohoto onemocnění, nebo respektive faktory, které zvyšují riziko vzniku onemocnění.

Na odborné úrovni se zejména v zahraničí hovoří o vlivu tzv. oxidativního stresu na vznik a rozvoj onemocnění. Oxidativní stres je považován za signifikantní faktor deteriorace retinálního pigmentového epitelu. Molekuly kyslíku jsou těmi, které jsou nejčastěji napadány a ničeny tzv. volnými radikály a právě tento děj je podstatou oxidativního stresu. Retina je k těmto procesům zvýšeně citlivá hned z několika důvodů. Mezi ně patří např. skutečnost, že je neustále vystavována záření, že má vysokou spotřebu kyslíku nebo že ze samotných metabolických procesů retiny se volné radikály generují. (Beatty et al., 2000)

3.3.1 Vliv genetických faktorů na rozvoj

Kolář (2008, s. 25) k dědičnosti VPMD uvádí následující: „Z hlediska dědičnosti patří VPMD mezi multifaktoriální onemocnění, na jejímž vzniku se budou podílet jak faktory vnějšího prostředí, tak faktory genetické. I když VPMD nevykazuje rysy monogenně dědičných onemocnění, znalost genetického pozadí a rizikových faktorů by mohly mít prediktivní význam s klinickými dopady na jeho nositele, například v podobě predikce rizika už v počátku onemocnění.“

Na genetickou podmíněnost VPMD bylo poukázáno poměrně nedávno, zhruba před 15–20 lety, a to i přesto, že samotné onemocnění bylo poprvé popsáno již roku 1855 Dondersem. Na základě vědeckých studií byl poskytnut statisticky významný důkaz toho, že výskyt VPMD v rodině je rizikovým faktorem pro rozvinutí onemocnění.

U sourozenců pacientů s diagnózou VPMD je asi čtyřikrát vyšší riziko rozvoje onemocnění než u ostatní populace. Vyšetření 119 pacientů na oftalmologických klinikách přineslo závěr, že prevalence onemocnění je 23,7 % u příbuzných v první linii, u příbuzných první linie zdravé populace už jen 11,6 %. Mezi konkrétní kandidátní geny podílející se na rozvoji VPMD patří FGFs, TGF-beta, SOD2, PON1, ABC, ELOVL4, RDS, CFH a CFB. (Kolář, 2008)

3.3.2 Imunologické aspekty

Jedním z imunitních mechanismů u VPMD je porucha hematoretinální bariéry, jejíž hlavní funkcí je ochrana vnitřních prostředí retinální tkáně, zejména s ohledem na neurony, které se nedokážou množit a jejich poškození je tedy trvalé a nevratné. Dalším z imunitních mechanismů jsou změny retinálního pigmentového epitelu, které jsou charakteristické hyper a hypopigmentací. Tento mechanismus je jedním ze základních rizikových faktorů rozvoje a progresu VPMD. Mezi další imunitní mechanismy patří drůzy (resp. látky v nich obsažené), buněčná imunita a zánětlivé reakce a protilátková imunita. (Kolář, 2008)

3.3.3 Celkové rizikové faktory

V souvislosti s vlivem celkových rizikových faktorů je třeba konstatovat, že výsledky provedených studií jsou nekonzistentní a v některých případech si i odporují. Jediným rizikovým faktorem, na kterém se všechny dosavadní studie shodují, je věk. Přesto ale lze jmenovat některé vlivy, které jsou v souvislosti se vznikem a rozvojem VPMD uváděny:

- ateroskleróza,
- cerebrovaskulární onemocnění,
- levostranná komorová hypertrofie,
- hypovitaminóza A a C,
- snížená vitální kapacita plic, či opakované chronické plicní afekty,
- snížení úchopové síly,
- hypermetropie,
- nižší úroveň vzdělání,
- nižší věk,

- výskyt VPMD v rodině,
- vyšší plazmatická hladina vitamínu A,
- světlá duhovka,
- vyšší příjem nasycených mastných kyselin a cholesterolu,
- systolický tlak vyšší než 95 mm Hg,
- užívání antihypertenziv,
- nižší hladiny sérových karotenoidů,
- vyšší kalorický příjem,
- změněná lipidová triáda,
- kouření,
- kouření v anamnéze,
- vyšší index tělesné hmotnosti (BMI),
- pozitivní rodinná anamnéza,
- vyšší expozice modrého, viditelného světla, UV záření,
- vyšší spotřeba piva,
- degenerativní změny elastických vláken v oblasti pokožky chráněné před sluncem,
- vyšší hladina cukru v krvi,
- diabetes,
- hladiny hs CRP (vysoce citlivé stanovení C-reaktivního proteinu),
- infarkt myokardu. (Kolář, 2008)

Matteucci a Uribe (2011) jmenují ještě některé další rizikové faktory, např. ženské pohlaví, příslušnost k bílé nehispanšské rase nebo infekce způsobená *Chlamydia pneumoniae*.

3.4 Klasifikace a klinický obraz

Ve chvíli, kdy pacient přichází k oftalmologovi, je vždy důležité odlišit změny na sítnici způsobené stárnutím od projevů VPMD. Stárnutím se téměř vždy objeví na zadním pólu několik malých tvrdých drúz (bodové usazeniny pod pigmentovým epitelem – viz dále)

a nepravidelnost pigmentace vyvolává jemné zrnění v makule. Dále rovněž klesá denzita fotoreceptorů, dochází ke ztluštění Bruchovy membrány či k úbytku buněk v gangliové vrstvě a buněk retinálního pigmentového epitelu. (Kuchynka, 2007) Dle Sanberga (1995 in Kolář, 2008) vykazují v souvislosti s procesem stárnutím pokles i další funkce, zejména adaptace na tmu, schopnost stereopse, kontrastní citlivost, barevné vidění a denzita foveolárního pigmentu. Všechny tyto změny souvisejí s přirozenou involucí organismu a nejsou proto považovány za projevy VPMD.

Pacienta s VPMD zpravidla přivádí k oftalmologovi pocit zhoršujícího se vidění, nejprve na blízko, kdy je rušivě vnímáno deformování a výpadky písmen, tzv. metamorfopsie. Postupně tyto mikroskotomy splývají v absolutní centrální skotom, které zhoršuje čtení na blízko a může až k úplné neschopnosti číst a psát nebo třeba řídit automobil, a to i přes použití zvětšovacích pomůcek. Onemocnění zhoršuje zrakovou ostrost i do dálky a pro rozeznávání např. obličejů nebo nápisů je pacient nucen otáčet hlavu tak, aby obraz dopadal na nepostiženou část sítnice. V konečných stádiích onemocnění může být centrální zraková ostrost snížena až na počítání prstů před okem, pro orientaci v prostoru bývá užíváno zachovalé periferní vidění. Patologický proces u VPMD je striktně omezen na makulární krajinu. (Kuchynka, 2007)

Zpočátku se může Věkem podmíněná makulární degenerace projevovat zcela nenápadně, zhorší se zrak za soumraku či za tmy, postižený vidí jakoby více zamlženě, barvy již nejsou tak jasné jako dřív. Zvláště lidé, kteří nosí brýle, často těmito prvotním příznakům nevěnují pozornost a považují je za součást své vady. Vzhledem k tomu, že VPMD často postihne nejprve jen jedno oko (postižení se manifestuje nesymetricky), sníží se možnost subjektivního rozpoznání jejích příznaků. Těmi jsou zamlžený pohled, šedá místa v centru vidění (centrální skotom), neobvykle rozvlněný obraz nebo zprohýbaná linie či písmena (metamorfopsie). Pokročilejší stádia nemoci se projevují zřetelněji, poškození makuly je bohužel už nevratné. [<http://www.degeneracemakuly.cz/priznaky-makularni-degenerace-VPMD>, 8. 1. 2013]

Z hlediska klasifikace rozlišujeme dvě formy VPMD, suchou a vlhkou. Suchá forma se zhruba vyskytuje u 85 % pacientů, u kterých dochází k pozvolnému poklesu centrální zrakové ostrosti. U zbylých cca 15 % je přítomna vlhká forma onemocnění, pro kterou je charakteristické náhlé zhoršení vizu. (Kuchynka, 2007)

Suchá forma VPMD

Suchá (nonexsudativní) forma je způsobena zánikem kapilár v choriokapilaris makulární oblasti. Nemocní si stěžují na pozvolný pokles zrakové ostrosti spojený s metamorfopsií a vznikem drobných skotomů v centrální části zorného pole. Obtíže se projevují zejména při čtení. Vzniká centrální skotom a postupně až praktická nevidomost. Do klinického obrazu patří mimo jiné i tzv. drúzy. Jedná se o malá okrouhlá běložlutavá ložiska hluboko v sítnici, chrupavčitý materiál, vznikající v souvislosti s degenerací pigmentového epitelu. Drúzy se obvykle dlouhou dobu (až několik let) nemění a nemají vliv na vidění. V okamžiku, kdy se drúzy začnou zvětšovat a splývat, znamenají vysoké riziko progresu choroby do vlhké formy. (Rozsival, 2006)

Klíčovým faktorem ovlivňujícím klasifikaci drúz, je jejich velikost a tvar. Drúzy se podle vzhledu a velikosti dělí na dvě základní kategorie, tvrdé a měkké drúzy. Tvrdé drúzy jsou při oftalmoskopickém vyšetření diferencována jako malá, dobře ohraničená depozita žluté barvy. Tento typ drúz je spojován s velmi malým rizikem přechodu k pozdním formám VPMD. Pokud se ale u pacienta vyskytuje více než 8 tvrdých drúz, je prokázáno zvýšené riziko vzniku měkkých drúz. Měkké drúzy jsou větší než tvrdé a jsou nejasně ohraničené. Jsou spojovány s vyšším rizikem vzniku vlhké formy VPMD. Pokud postihují foveolární oblast, bývají spojeny s výskytem metamorfopsií na Amslerově mřížce. Měkké drúzy mohou v průběhu času splývat, ale také spontánně vymizet. (Kolář, 2008)

Vztah mezi počtem drúz, jejich hustotou a umístěním má prokazatelný vliv na funkční důsledky a stav vizu. (Bird, 1993)

Vlhká forma VPMD

Vlhká (exsudativní) forma je způsobena růstem novotvořených cév z cévnatky. Tyto novotvořené cévy pronikají pod pigmentový epitel a později také pod sítnici, kde se šíří jako subretinální membrána. Tyto novotvořené cévy mají patologicky zvýšenou propustnost tekutiny pod sítnici. Následuje odloučení pigmentového epitelu, spojené s náhlým a výrazným poklesem zrakové ostrosti a vznikem velmi rušivých metamorfopsií. Novotvořené cévy často krvácejí do subretinálního prostoru. Prosakování i krvácení stimulují tvorbu vazivové tkáně a v makule se tvoří vazivový

útvár. Na rozdíl od suché formy jsou změny u vlhké formy rychlejší a mají dramatictější průběh. Ke zhoršení zraku dochází již během několika týdnů. (Rozsival, 2006)

Ablace retinálního pigmentu má obecně špatnou prognózu, pokud je postiženo centrum fovey. (Kolář, 2008) K ablaci retinálního epitelu dochází prosakováním tekutiny trhlinou v Bruchovvě membráně (membrána cévnatky) pod retinální pigmentový epitel. Projevuje se klinicky jako ostře ohraničené kruhové nebo oválné vyklenutí žlutavé nebo žlutooranžové barvy. Pod ablací může být umístěna výše zmíněná choroidální neovaskulární membrána. (Kuchynka, 2007)

3.5 Možnosti terapie

Kuchynka (2007, s. 322) v souvislosti s otázkami terapie VPMD uvádí: „Protože patofyziologické aspekty tohoto onemocnění jsou velmi komplexní a stále nejsou osvětleny, neexistuje zatím žádná příčinná nebo specifická terapie.“ Kolář (2008, úvod) se k otázkám terapie vyjadřuje následovně: „Terapeutické postupy, které se v posledních letech prosadily, umožňují zejména u vlhké formy onemocnění stabilizaci a u některých pacientů dokonce zlepšení centrální zrakové ostrosti.“

3.5.1 Vyšetřovací metody

Než se budeme věnovat samotné terapii VPMD, krátce nastíníme, jaké jsou užívané vyšetřovací metody. Některé z nich totiž může provádět i sám pacient, resp. potencionální pacient, v domácím prostředí a jsou tedy považovány za významný prvek prevence.

Takovým vyšetřením je zejména vyšetření na Amslerově mřížce. To je velmi jednoduché a proto jej pacient může provádět i sám, rutinně by mělo být prováděno praktickými lékaři a mělo by být samozřejmou součástí oftalmologického vyšetření pacientů starších 50 let. Amslerova mřížka je tvořena čtverečkovou sítí s fixačním bodem uprostřed, vyšetření se provádí 1x týdně. Amslerova mřížka slouží k odhalení metamorfosií a skotomů v centru zorného pole. (Kolář, 2008)

Dalším z řady vyšetření je vyšetření zrakové ostrosti, které se provádí pomocí optotypů. Nejčastěji používaným optotypem je Snellenův optotyp, který používá písmo typu Times New Roman. V jednotlivých řadách ovšem není stejný počet znaků a s klesající velikostí znaků se jejich počet zvyšuje. Proto není vhodný pro testování pacientů s poruchou makulárních funkcí. Vhodnějším typem optotypů jsou tzv. Landoltovy prstence (znaky jež vykazují charakter písmene C). Velikost přerušení prstence je shodná s tloušťkou písmene. Přerušení prstence je lokalizováno do čtyř základních směrů a vyšetřovaný udává polohu přerušení. Výhoda tohoto optotypu spočívá v tom, že má ve všech řadách stejnou obtížnost a je proto pro pacienty s poruchou makulárních funkcí vhodnější. Takové optotypy slouží k vyšetřování zrakové ostrosti do dálky. Pro vyšetření zrakové ostrosti na blízko se užívá tzv. Jaegerových tabulek. Typický Hegerův optotyp je tvořen odstavci souvislého textu a postupně se snižující velikostí písma. Testuje se ideálně ze vzdálenosti 40 cm. (Kolář, 2008)

Dalšími vyšetřeními jsou vyšetření kontrastní senzitivity, vyšetření barevného vidění a vyšetření adaptace na světlo a tmu. Hlavním cílem při vyšetření kontrastní senzitivity je lepší pochopení vlivu zrakového postižení na funkční schopnosti vyšetřované osoby. V současnosti je preferovanou pomůckou pro vyšetřování kontrastní senzitivity tzv. Pelliho-Robsonova tabule. Pro vyšetření barevného vidění se užívají pseudoizochromatické tabulky nebo testy barevné preference. K vyšetření adaptace na tmu slouží nejrůznější typy adaptometrů. (Kolář, 2008)

K vyšetření u VPMD se ale používají také některé speciální vyšetřovací metody. Mezi ně patří např. fluorescenční angiografie (podstatou je vyvolání principu fluorescence molekulou látky schopné fluorescence netermálním světelným zářením), indocyaninová angiografie (diagnostický postup, jež dovede zobrazit chorioideální cirkulaci) či optická koherenční tomografie (jedná se o neinvazivní, bezkontaktní, transpupilární vyšetření sítnice při použití paprsku o určitém vlnovém rozpětí). (Kolář, 2008)

3.5.2 Možnosti oftalmologické terapie

Možnosti terapie jsou závislé na typu VPMD, kterým pacient trpí. U suché formy zatím oftalmologická terapie neexistuje. Pacient má tedy možnost kompenzovat ztrátu

zrakových funkcí využíváním vhodných pomůcek. Naproti tomu u vlhké formy VPMD možnosti terapie existují a jsou již několik let v České republice využívány. Vzhledem k tomu, že trendem je zahájení léčby co nejdříve, je často možné zachování nebo dokonce zlepšení stávajících zrakových funkcí pacienta, které ještě nejsou příliš negativně ovlivněny progresí onemocnění. Léčba probíhá na specializovaných pracovištích, tzv. makulárních centrech. Těch je v České republice celkem 9, nacházejí se v Hradci Králové, Ústí nad Labem, Plzni, Brně, Olomouci, Ostravě, a ve třech zařízeních na území hlavního města Prahy (Všeobecná fakultní nemocnice, Ústřední vojenská nemocnice, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady).

Současná léčebná strategie vlhké formy VPMD je zaměřena dvěma směry. Prvním je fotodynamická terapie a druhým tzv. anti-VEGF léčba. Dále je možno v rámci terapie VPMD využít laserovou fotokoagulaci termálním laserem, transpupilární termoterapii, chirurgickou terapii a radioterapii. V souvislosti s laserovou fotokoagulací Bunting a Guymer (2012) uvádějí, že ačkoliv v některých případech dojde po její aplikaci k permanentní regresi novotvořených cév, v dalších mnoha případech je oblast po ošetření znovu postižena.

Fotodynamická terapie je metoda, kdy předpokladem úspěšného řešení subretinální neovaskulární membrány je intravenózní aplikace léčebné látky a současné užití laseru. Jako léčebná látka se využívá verteporfin (Visudyne, Novartis AG, Basel), která se aplikací dostane do krevního řečiště a tím i do subretinální membrány. Následně je použit laser. Laserový paprsek projde sítnicí, aniž by ji tepelně poškodil a reaguje s molekulami verteporfinu na subretinální membráně. Je spuštěna fotochemická reakce, jejímž výsledkem je uvolnění agresivních látek, které poškodí cévy v subretinální membráně. (Chrapek, Řehák in Kolář, 2008) Efekt fotodynamické terapie je ovšem dočasný, pro pozitivní výsledky je vyžadováno opakování terapie každé tři měsíce. (Bunting a Guymer, 2012)

Molekula VEGF-A je peptidem a hraje zásadní roli v patofyziologii vzniku a rozvoje neovaskulárních membrán. VEGF-A (vascular endothelial growth factor) je obsažen ve strukturách sítnice a cévnatky, a to ta fyziologických i patologických okolností. U pacientů s vlhkou formou VPMD je prokázána přítomnost VEGF ve sklivci. Anti-VEGF terapie má při léčbě vlhké formy VPMD prokazatelné pozitivní účinky. Léčebná

látka v rámci této terapie se aplikuje intraokulární injekcí. Léčba je finančně velmi náročná a pacient je nucen se na ní spolupodílet, protože není plně hrazena zdravotními pojišťovny. (Kolář, 2008)

Výzkum v oblasti možností léčby VPMD stále pokračuje a je zacílen zejména do oblasti způsobu transportu léčebných látek do retinální tkáně. Dále se usiluje o nalezení dalších vhodných látek typu anti-VEGF a také o optimalizaci kombinace dosavadních léčebných postupů. (Bunting a Guymer, 2012) V souvislosti s kombinací dosavadních léčebných postupů uvádí také Studnička (2008), že pro zesílení léčebného účinku jsou zkoušena kombinační schémata, která mají působit na rozdílných úrovních.

4 VYBRANÉ ASPEKTY SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ INTERVENCE U OSOB SENIORSKÉHO VĚKU SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Čtvrtá kapitola se věnuje oblasti podpory seniorů se zrakovým postižením. Chceme-li, aby i senioři se zrakovým postižením stárli zdravě a aktivně, je třeba nabídnout potřebnou míru podpory, která bude uzpůsobena jejich specifickým potřebám. Proto v následujících podkapitolách prezentujeme nejčastější a nejvíce poskytované způsoby podpory. Zaměřujeme se na zejména na oblast sociálních služeb, která je u této cílové skupiny stěžejní a ve které se speciální pedagogové intenzivně uplatňují. Neopomínáme ani oblast terapií a specifických přístupů, kterými jsou např. arteterapie, ergoterapie, či v poslední době velmi oblíbené trénování paměti, které se pro seniory se zrakovým postižením jeví jako velmi vhodné. V závěru kapitoly prezentujeme některé příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí.

Přístup k seniorům se zdravotním postižením a se závažnými funkčními deficity či chorobami, může být v zásadě dvojitý. Buď může jít o péči, nebo o podporu. Podpora musí být chápána jako podpora k něčemu. Musí mít svůj cíl a je alespoň z části objektivizovatelná. Péče a její míra jsou více subjektivní. Ve své podstatě péče nevyžaduje aktivitu opečovávaného, mnohdy ji naopak tlumí, a to i záměrně. Záporná péče představuje zanedbávání, zneužívání či týrání seniora. Jako ideální se v tomto kontextu jeví maximální podpora seniora s postižením. Ta je charakterizována extrémním motivováním, aplikováním facilitátorů, optimalizací spektra a provázaností podpůrných služeb, které vycházejí ze znalosti zdrojů a potřeb každého jedince. Typická je pro ni snaha o maximální možný rozvoj schopností, potenciálu, seberealizace, aktivit a participace člověka seniorského věku. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

V reálném životě se ovšem péče a podpora prolínají. Čím větší je funkční omezení, tím vyšší bývá i podíl péče. Z toho také vyplývá, že spíše péče než podpora může být nadměrná a brzdící rozvoj jednotlivce. „Podpora vede k vyšším úrovním fungování, zatímco péče konzervuje a mnohdy prohlubuje nezdatnost a závislost“. ...Bez ohledu na

věk by přístup k jedinci se specifickými potřebami měl být přiměřeně podpůrný, orientovaný na smysl a seberealizaci, s vědomím nebezpečí naučené závislosti a paralyzující hyperprotektivní péče.“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 164)

Konkrétněji se k možnostem podpory jedinců se zrakovým postižením vyjadřuje Wiener, Rucká (2006, s. 38). Ve svém výčtu udává několik základních principů a zároveň zdůrazňuje, že tyto principy by měly být uplatňovány vždy, v případě každého jednotlivce se zrakovým postižením a že každý z odborníků (tyflopედů), který poskytuje podporu jedincům se zrakovým postižením, by měl být schopen tyto principy kvalifikovaně a profesionálně aplikovat:

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

K základní strategiím podpory u seniorů potom patří zejména:

- důstojná výše starobního důchodu,
- sociální dávky kompenzující zdravotní postižení,
- ucelený systém podpůrných služeb orientovaných primárně na podporu života v komunitě a na sociální inkluzi,
- zájem obcí o seniorskou problematiku i o problematiku jedinců se zdravotním postižením,
- obecně přátelské, vstřícné, bezbariérové prostředí charakterizované tzv. univerzálním designem veřejných prostor, prostranství usnadňující orientaci a mobilitu,
- využití vyspělých informačních a komunikačních technologií,
- vytváření sociálních podmínek pro participaci, aktivity a seberealizaci,
- podpora úspěšného stárnutí a zdravého aktivního stáří,
- podpora mezigenerační solidarity,
- podpora pečujících rodin,
- dostupnost bezbariérového bydlení,

- důstojná a důsledně kontrolovaná ústavní zařízení. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

Schematicky lze vymezit 3 možnosti při podpoře seniorského života, např. u seniorů s postižením nebo s nízkou hodnotou funkčního zdraví. První z nich je život v přirozeném komunitním prostředí stárnutí v místě dlouhodobého bydlení (tzv. aging in place). Druhou možností je život v zařízení pobytových služeb (domov pro seniory, domov se speciálním režimem apod.). Třetí možností je život v nadstandardních seniorských centrech (tzv. „slunečních městech“). Poslední uvedená možnost se týká jen malé skupiny movitých seniorů, protože se jedná o nadstandardní a velmi drahou variantu života v seniorském věku (nadstandardní chráněné bydlení se soustředěnými službami a nabídkami). (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

4.1 Podpora v rámci sociálních služeb

Poskytování sociálních služeb je upraveno zákonem č. 108/2006, o sociálních službách ve znění zákona 366/2011 Sb. Zákon upravuje podmínky pomoci a podpory osobám v nepříznivé životní situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči a seniorům jsou na základě něho k dispozici jak terénní, tak pobytové (rezidenční služby).

Výše příspěvku na péči činí 800 Kč ve stupni I. – lehká závislost (posuzovaná osoba není schopna zvládat 3 nebo 4 základní životní potřeby), 4000 Kč ve stupni II. – středně těžká závislost (posuzovaná osoba není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb), 8000 Kč ve stupni III. – těžká závislost (posuzovaná osoba není schopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb) a 12 000 Kč ve stupni IV. – úplná závislost (posuzovaná osoba není schopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb). Základními životními potřebami se pro účely posuzování rozumí tyto: orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.

Mezi nejčastěji poskytované služby (dle vymezení zákona o sociálních službách) seniorům se zrakovým postižením patří následující:

- osobní asistence,
- pečovatelská služba,
- tísňová péče,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- odlehčovací služby,
- centra denních služeb,
- denní a týdenní stacionáře,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče,
- sociálně aktivizační služby,
- příspěvek na péči.

Z pohledu problematiky seniorů a pobytových sociálních služeb je podstatné, že se aktuálně silně prosazuje jeden z moderních trendů, a to deinstitucionalizace. V tomto pojetí se pak jedná o přechod k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí. K dosažení tohoto cíle je na základě zákona o sociálních službách rozvinuta škála terénních a ambulantních programů a služeb, které umožňují seniorům v nepříznivé situaci setrvat v domácím prostředí. Tato alternativa byla v době před vznikem nového zákona o sociálních službách velmi omezena. Seniori mají dnes možnost využít příspěvek na péči k uhrazení kombinace několika druhů služeb, což jim může umožnit setrvat v domácím prostředí. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

Veškeré sociální služby dnes mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé služeb, přičemž registraci je možné získat pouze při dodržení stanovených zákonných podmínek. Jde o způsob garance kvality sociálních služeb. Kvalita poskytovaných sociálních služeb je dále zajišťována pomocí standardů kvality sociálních služeb, které svými kritérii přesně určují povinnosti poskytovatelů při poskytování služby a povinnosti vůči klientům. Klientům jsou služby poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu. Individuální plánování a sociální standardy jsou velkou zárukou ochrany a dodržování práv klientů, resp. uživatelů služeb. Klient se

stává aktivním spolutvůrcem poskytované služby a partnerem pečujících pracovníků. Všechny služby, které jsou mu poskytovány, směřují k podpoře jeho samostatnosti a soběstačnosti.

Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Jedinci se zrakovým postižením mají za určitých podmínek nárok na poskytnutí peněžitých dávek. Dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením se těmto osobám poskytují v zásadě dva druhy dávek, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. O dávkách dle zákona rozhoduje Úřad práce České republiky.

Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která je držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P, a která se opakovaně v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby. Výše příspěvku na mobilitu za kalendářní měsíc je 400 Kč.

Příspěvek na zvláštní pomůcku je peněžitou dávkou, prostřednictvím které je možné pořídit nákladné pomůcky, které slouží ke kompenzaci deficitu zrakových funkcí (speciální mobilní telefon, některé druhy lup apod.). Na pořízení zvláštní pomůcky, jejíž cena je nižší než 24000 Kč, se příspěvek na zvláštní pomůcku poskytuje v případě, je-li příjem osoby a příjem osob s ní společně posuzovaných nižší než osminásobek životního minima jednotlivce nebo životního minima společně posuzovaných osob. Výše příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky, jejíž cena je vyšší než 24000 Kč, se stanovuje tak, aby spoluúčast osoby činila 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky. Příspěvek na zvláštní pomůcku, který je poskytován na pořízení vodícího psa, se poskytne jen na pořízení psa, který byl vycvičen a předán právnickou nebo fyzickou osobou, která je členem mezinárodní organizace sdružující výcvikové školy. (zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením)

4.1.1 Organizace poskytující služby seniorům se zrakovým postižením

V rámci České republiky působí několik zavedených organizací, odborné veřejnosti dobře známých, které poskytují kvalitní služby seniorům (a v mnoha případech nejenom

jim) se zrakovým postižením. Praxe ovšem ukazuje, že laická veřejnost má o těchto organizacích jen málo informací, ačkoliv by mnozí z jejich příslušníků byli ideálními adepty na využívání služeb těchto organizací a tyto služby by s velkou pravděpodobností zvýšily kvalitu jejich života. V této podkapitole se stručně věnujeme prezentaci nejvýznamnějších z těchto organizací.

Centrum zrakových vad

Centrum zrakových vad je v České republice jediné zařízení svého druhu, které zajišťuje komplexní péči o osoby se zrakovým postižením všech věkových kategorií.

Centrum funguje při Fakultní nemocnici v Praze Motol a nabízí tyto služby:

- všeobecná oftalmologická ambulantní péče;
- vyzkoušení a předpis speciálních optických pomůcek;
- statická perimetrie;
- aplikace měkkých kontaktních čoček;
- funkční vyšetření zraku u dětí v preverbálním období a u pacientů s kombinovaným postižením metodou preferenčního vidění pomocí speciálních testů, sledováním spontánních projevů dítěte v reakci na zrakový podnět, vyšetření barvocitu a kontrastní citlivosti;
- vyzkoušení elektronických zvětšovacích kompenzačních pomůcek;
- nácvik dovedností nutných k efektivnímu využívání optických a elektronických pomůcek;
- nácvik schopností přizpůsobit běžné denní činnosti úbytku zrakových funkcí;
- psychologická diagnostika a psychoterapie;
- poradenství o rané péči a zrakové stimulaci;
- sociální služby;
- speciálněpedagogické poradenství;
- profesní poradenství;
- kontakty na specializovaná pracoviště;
- prodej veškerého příslušenství ke kontaktním čočkám.

(<[www.http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/centrum-zrakovych-vad-czv/](http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/centrum-zrakovych-vad-czv/)>, cit. 28. 6. 2014)

Sjednocená organizace nevidomých – SONS

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (známá převážně pod svou zkratkou SONS) je občanské sdružení s celostátní působností, které vzniklo v roce 1996 sloučením dvou celostátně působících občanských sdružení občanů s těžkým zrakovým postižením – České unie nevidomých a slabozrakých a Společnosti nevidomých a slabozrakých v ČR. Své odbočky a odborná střediska má v převážné většině okresů ČR a sdružuje přes 10 000 členů. Posláním organizace je jednak sdružovat a hájit zájmy osob se zrakovým postižením, a jednak poskytovat konkrétní služby vedoucí k integraci těchto osob do společnosti. Prioritami organizace jsou:

- vyhledávat a kontaktovat jedince s těžkým zrakovým postižením včetně osob v akutním stadiu po ztrátě zraku;
- podporovat zaměstnanost jedinců se zrakovým postižením;
- realizovat socioterapeutickou činnost ve svépomocných skupinách a aktivizačních klubech;
- odstraňovat architektonické a informační bariéry pro osoby se zrakovým postižením;
- ověřovat nové formy pomoci jedincům s těžkým zrakovým postižením včetně popularizace této problematiky.

SONS přitom poskytuje tyto služby:

- sociální práce mezi jedinci s těžkým zrakovým postižením včetně jejich vyhledávání a prvního kontaktu s nimi;
- poskytování základních informací o možnostech kompenzace zrakového handicapu i poskytovatelích služeb;
- poskytování speciálního sociálně právního a pracovně právního poradenství;
- poskytování technického poradenství při výběru pomůcek včetně nácviku práce s těmito pomůckami;
- vydávání informačních časopisů v Braillově písmu, zvukové podobě, zvětšeném černotisku a digitální podobě;
- provozování informačního systému a digitální knihovny přístupné na internetu;
- rozvoj a docvičování dovedností získaných v programech základní rehabilitace;
- realizace výcviku vodících psů a poskytování dalších služeb jejich držitelům;
- poskytování služby osobní asistence;
- odstraňování architektonických bariér. (<<http://www.sons.cz/>>, cit 6. 6. 2014)

Tyfloservis

Tyfloservis je obecně prospěšná společnost, která si klade za cíl prostřednictvím služby sociální rehabilitace podporovat jedince se zrakovým postižením v samostatnosti, její služby jsou určeny lidem od 15 let výše, horní věková hranice není nikterak omezena. Snaží se proto vybavit jedince se zrakovým postižením staršího patnácti let takovými dovednostmi a informacemi, aby byl schopen v maximální možné míře samostatně naplňovat své životní potřeby, získal přiměřené sebevědomí, zaměřil se na možnosti svého dalšího rozvoje, ale dokázal též rozpoznat své meze a požádat o pomoc. Dále se snaží vybavit okolní společnost dovednostmi a informacemi, které by jí umožňovaly odstraňovat a nevytvářet nové architektonické ani mezilidské bariéry, které by nadbytečně ztěžovaly situaci nevidomých a slabozrakých, které by jí umožňovaly rozpoznat jejich možnosti a limity a v případě potřeby jim poskytnout konkrétní pomoc. V neposlední řadě chce Tyfloservis u svých klientů podporovat převzetí odpovědnosti za vlastní život, samostatnost a aktivitu, využívání všech potenciálů, kterými je člověk vybaven, a celospolečensky podporovat zájem o druhé, toleranci a pomoc.

Tyfloservis nabízí konkrétně tyto služby:

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

- poradenství ve vztahu k volbě speciální komunikační techniky při současném postižení zraku a sluchu,
- nasměrování na další poskytovatele služeb. (<www.tyfloservis.cz>, cit. 6. 6. 2014)

TyfloCentrum

TyloCentrum je, stejně jako Tyfloservis, obecně prospěšná společnost, k jejímuž názvu nedílně patří i název města, ve kterém sídlí. Každé z TyfloCenter sídlí v jednom z krajů a má krajskou působnost. Konkrétní TyfloCentrum poskytuje ve svém kraji komplex sociálních služeb stejného druhu a charakteru, liší se jen v drobnostech podle regionu. Rámcovou náplní činnosti společností je provoz školicích středisek počítačových pomůcek včetně technického poradenství při výběru pomůcek a provoz denních center sociálních služeb. Mezi nejčastěji poskytované služby patří:

- sociální poradenství,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociální rehabilitace. (<www.tyflocentrum.cz>, 6. 6. 2014)

Domov pro zrakově postižené Palata, Praha

Zařízení pobytových služeb domov Palata je určen uživatelům, u kterých je přítomno zrakové postižení (na úrovni minimálně slabý zrak dle klasifikace WHO), přičemž přednost při vyřizování žádosti přijetí mají uchazeči s trvalým bydlištěm na území hlavního města Prahy. Poskytuje této cílové skupině komplexní služby a spolu s domovem Brně – Chrlcích (viz níže) je ojedinělým zařízením svého druhu v České republice. Palata nabízí svým uživatelům široké spektrum služeb, mezi které patří základní sociální poradenství, ubytování, stravování, pomoc v péči o vlastní osobu, terapeutické služby, pomoc při kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů či služby psychologa a logopeda. (<www.palata.cz>, cit. 6. 6. 2014)

Centrum sociálních služeb pro osob se zrakovým postižením v Brně Chrlcích

Centrum poskytuje dvě registrované služby, a to domov pro osoby se zdravotním postižením a odlehčovací služby. Cílovou skupinou jsou osoby starší 18 let s těžkým zrakovým či kombinovaným postižením. (<www.centrumchrlice.cz>, cit. 6. 6. 2014)

4.2 Podpora z pohledu terapií a speciálních přístupů ve speciální pedagogice

Škála terapií a speciálních přístupů či konceptů, které jsou využitelné v rámci speciální pedagogiky, potažmo speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením, je poměrně široká. My se v následujícím textu stručně zaměříme na některé z nich, které jsou v pobytových službách pro seniory nejčastěji využívány, a to ergoterapie, arteterapie či pohybové aktivity. Věnujeme se také trénování paměti, které je aktuálně mezi seniory velmi oblíbené a v pobytových zařízeních i dalších organizacích (např. TyloCentrum) často využíváné.

4.2.1 Ergoterapie

Česká asociace ergoterapeutů (2008 in Jelínková a kol., 2009, s. 13) definuje **ergoterapii** jako profesi, „...která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osoby jakéhokoliv věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykovává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity.“ Ergoterapie vychází z předpokladu, že základní potřebou každého člověka je mít možnost provádět činnosti, které chce nebo potřebuje vykonávat. Pokud se člověk nemůže v plné míře zapojit do každodenních činností, může dojít ke zpomalení jeho vývoje, ztrátě funkčních schopností, zvýšení závislosti na okolí a zhoršení kvality jeho života. Provádění činností nutí člověka neustále se učit, adaptovat a reagovat na okolí, čímž je podpořena i změna a osobní vývoj. Prostřednictvím zapojení do aktivity umožňuje poznat sama sebe, rozvíjet své schopnosti a udržovat fyzické a duševní zdraví. Jelínková a kol. (2009, s. 16) uvádí, že „Požadovaným výstupem ergoterapeutické intervence je udržet, obnovit nebo sladit schopnosti osoby, nároky činností a požadavky prostředí tak, aby se zachoval či zlepšil funkční stav osoby a její sociální začlenění.“

Dva důležité koncepty, které se v ergoterapii využívají, jsou činnost a zaměstnávání. Do oblasti práce ergoterapeuta tak spadají v první řadě všední denní činnosti – tzv. ADL

aktivity (z anglického „activities of daily living“), mezi které se řadí domácí práce, užívání léků, manipulace s penězi apod. Druhou oblastí práce ergoterapeuta jsou pracovní nebo produktivní činnosti, přičemž produktivita zahrnuje zaměstnávání zaměřené na finanční zabezpečení, zabezpečení rodiny a domácnosti, zajištění údržby a oprav nebo osobní rozvoj. Třetí oblastí jsou hry a zájmové nebo volnočasové aktivity (aktivity adekvátní věku jedince!). Ergoterapie staví ve velké míře na vztahu terapeuta a také na spolupráci s rodinou, oba tyto faktory výsledek terapie významně ovlivňují. Terapeutický vztah by měl být založen na opravdovosti, respektu a úctě, na vřelosti, otevřenosti, upřímnosti, důvěře, empatii a profesionálním chování. Rodina bývá pro seniory jedním z nejvýznamnějších zdrojů opory, proto je žádoucí, aby byla do spolupráce v rámci ergoterapie také zahrnuta, je-li to možné. Jelínková (2009) upozorňuje na fakt, že to, jak se člověk vyrovnává s disabilitou, často závisí na vztahu jedince a členů jeho rodiny. Nejvíce patrné je to přitom u malých dětí a na druhé straně věkového spektra u seniorů.

Dle Reedové, Sandersonové (1983 in Krivošíková, 2011) jsou hlavní cíle ergoterapie tyto:

- zhodnotit chování a působení jedince v oblastech výkonu zaměstnávání a v jednotlivých složkách výkonu zaměstnávání;
- maximálně rozvíjet a podporovat zdraví každého jedince a vycházet přitom jednak z jeho vlastních potřeb a dále z požadavků jeho nejbližšího okolí;
- rozvíjet, zlepšovat, podporovat nebo udržet normální funkční výkon jedince v průběhu celého jeho života;
- zabránit vzniku dysfunkce, napravovat nebo minimalizovat jeho dysfunkční výkon v průběhu celého jeho života.

Výsledkem ergoterapeutického působení je pak podle těchto autorek následující:

- naučit se novou nebo dříve zapomenutou činnost;
- pomoc při plánování, organizování a udržování rovnováhy v provádění činností a aktivit v běžném životě v různých obdobích života jedince;
- doporučit alternativní způsoby provádění činností nebo úkolů;
- poskytovat metody a zdroje pro nácvik různých způsobů provádění činností nebo aktivity u osob s postižením;
- pomocí vlastních vyšetření specifikovat oblasti problémů u konkrétního jedince;

- doporučit technické nebo kompenzační pomůcky, které umožní zvýšit soběstačnost jedince v běžných denních aktivitách.

4.2.2 Arteterapie

Arteterapie patří do skupiny expresivních terapií a lze ji definovat z širšího či užšího hlediska. V širším pojetí je arteterapie zastřešujícím pojmem pro všechny expresivní terapie, s využitím jakýchkoliv uměleckých forem. V užším pojetí znamená arteterapie práci s klientem za využití pouze výtvarných uměleckých forem. Jedná se o jeden z psychoterapeutických postupů, který se opírá o výtvarné projevy klientů jako o hlavní léčebný prostředek. Nejde při ní o dokonalé, konečné dílo, nýbrž o proces tvorby. (Potměšilová, Sobková, 2012)

Podle Löwenfelda (1982 in Šicková–Fabrici, 2002) má arteterapie za úkol řešit jak objektivní, tak subjektivní problémy jedinců se zrakovým postižením. Objektivními problémy se v tomto případě rozumí postižení jako takové a funkční důsledky z něho plynoucí, subjektivními problémy se rozumí snížené sebevědomí, sebehodnocení, nezávislost, schopnost adaptovat se na situaci života se zrakovým postižením. Všechny tyto problémy se seniorů s nově vzniklým postižením silně dotýkají.

Rozšířenou činností v rámci arteterapie s jedinci se zrakovým postižením je modelování z hlíny. To je prostředkem sebevyjádření, možností aktivně vnímat své okolí, ale také rozvinout svou kreativitu. „Jedním z hlavních cílů arteterapie u nevidomých a slabozrakých je pomoci vybudovat celistvý obraz pomocí dílčí hmatové percepce.“ (Šicková-Fabrici, 2002, s. 94). Tzv. hmatové modelování, které je v České republice populární, umožňuje tvůrci zviditelnit dojmy a představy o okolním světě a sobě samém.

4.2.3 Trénování paměti

Paměť je jedním z vyšších kompenzačních činitelů (viz kap. 2.3) a proto je její trénování a posilování z pohledu podpory jedinců se zrakovým postižením velmi důležité. Vezmeme-li do úvahy také zhoršování paměti typické pro seniorský věk, jeví

se tato činnost jako efektivní možnost podpory právě u seniorů se zrakovým postižením (a samozřejmě nejen u nich). Vzhledem ke své atraktivitě a převážně hernímu charakteru se setkává s pozitivním ohlasem, a to zejména u seniorů žijících v zařízení pobytových služeb, protože je to mimo jiné jedna z možností smysluplného trávení volného času.

Cílem trénování (cvičení) paměti je cvičit duševní schopnosti, které umožňují duševní činnost (mentální aktivitu). Jde o to, aby mentální výkon člověka byl nejlepší, jaký může být. Koncept vychází z předpokladu, že kognitivní schopnosti (mentální aktivita) má v životě člověka mnoho funkcí. Mezi ně patří schopnost orientovat se ve světě kolem nás a v nás samotných, přežít v těžkých životních situacích, zlepšit naději na dosažení cílů, pomáhat v budování hierarchie hodnot, působit na náš emocionální stav či řídit naše jednání. (Preiss, Křivohlavý, 2009) Trénování probíhá prostřednictvím nejrůznějších činností, mezi které patří hádanky, kvízy, doplňování slov, přesmyčky, zapamatování si řady pojmů apod. V České republice existuje Společnost pro trénování paměti a mozkový jogging, která si klade za cíl dostat do povědomí veřejnosti trénování paměti jakožto efektivní nástroj proti mentální deterioraci u stárnoucí populace. Zároveň je také vzdělávací institucí pověřenou uskutečňováním akreditovaných vzdělávacích programů v této oblasti a seminářů pro veřejnost i profesionály pracující s osobami seniorského věku.

Společnost určila následující zásady trénování paměti, ze kterých je dobře patrná filosofie celého přístupu:

1. Náš cíl je, aby senioři byli schopni využít techniky a strategie pro lepší zapamatování v jejich každodenním životě.
2. Naší specialitou je tzv. „Terapie příjemného šoku“. Účastníci si prostřednictvím koncentračního cvičení a používáním komplexních paměťových strategií jako asociace a vizualizace ve spojení s paměťovými technikami ověří, že jejich paměť je stále ještě funkční. Senioři na základě této zkušenosti začnou přistupovat ke každé nové informaci s pozitivním očekáváním, že si ji zapamatují, což ovlivňuje výsledek.
3. Tento přístup vede k okamžitému zvýšení sebevědomí a sebehodnocení účastníků našich kurzů, které se následně odrazí ve zvýšení kvality života

seniorů obecně, protože začnou zvládat problémy denního života s daleko větším přehledem.

4. Volíme individuální přístup a trénink přizpůsobujeme schopnostem klienta s jediným cílem, a to, že klient musí uspět a zažít pocit vítězství.
5. Osobní zodpovědnost trenéra paměti za úspěch klienta je alfou a omegou naší trenérské práce. Pokud klient neuspěje, není to jeho vina, nýbrž vina trenéra paměti, který nezvládl svůj úkol.
6. Zaměřujeme se na to, abychom změnili přístup seniorů k jejich vlastním problémům s pamětí v tom smyslu, že je přestanou vnímat jako nevyhnutelnou a negativní součást procesu stárnutí, ale naopak si začnou být vědomi toho, že mají svůj osud víceméně ve vlastních rukou.
7. Obsah jednotlivých lekcí je připraven s intencí, aby senioři získali z tréninku dlouhodobý prospěch.
8. Trénink paměti je kombinací kognitivního tréninku a relaxujících psychomotorických cvičení. Zároveň plní funkci platformy sociálního kontaktu se stejně motivovanými vrstevníky.
9. Trénování paměti patří mezi efektivní nástroje ke zvýšení soběstačnosti a prodloužení nezávislosti seniorské populace, což je z hlediska společnosti nejlevnější řešení demografické exploze seniorů a z hlediska jedince představuje nej příjemnější a nejdůstojnější formu stárnutí. (<www.trenovanipameti.cz>, cit. 30. 6. 2014)

4.2.4 Pohybové aktivity

Schopnost pohybu lze považovat za jeden z aspektů úspěšného, pozitivně prožívaného stáří. „Být v pohybu je jedním z kritérií posuzování sebe i druhých. Naše pohybová schopnost má vliv na pokles či vzestup našeho sebevědomí.“ (Klevetová, Dlabalová, 2008) Chceme-li, aby senior mohl využívat své pohybové schopnosti co nejdéle, je třeba je cíleně ovlivňovat. U seniorů se zrakovým postižením, a zejména těch, kteří žijí v zařízení pobytových služeb, se setkáváme s tendencí vyhýbat se pohybu a eliminovat tak stres z jeho provádění, případně vyhnout se rizikům vzniku zranění, zabloudění v prostorách domova apod. Tento trend ale nepříznivě ovlivňuje samostatnost

a soběstačnost seniora a podporuje rychlý vznik plné závislosti na pomoci druhých osob.

V rámci ovlivňování pohybové aktivity jsou dle Klevetové, Dlabalové (2008) využívány cviky, které mají toto zaměření:

- podpora proprioreceptorů na plosce nohy a chodidle,
- pohyby hlezenního kloubu a kyčle,
- cvičení rovnováhy a udržení stability těla,
- koordinace pohybů hlavy, očí a končetin,
- řízená dechová jógová cvičení,
- posilování fyzických svalů,
- protahování posturálních svalů,
- Feldenkraisova metoda,
- posilování pánevního dna,
- nácvik sedů, vstávání a chůze.

4.3 Technická podpora se zaměřením na speciální pomůcky

Speciální kompenzační pomůcky a prostředky informačních a komunikačních technologií, ačkoliv v očích seniorů stojí stále spíše v pozadí, jsou velmi důležitou součástí komplexní podpory jedinců se zrakovým postižením, seniory nevyjímaje. Současná generace lidí nad 65 let věku je možná jednou z posledních, která v předchozích obdobích svého života běžně nevyužívala počítač či mobilní telefon, pro niž nebyly technické pomůcky a zařízení standardní součástí jejich života.

Bubeníčková a kol. (2012, s. 9) definuje kompenzační pomůcky následovně: „Kompenzační pomůckou pro těžce zrakově postižené se rozumí nástroj, přístroj nebo zařízení, speciálně vyrobené nebo speciálně upravené tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití alespoň částečně kompenzovalo nedostatečnost způsobenou těžkým zrakovým postižením.“ Dělení pomůcek do určitých kategorií shledává autorka problematickým, protože jedna pomůcka je často určena pro více typů uživatelů nebo více oblastí života. Pro přehlednost dělí pomůcky do několika skupin podle jejich

charakteristik nebo oblasti využití následovně: optické pomůcky, optoelektronické pomůcky, výpočetní technika, mobilní telefony, digitální záznamníky, diktafony a CD přehrávače, pomůcky pro usnadnění mobility, pomůcky pro zápis Braillova písma, hodinky a další pomůcky pro měření času, měřicí přístroje s hlasovým nebo hmatovým výstupem, drobné pomůcky denní potřeby a pro domácnost, hračky a pomůcky pro volný čas a konečně školní pomůcky. Nabídka pomůcek, jak vyplývá již jen z jejich výčtu, je poměrně široká, přesto jsem pomůcky ze strany seniorů žijících v zařízení pobytových služeb využívány jen minimálně.

Stručná charakteristika jednotlivých kategorií pomůcek:

- **Optické pomůcky:** do této kategorie řadíme stojánkové lupy bez osvětlení (oblíbené mezi uživateli, kteří neudrží čočku v neměnné vzdálenosti, nenáročné na obsluhu, vhodné jak pro čtení a psaní, tak v rámci sebeobsluhy), stojánkové lupy s osvětlením (vhodné pro uživatele s vysokou potřebou světla), lupy s ohebným stojánkem a osvětlením, lupy do ruky bez osvětlení, lupy předsádkové na brýle laboclip (slouží především ke čtení), lupy hlavové (vhodné pro uživatele, kterým vyhovuje malé zvětšení do 3,5 krát, upevňuje se na hlavu pomocí plastového pásku), lupy závěsné vyšívací (oblíbené díky edému zornému poli, vhodné pro čtení, psaní i drobné sebeobslužné činnosti), hyperokulární čočky (lupové čočky zabroušené do brýlových obrub, práce s lupou v brýlích vyžaduje schopnost udržet text v konstantní vzdálenosti od textu), řádkové lupy, hranoly a polokoule (tento typ lup se přikládá čočkou přímo na papír), monokulár (určen především pro pohled do dálky a čtení nápisů, nejoblíbenějším typem je prizmatický monokulár, který poskytuje vysokou kvalitu obrazu a umožňuje plynulé ostření od minimální vzdálenosti až do nekonečna, obsluha pomůcky může dělat problém starším lidem a jedincům s narušenou jemnou motorikou), Galileiho systém (umožňuje dívání se do dálky, práci ve vzdálenosti natažených rukou i čtení, vycentrování a ostření se provádí pro každé oko zvlášť, náročnější na obsluhu a jemnou motoriku, méně vhodný pro starší uživatele), Keplerův systém (umožňuje vnímání obrazu v různých vzdálenostech díky plynulému přeastřování, častěji se vyskytuje v monokulárním provedení, náročnější na obsluhu, méně vhodný pro starší uživatele), filtrové brýle (chrání sítnici před negativními vlivy záření, příznivě ovlivňují zrakové vnímání, tlumí nadměrné světlo, upravují barevné vnímání,

chrání proti oslnění, prokreslují detaily a prohlubují zorné pole, pro seniory ideální).

- **Optoelektronické pomůcky:** televizní kamerová nepřenosná stolní, např. CLEARVIEW (jedná se o stavebnicový systém, který umožňuje vhodnou kombinaci stavebních prvků – monitoru, kamery a přídatného modulu, práce s lupou vyžaduje dobrou jemnou motoriku a systematickou orientaci v textu), přenosné kamerové lupy vytvářející velký pracovní prostor umístěním, např. PRISMA, ClearNote USB, ClearNote+ (jedná se o přenosné kamerové lupy bez monitoru, připojitelné k počítači, většinou využívané mladšími uživateli, kteří lépe zvládají náročnější obsluhu pomůcky), ručně vedené televizní kamerové lupy, např. TVi Color, Color Mouse USB/TV (jedná se o ručně vedené lupy připojitelné k běžnému televizoru nebo počítači, pomůcka nenáročná na obsluhu, vhodná ke čtení i psaní krátkých textů), další typy přesnosných kamerových lup (např. typ Fusion s výklonným displejem, typ Maxlupe s extra velkým displejem vhodná pro svou velikost spíše pro domácí použití nebo typ Maggie ve velikosti kreditní karty)
- **Výpočetní technika:** hlasové syntézy (programy zajišťující hlasový výstup k jiným programům, slouží jako převodník vstupního textu na jeho mluvenou podobu), odečítače obrazovky (speciální software, který převádí informace z prostředí operačního systému a aplikací do podoby alternativního výstupu – hlasového či hmatového), softwarové lupy (software, jehož primární funkcí je zvětšování informací zobrazených na monitoru, může být použit v kombinaci s hlasovou podporou, jedná se o klíčový program umožňující uživatelům s těžkou slabozrakostí pracovat s výpočetní technikou), software pro práci s tištěnou předlohou (uživatelé se slabozrakostí užívají tzv. skenerovou lup, která naskenovanou tištěnou předlohu zvětší, uživatelé nevidomí používají tzv. OCR programy, neboli programy pro optické rozpoznávání znaků, které převádějí tištěnou předlohu do elektronické podoby – nejčastěji se jedná o program ABBYY FineReader), braillovský řádek, braillovská tiskárna, tiskárna reliéfních obrázků – Fuser, speciální zápisníky (obvykle nemají obrazovku, nabízejí výstup nejen hlasová, ale také v Braillově písmu), digitální čtecí zařízení (pomůcka na bázi PC, která umožňuje číst černotiskové texty, např. Auto-Lektor, který nasnímá tištěný text a přečte jej syntetickým hlasem),

digitální zvětšovací lupy, možno i s hlasovou podporou (pomůcka na bázi PC), notebook a netbooky.

- **Mobilní telefony:** mobilní telefony s ozvučením (technicky řešeny pomocí green-readeru – odečítače obrazovky, který zpřístupňuje operační systém telefonu a další aplikace, důležitým aspektem je hmatnost klávesnice), mobilní telefony s ozvučením a softwarovou lupou, mobilní telefony vhodné pro uživatele se slabozrakostí a seniory.
- **Digitální záznamníky** (diktafony).
- **Pomůcky pro usnadnění mobility:** orientační hole (určeny pro samostatný pohyb), signalizační hole (využití při chůzi s průvodcem, vodícím psem, primárně poskytují informaci o zrakovém postižení jejich uživatele), opěrné hole slouží k zajištění stability při chůzi i ve stoje, seniory často využívány), povelové vysílače VPN (slouží k dálkovému ovládní akustických orientačních majáčků pomocí radiového signálu, jednotlivá čísla na vysílače aktivují specifické informace, např. tlačítko č. 1 podává informace o názvu objektu), orientační majáčky pro nevidomé (umísťují se na orientačně významných místech, poskytují důležité zvukové a hlasové informace), navigační jednotka (slouží k určení polohy nevidomého jedince v terénu), ultrazvukové vyhledávače překážek, vodící pes.
- **Pomůcky pro zápis Braillova písma:** psací stroje pro nevidomé (umožňují psaní textů Braillovým písmem, v ČR nejrozšířenější značka Tatrapoint), tabulky pro psaní Braillova písma (slouží k rychlému záznamu informací kdekoli na cestách, plastové či kovové, způsob psaní na pomůcku pomocí bodátka může některým jedincům činit problémy), dymokleště (slouží k vytváření popisek v Braillově písmu na dymopásku), doplňky k výuce Braillova písma (B-kostka, šestiboj, kolíčková písanka).
- **Hodinky a další pomůcky pro měření času:** hodinky s hmatovým či hlasovým výstupem, hodinky ve zvětšeném provedení pro slabozraké, minutníky digitální a hmatové.
- **Měřicí přístroje s hlasovým nebo hmatovým výstupem:** pomůcky pro selfmonitoring (měřič krevního tlaku a glukózy, teploměr, osobní váha), pomůcky do kuchyně (kuchyňské váhy s hlasovým výstupem, odměrky s hlasovým výstupem nebo hmatové odměrky), pomůcky pro ruční práce

(skládací metry hmatově označenými délkami, akustická nebo instantní vodováha).

- **Drobné pomůcky denní potřeby/pro domácnost:** drobné pomůcky (dávkovače na potraviny, oddělovač žloutku od bílku, navlékač jehel, jehly pro nevidomé), indikátory hladiny, světla, barev, hmatové oznamovače (reliéfní barvy a konturisty), čtečky hlasových etiket, rozlišovače (označovače na klíče s hmatovými žebry v kontrastních barvách, rozlišovač bankovek, párovač ponožek), zásobníky (zásobník na mince, na léky), šablony a rámy na psaní (podpisová šablona, rám na psaní k psaní souvislejších textů).
- **Hračky, hry, pomůcky pro volný čas a sport:** karetní hry, hlavolamy, hmatolamy, stavebnice, hmatové knížky, tandemové kolo, duplex (kolo pro dva, na něž jezdci nesedí za sebou, nýbrž vedle sebe).
- **Školní pomůcky:** upravené učebnice (ve formě digitální, ve zvětšeném černotisku nebo v Braillově písmu), hybridní kniha (multimediální publikace kombinující elektronický text s jeho zvukovou nahrávkou, doplněná komplexním navigačním aparátem), atlasy, reliéfní plánky a 3D modely, sešity pro slabozraké (kontrastní zvýraznění linek, větší rozteč linek), speciální rýsovací sada, kalkulačtor s hlasovým výstupem.

4.4 Příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí

V podkapitole, která nabízí některé příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí, prezentujeme informace týkající se této podpory ve dvou anglicky mluvících zemích, Velké Británii a USA. Obecně se dá říci, že model podpory je velmi podobný tomu, který známe z prostředí České republiky, nicméně existují i některé zajímavé prvky, kterými jsou např. vrstevnické podpůrné skupiny, které by mohly mít i v našem prostředí úspěch.

Velká Británie

Ve Velké Británii funguje síť tzv. „low-vision clinics“, kam bývají pacienti odkázáni ihned po sdělení diagnózy jejich lékařem. Na těchto klinikách působí tým specialistů, kteří poskytují všestrannou podporu svým klientům, jak z oblasti zdravotnické, tak z oblasti psychologické či materiálně-technické (oblast pomůcek, vhodného osvětlení apod.). Pracovníci těchto klinik mohou také doporučit návazné služby.

Důležitým prvkem v systému podpory lidí se zrakovým postižením jsou i tzv. „support groups“, neboli podpůrné skupiny, v rámci nichž se setkávají lidé s podobným typem postižení, sdílejí své zkušenosti a navzájem se podporují. Skupiny jsou rozptýleny po celé Británii tak, aby byly touto službou pokryty všechny oblasti země. (<<http://www.nhs.uk/Conditions/Visual-impairment/Pages/Help-and-support.aspx>>, cit. 30. 7. 2014). V souvislosti s podpůrnými, komunitními skupinami je třeba zmínit významnou organizaci „Visionary“, která je zastřešujícím subjektem pro nezávislé lokální partnerské organizace s vlastními názvy, které poskytují podporu lidem se zrakovým postižením napříč celou Británií. Zastřešující organizace metodicky vede své lokální partnery, stará se propagaci služeb pro danou cílovou skupinu, vyhledává a informuje o případech dobré praxe. (<<http://www.visionary.org.uk/index.php>>, cit. 30. 7. 2014)

Velmi známou organizací, a to i mezinárodně, je RNIB, neboli „Royal National Institut of Blind People“. Tato organizace s celostátní působností poskytuje všestranný servis lidem se zrakovým postižením ve všech věkových kategoriích. Kromě poskytování standardní podpory se aktivně zapojuje do prosazování práv a zájmů dané cílové skupiny (změny v legislativě, dostupnost veřejných institucí, dopravy, přístup k informacím apod.). (<<http://www.rnib.org.uk/>>, cit. 30. 7. 2014)

USA

Mnoho federálních států USA poskytuje tzv. „Older Blind Independent Living Program“, který by se dal volně přeložit jako Program nezávislého (samostatného) života pro starší nevidomé občany. Je realizován jako „non residential service“, tedy ambulantní formou v tzv. „Independent Living Centres“ (Centra pro podporu samostatného života). Program, jak už z názvu vyplývá, je zaměřen na osoby preseniorského a seniorského věku, dolní věková hranice bývá v jednotlivých státech

odlišná, ale často se jedná o věk 55 let. V rámci takového programu jsou poskytovány rozmanité služby zahrnující nácvik sebeobsluhy, prostorové orientace a samostatného pohybu (neboli „Orientation and Mobility“), nácvik práce s pomůckami apod. Cílem tohoto servisu a jemu podobných je zachování co nejvyšší možné samostatnosti tak, aby mohl člověk se zrakovým postižením setrvat v domácím prostředí a využívat v případě potřeby pouze tzv. „Home Care Services“, tedy služby, jež umožňují jedinci se speciálními potřebami setrvat v domácím prostředí. Jedná se o obdobu pečovatelské služby v České republice. (<<http://www.dcf.ks.gov/services/rs/pages/blind.aspx>>, <<http://gvra.georgia.gov/vocationalrehab/sites/gvra.georgia.gov.vocationalrehab/files/VRProgram/Resources/Older%20Blind%20Program.pdf>>, cit. 31. 7. 2014)

Tyto regionální programy, v rámci nichž jsou služby reálně poskytovány, jsou zastřešeny vládním programem „Independent Living Services for Older Individuals who are Blind“, a také z něho vycházejí. Ačkoliv se v názvu programu užívá termín „Blind“ (nevidomý), je program určen pro všechny jedince s těžkým zrakovým postižením („severe visual impairment“), a to nad 55 let věku. Obecným cílem je vždy posílit samostatnost a nezávislost člověka a umožnit jeho integraci do většinové společnosti v USA. U jedinců, u kterých je to možné, je taktéž podporováno opětovné zařazení do pracovního procesu. (<<http://www2.ed.gov/programs/rsailob/index.html>>, <<http://www.okdrs.org/drupal/independence/older-blind>>, cit. 31. 7. 2014)

Obecně lze ale říci, že nálada v USA je taková, že podporuje primárně jedince v produktivním nebo i seniorském věku, u kterých je předpoklad, že se nějakým způsobem zapojí do pracovního procesu. Existuje nepsané pravidlo, že pokud jedinec v produktivním věku nechce pracovat, nemá k bezplatné rehabilitaci přístup. Řešením pro ty, kteří jsou sice v produktivním věku, ale z nějakého důvodu se již do pracovního procesu nechtějí nebo nemohou zapojit, je odchod do předčasného důchodu, čímž se dostanou do skupiny osob, která má také bezplatný přístup k rehabilitaci.

Podpora seniorů se zrakovým postižením se pak realizuje velkou měrou v komunitních centrech, a to bezplatně. Možná je samozřejmě i volba placené služby. Wang et al. (1999) upozorňují na to, že spolu se stupněm (mírou) zrakového postižení vrůstá i potřeba využívání komunitních služeb a také potřeba využívání asistence rodinných příslušníků a přátel. Zajímavým prvkem podpory seniorů jsou tzv. „Peer Counseling

Groups“ (poradenské skupiny vrstevníků), které fungují při nejrůznějších organizacích. V těchto skupinách se scházejí vrstevníci se stejným problémem (nefungují pouze pro jedince se zrakovým postižením), přičemž na těchto setkáních probíhá laická poradenská činnost „face to face“, založená na osobní zkušenosti.

Cohousing

Cohousing, neboli svépomocné bydlení, patří v zahraničí k aktuálním trendům podpory seniorů. Čevela, Kalvach, Čeledová (2012, s. 103) ke cohousingu uvádí následující: „Jedná se o vznik a rozvoj nové neformální vzájemné podpory a péče. Model bydlení je založen na spolupráci obyvatel v rámci jednoho projektu bydlení“. Základním principem je vzájemné poskytování potřebné služby či podpory, přičemž tato podpora je neformální. Cílem takového modelu je zlepšení životních podmínek skupiny jednotlivců, kteří spolu sousedí. Každá domácnost má zařízenou bytovou jednotku a navíc spoluvlastní společné prostory, ve kterých je realizován společenský život komunity. Podobné projekty jsou zakládány na základě vlastní iniciativy jeho obyvatel a za podpory místní samosprávy. Svépomocný model bydlení je považován za alternativu aktuálního stárnutí v dosavadních domácnostech seniorů, cena je podobná jako v zařízení pobytových služeb, ovšem kvalita nepoměrně vyšší. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

Model cohousingu lze považovat za vhodný právě pro ty seniory, pro něž byl vznik zrakového postižení jediným důvodem pro přesun z domácího prostředí do zařízení pobytových služeb. Nutno poznamenat, že to byli téměř všichni senioři, kteří byli osloveni v rámci výzkumu realizovaného pro potřeby této práce. Zajištění některých potřeb (nákupy, doprovod k lékaři, za kulturou apod.) za podpory vrstevníků žijících v sousedství se jeví jako zcela reálný a teoreticky výhodný pro všechny zúčastněné strany. Nabízí na jedné straně podporu pro jedince se zrakovým postižením, posílení jejich autonomie a zejména možnost setrvat v domácím prostředí, která je ve většině případů preferována. Na druhé straně nabízí tento model možnost seberealizace, uplatnění a pocit vzájemnosti pro seniory, kteří budou tuto podporu poskytovat.

Ve velkých amerických domovech pro seniory byl testován speciální program založený na vrstevnické spolupráci. Byly vytvořeny dvojice z obyvatel se zdravým zrakem (dobře se osvědčili bývalí učitelé) a s poruchou zraku. Vidící obyvatel domova předčítá

svému partnerovi, informuje ho o aktivitách a novinkách. Obyvatelé jsou ochotni pro svého partnera i dojet, doprovodit ho na program a všemožně mu asistovat. To přispěje ke sblížení dvojice a ušetří práci sestřím. Obyvatel s postižením zraku nemá strach a úzkost ze zhoršené orientace v prostředí, z toho, že zabloudí (že např. nenajde místnost, ve které se daný program odehrává), to bývá častou příčinou, proč tito obyvatelé odmítají účast na programech mimo svůj pokoj. (Rheinwaldová, 1999)

V péči o seniory v rodinách se ukazují velmi významné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi a kulturami. V USA, kde senioři žijí většinou samostatně ve svých domácnostech, jsou často využívány placené služby zajišťující potřeby seniorů v domácím prostředí. Tento způsob péče je ovšem relativně nákladný a týká se v stejné míře rodin s rozdílným ekonomickým zabezpečením. V Evropských zemích s rozdílnými systémy sociálního zabezpečení se můžeme setkat s kombinovanou pomocí rodiny, komunity a sociálního státu. Příkladem takového modelu jsou např. severské země, kde je silně rozvinuta role sociální komunity. (Jeřábek a kol., 2013)

5 PREVENCE JAKO JEDEN Z PREDIKTORŮ OCHRANY ZDRAVÍ

Problematika prevence, a to jak obecné, tak specificky oftalmologické, je jedním z témat realizovaného výzkumu, proto je jí věnována samostatná kapitola. Prevence je jednou z možností, prostřednictvím níž lze, alespoň do jisté míry, předcházet mnoha onemocněním, a to i onemocněním očí. U jedince, který aktivně realizuje prevenci, je lepší šance vyhnout se vzniku určitého onemocnění, anebo, v případě prevence realizované pravidelnými prohlídkami u lékaře nebo dostatečné informovanosti konkrétního jedince, již vzniklé onemocnění včas odhalit. Včasné odhalení nemoci umožňuje včasné započetí léčby a tím často zastavení rozvoje onemocnění do pokročilých stadií nebo výrazné zpomalení progresu tohoto onemocnění. Ve vztahu k očním onemocněním tak můžeme předpokládat, že pokud se vyhneme vzniku očního onemocnění anebo jej včas odhalíme a zabráníme tak ireverzibilnímu poškození zrakových funkcí, eliminujeme také negativní důsledky a vlivy, které z přítomnosti zrakového postižení plynou.

Vzhledem ke skutečnosti, že jednou z vlastností úspěšné prevence je její včasnost, řešíme ji v rámci této práce nejenom u cílové skupiny seniorů, jak vyplývá z jejího názvu, ale také u skupiny osob preseniorského věku. Preseniorský věk v této souvislosti považujeme za období, které by mělo být obdobím přípravy na stáří, mimo jiné tedy také vhodným časem pro stabilizaci a případné zlepšení zdravotního stavu, který je jedním z předpokladů zdravého a aktivního stáří.

5.1 Prevence a její charakteristiky

Prevenci lze považovat za jeden z moderních trendů v přístupu k osobám se specifickými potřebami, a samozřejmě nejen k nim, o významu prevence se běžně hovoří i v souvislosti s intaktní populací. Význam slova prevence pochází z latinského *praevenire*, tedy předcházet. Obecně, v běžné populaci, je prevence chápána jako předcházení nemocem, postižením, úrazům a dalším negativním jevům. Z toho důvodu

je tak také v realizovaném výzkumu pojímána. Následující přehled pojetí prevence dle různých autorů a také dle různých vědních oborů ale ukazuje na to, že tato problematika je širší a nevztahuje se na pouhé předcházení vzniku nemoci. Vzhledem k tomu, že disertační práce se dotýká prevence jak v souvislostech medicínských, tak v souvislostech speciálněpedagogických, prezentujeme v této podkapitole pohledy obou těchto vědních oborů.

Z hlediska speciální pedagogiky lze prevencí rozumět soubor aktivit, zaměřených na předcházení ohrožení, narušení nebo postižení u člověka, příp. na snižování jejich možných následků. Je záležitostí víceoborovou, např. zdravotnickou, speciálněpedagogickou, pedagogickou, psychologickou, sociální, právní, ekonomickou atd. Působí prostřednictvím osvěty, poradenství, diagnostiky aj. (Renotierová, Ludíková a kol, 2003)

Dle Vysokajové (2002) se jedná o soustavu opatření, jejichž cílem je předcházet vzniku mentálních, fyzických či smyslových poruch nebo zamezit trvalému funkčnímu omezení nebo postižení. Kysučan, Kuja (1999) řadí prevenci mezi základní přístupy v rámci speciální pedagogiky. Mezi ně zahrnuje kromě prevence ještě:

- etiologii (stanovení příčin postižení);
- fenomenologii (přesné definování obrazu postižení);
- prevenci (její zaměření spočívá v zabránění vzniku defektivity);
- výchovnou terapii (ve své komplexnosti spočívá v uplatnění speciálněpedagogických metod).

Obvykle se v odborné speciálněpedagogické literatuře setkáváme s dělením prevence na tři typy, popř. stupně či metody. Každý z těchto typů má své nezastupitelné místo v jednotlivých fázích existence postižení či znevýhodnění, od jeho vzniku až po jeho nežádoucí opětovný návrat.

Metody prevence člení Procházková (1998 in Renotiérová, Ludíková a kol., 2003) následovně:

1. primární – jsou zaměřené na předcházení defektům orgánovým a funkčním;
2. sekundární – mají zabránit nepříznivému vývoji a zhoršování stavu u již vzniklého defektu nebo defektivy;
3. terciální – je úkolem dispenzárních (následných) služeb, které nebývají zpravidla řešeny v úseku školství.

V pedagogickém slovníku (Průcha, Walterová, Mareš, 2001, s. 178) je prevence definována jako „Soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejm. onemocnění, poškození, sociálněpatologickým jevům“. Autoři prevenci dále dělí na:

1. primární prevenci – zaměřena na celou sledovanou populaci;
2. sekundární prevenci – zaměřená na rizikové jednotlivce a skupiny;
3. terciální prevence – zaměřená na minimalizaci následků nebo pokračování nežádoucích jevů u jedinců, u kterých se již sledovaný nežádoucí jev vyskytl.

Logopedický slovník (Dvořák, 2001, s. 153) hovoří o prevenci jako o „předcházení, ochraně, opatření k předcházení nemocím, poruchám“. Dvořák dále tamtéž dělí prevenci na:

- prevenci primární – může být buď biologická (odstranění biologických příčin vzniku nemoci či postižení) nebo sociální (potlačování škodlivých okolností a rušivých sociálních či psychických vlivů);
- prevenci sekundární – ta se provádí poté, co nemoc vznikla, ale než způsobila postižení;
- prevenci terciální – provádí se poté, co nemoc vznikla a způsobila poškození, jejím cílem je předejít dalším škodám snížit reziduální handicap).

Velký psychologický slovník uvádí (Hartl, Hartlová, 2010, s. 440), že prevence je „ochrana, předcházení; opatření k předcházení nežádoucím jevům, nehodám, úrazům, nemocem; rozlišuje se prevence primární, sekundární, terciální a prevence komunitní...“ Autoři následně na tomtéž místě blíže specifikují jednotlivé typy prevence.

Prevence primární definují jednak pro oblast medicíny a jednak pro celkovou sledovanou populaci. V oblasti medicíny pak zahrnuje jednak biologická opatření zaměřená na odstranění biologických příčin vzniku nemoci nebo postižení, a jednak sociální opatření, zaměřená na potlačení škodlivých okolností a rušivých sociálně-psychologických vlivů. V celkové populaci se jedná jednak o prevenci nespecifickou, která podporuje žádoucí formy chování obecně, a jednak specifickou, která je namířena proti konkrétnímu riziku, jako je např. předcházení prvního kontaktu jedince s drogou.

Prevence sekundární je opět vymezena nejprve pro oblast medicínskou, zde se jí rozumí zaměření na zkrácení doby nemoci, na to, aby nemoc nezpůsobila žádné, nebo jen minimální škody. Soustřeďuje se zejména na včasnou diagnostiku a poskytnutí rychlé a účinné pomoci. Dále je sekundární prevence vymezena pro oblast rizikových skupin zvláště ohrožených negativním jevem.

Termín terciární prevence byl poprvé použit až v 60. letech 20. století. Tento typ prevence je zaměřený na období, kdy nemoc nebo negativní sociální jev už vznikl a působí škody, cílem je pak předejít dalším škodám. Příkladem může být podpora při začleňování osob po výkonu trestu do společnosti.

Prevenčí sociální se rozumí opatření, jimiž se předchází sociálnímu selhání. (Hartl, Hartlová, 2010)

Z hlediska medicínského zpravidla členíme prevenci na primární, sekundární a terciární. V některých souvislostech je zmiňována také prevence kvartérní. Charakteristiky jednotlivých stupňů prevence jsou následující:

- Primární prevence: je zaměřena na zdravou populaci, jejím cílem je předcházet zdravotním problémům. Zaměřuje se nejen na předcházení vzniku chorob, ale také na pozitivní ovlivňování zdravotního stavu a tím i kvality života jedince. Její snahou je především ovlivnit exogenní faktory (dietní návyky, koření, pohyb apod.), eliminuje nebo se snaží o snížení expozice takovým faktorům a podporuje aktivity vedoucí k pozitivním změnám životního stylu.
- Sekundární prevence: je zaměřena na včasné zjištění již existujícího onemocnění. Má v ideálním případě zabránit rozvoji choroby a pomoci určit diagnózu ještě ve stadiu, kdy je onemocnění léčitelné.

- Terciární prevence: je zaměřena na jedince, u nichž již nelze vzniku onemocnění zabránit a nemoc u něj propukla. Zahrnuje výchovu nemocných i jejich rodinných příslušníků k tomu, jak co nejlépe využít stávajících možností žití a jak se vyhnout zbytečným komplikacím a problémům souvisejícím s aktuálním zdravotním stavem. (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001)

V podstatě shodně s Hrubou, Foretovou a Vorlíčkovou (2001) vymezuje jednotlivé typy prevence Žaloudík (2008), s tím, že do výčtu přidává také již zmiňovanou prevenci kvartérní a svůj model prezentuje ve vztahu k onkologickým onemocněním. Primární onkologická prevence se podle něho má starat o to, aby nádor nevznikl. Pokud již přece jenom vznikl, jde o to, aby byl zachycen a řešen včas. To je úkol sekundární prevence. Terciární prevence má zajistit, že budou odhalena všechna místa, kam se již nádor rozšířil, popř. odhalit návrat onemocnění po předchozí léčbě. Kvartérní prevence v onkologii spočívá v předcházení obtížím ve zbytku života pacienta, kdy už smrti předejít nelze. (Žaloudík, 2008)

5.2 Prevence v kontextu civilizačních nemocí u cílové skupiny osob preseniorského a seniorského věku

Následující podkapitola se věnuje prevenci vztažené specificky do oblasti civilizačních onemocnění, protože je tato oblast také zahrnuta do výzkumu realizovaného pro potřeby této práce. První část osvětluje pojem civilizační nemoci a seznamuje s nejčastějšími z nich. Ve druhé části stručně prezentujeme možnosti prevence těchto onemocnění u osob preseniorského a seniorského věku. Tyto teoretické poznatky jsou, jak zmiňujeme výše, jednou z nezbytných součástí teoretické základny realizovaného výzkumu.

5.2.1 Výklad pojmu civilizační nemoci

K výkladu pojmu civilizační nemoci uvádí Millerová (2003, s. 13) následující: „Jako civilizační choroby se označují choroby, které mají v populaci vysoký výskyt a jsou

vázány na životní styl. Mohou být chápány jako důsledek nedostatečné nebo pro svého nositele nepříznivé adaptace na zevní prostředí.“

V průběhu dvacátého století došlo v průmyslově vyspělých zemích k tzv. epidemiologickému tranzitu, tedy k přechodu od nemocí akutních a infekčních k nemocem chronickým, typickým zejména pro vyšší věk. Došlo k výraznému nárůstu zejména nemocí srdečně cévních a nádorových. Pro tyto, a řadu dalších onemocnění, se vžil název civilizační choroby. O civilizačních chorobách se hovoří zejména v souvislosti s již zmíněnými srdečně cévními a nádorovými onemocněními, dále pak v souvislosti s obezitou, hypertenzí, alergií, zubním kazem, diabetem mellitem, artritidou, astmatem, osteoporózou, žlučovými a ledvinovými kameny, migrénou, menstruačními a prostatickými obtížemi, předčasným stárnutím, depresí, Alzheimerovou nemocí a dalšími. Zkoumáme-li blíže tyto nemoci, zjistíme, že v jejich etiologii a prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci hraje významnou roli prostředí a životní styl lidí, přičemž rozhodující pro konečný stav jsou faktory sociální. (Holčík in Dolina a kol., 2009)

V odborné literatuře se poukazuje na deset hlavních, prokázaných sociálně rizikových faktorů, které nepříznivě ovlivňují zdraví. Mezi tyto faktory patří následující:

- Sociální gradient: mezi nejvyšší a nejnižší sociální skupinou lze prokázat výrazné rozdíly v úrovni zdraví. Tyto rozdíly jsou podmíněny bydlením, výchovou a vzděláním, problémy v zaměstnání (nejistotou v zaměstnání), rodinnými problémy, pocitem nejistoty apod.
- Stres: nepříznivý vliv má zejména dlouhotrvající úzkost, pocit méněcennosti, sociální izolace a omezené možnosti ovlivnění pracovních podmínek.
- Časné období života: neuspokojivá finanční situace rodičů je provázána riziky v emocionální výchově, může vést k nižšímu vzdělání, zvyšuje riziko nezaměstnanosti a vyvolává pocit sociální méněcennosti.
- Sociální izolace: zoufalství a hmotná deprivace provází sociální izolaci některých sociálních skupin (např. imigranti, jedinci propuštění z výkonu trestu, osoby se zdravotním postižením apod.)
- Práce: zdrojem obtíží je taktéž omezené využití kvalifikace a rozhodovacích schopností, neadekvátně nízká mzda či obava ze ztráty zaměstnání. Pro udržení

zdraví je na druhé straně důležitá zajímavá práce umožňující další rozvoj pracovníků a odpovídající finanční ohodnocení.

- Nezaměstnanost: zde by měla být opatření zacílena třemi směry. Na prevenci pracovní nejistoty a nezaměstnanosti, na omezení nepříznivých důsledků nezaměstnanosti a na rozšiřování možností najít si vhodné zaměstnání.
- Sociální podpora: experimentální studie potvrzují, že dobré sociální vztahy pomáhají zvládat stres. Intervence, které se experimentálně prováděly a které byly zaměřené na sociální oporu, zlepšily výsledky léčby srdečního infarktu, prodloužily přežití u některých typů nádorů a vedly ke snížení komplikací v těhotenství u některých skupin žen.
- Drogová závislost: sociální deprivace je spojená s kouřením, vyšší spotřebou alkoholu a užíváním návykových látek. Toto jednání není jen výsledkem individuálního rozhodnutí jedince, ale důsledkem sociálních problémů a zpětně zhoršuje sociální i zdravotní situaci a ztěžuje zvládání životních problémů.
- Výživa: špatnou výživou jsou ohroženy rodiny s nízkými příjmy, mladé rodiny, občané bez zaměstnání a v seniorském věku. Jedná se jak o nedostatečnou výživu, tak o nadměrnou výživu bohatou na živočišné tuky a cukry. Dostupnost a cenová přijatelnost má na výslednou situaci větší vliv než zdravotní výchova.
- Doprava: zdravá doprava znamená omezení automobilové dopravy, podporu chodců a cyklistů i rozvoj veřejné dopravy. (Holčík in Dolina a kol., 2009)

Z historického hlediska byla většina nemocí spojena s všeobecně panujícím nedostatkem a bojem o holý život. Zdálo by se, a také se to tak v populaci traduje, že v dnešní době to již není chudoba, která by předznamenávala úroveň zdraví lidí ve vyspělé společnosti. Naopak vzniká dojem, že hrozí zcela opačné nebezpečí – přejídání, sedavý způsob života, kouření apod. Holčík (in Dolina a kol., 2009, s. 8) má ovšem zato, že „hlavním rizikem i problémem je pro mnoho lidí absence pozitivního programu a přijetí hodnot, které směřují ke zdraví“. Není to podle něj civilizace, co nás ohrožuje, nýbrž necivilizovanost – neschopnost přizpůsobit se novým možnostem a přijmout je jako příležitost pro plnohodnotný život.

5.2.2 K prevenci civilizačních nemocí

V následující podkapitole stručně popíšeme základní charakteristiky preventivních opatření u cílové skupiny osob preseniorského a seniorského věku.

Chceme-li ovlivnit vysoce nepříznivý trend stále se zvyšující incidence tzv. civilizačních nemocí, je třeba důsledně realizovat účinný preventivní program, který zahrnuje primární i sekundární prevenci. Primární prevencí rozumíme ovlivnění negativních faktorů, které se podílejí na vzniku výše uvedených nemocí, a které jsou dnes již dobře známy. Tyto faktory uvádíme v předchozí podkapitole. Cílem sekundární prevence, spočívající ve vyhledávání raných stádií nemoci a tzv. rizikových skupin populace, je snížení úmrtnosti. (Drbal in Dolina a kol., 2009)

Specifickou oblastí v oblasti prevence civilizačních onemocnění je prevence onkologických onemocnění, která, jak jsme již zmínili, stojí na přední příčce nejobávanějších zdravotních problémů. Co se týká tohoto typu prevence, je nutno konstatovat, že zhoubným nádorům ve většině případů předcházet neumíme, lze pouze snižovat riziko jejich vzniku. V případech, kdy je riziko, byť jen potenciální, známo a prokázáno, je vykonáván odborný dohled a existují i právní úpravy. Jedná se například o oblast hygienického a toxikologického dohledu nad potravinami a nápoji, které konzumujeme, či výrobky a materiály, se kterými přicházíme každý den do styku. Prokazatelně rizikovým faktorem v této souvislosti je např. také kouření. Většina zhoubných nádorů ovšem vzniká z kombinace více rizikových faktorů a je obtížné určit všechny příčiny, které se na jejich vzniku podílely. S věkem se nepříznivé faktory kupí a není tedy překvapením, že riziko vzniku zhoubných nádorů jak celku s věkem zpravidla narůstá. (Žaloudík, 2008)

Geriatrická prevence se pak obecně potýká s dvěma základními problémy. Jedním z nich je podceňování vycházející z domnělé nezlepšitelnosti nepříznivého zdravotního a funkčního stavu ve stáří, který je chápán jako zákonitý. Druhým problémem je zaměňování geriatrické prevence s juvenilizací, která je spojena s hledáním receptu na prodloužení mládí.

K vymezení geriatrické prevence uvádí Čevela, Kalvach, Čeledová (2012, s. 221) následující: „Obecnými cíli geriatrické prevence je zpomalení involučního poklesu potenciálu zdraví, předcházení nepřiměřené deterioraci funkčního stavu s ohrožením soběstačnosti, oddálení manifestace věkem podmíněných chorob, podpora úspěšného stárnutí, kvality života, seberealizace a sociální participace, snížení společenských výdajů na řešení závislosti a bezmocnosti – objektem geriatrické prevence je tedy funkční zdraví.“ Preventivní strategie ve stáří přitom zahrnují primární, sekundární i terciární prevenci. Doporučení určená osobám nad 65 let věku se zaměřují na snížení rizika vzniku onemocnění, úrazů a poranění a udržení funkční zdatnosti a soběstačnosti. Prevenci provádí praktický lékař v primární péči, preventivní prohlídka jednou za dva roky je hrazena zdravotní pojišťovnou. Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP doporučuje preventivní prohlídku jedenkrát ročně u rizikových seniorů a všech osob nad 75 let. (Topinková, 2010)

Čevela, Kalvach, Čeledová (2012) upozorňují na to, že i preventivní opatření v období stáří mají limity a kontraindikace. Prevence se neprovádí či vysazuje např. u jedinců s krátkou životní prognózou (především z důvodu jiného onemocnění, např. nádorového). Důvodem pro odmítnutí prevence ovšem v žádném případě nemůže být vysoký věk sám o sobě, protože i člověk starší 80 let může být predisponován k dalším nohám života.

Mezi obecná preventivní opatření u seniorů, zejména v rámci primární prevence, řadí Topinková (2010, s. 21) následující:

- fyzická aktivita a cvičení,
- nekuřáctví,
- vhodné stravovací návyky,
- přiměřená hmotnost,
- prevence úrazů,
- imunizace (influenza, pneumokok, tetanus).

Topinková dále uvádí (2010), že zejména u seniorů je důležité také včasné vyhledávání rizik a onemocnění, a to zejména v následujících oblastech: onkologický screening, **vyšetření zraku**, vyšetření sluchu, krevního tlaku, screening diabetu, TSH, kognitivní

screening, kostní denzita, orální zdraví, lipidogram. Co se týče vyšetření zraku, screening by měl probíhat jednou ročně.

Čevela, Kalvach, Čeledová přehledně prezentují možnosti primární a sekundární prevence u funkčně a prevalenčně nejvýznamnějších chorob a preseniu a séniu (2012, s. 224)

Možnosti primární prevence:

- ateroskleróza: prevence je pojata především jako intervence obezity, arteriální hypertenze, hyperlipoproteinemie, diabetes mellitus a vyvarování se kouření (to vše důsledně již v preseniorském věku);
- cévní mozkové příhody: od středního věku prevence aterosklerózy, antikoagulační léčba při fibrilaci síní a chlopenních vadách srdečních;
- diabetes mellitus se všemi svými komplikacemi (diabetická retinopatie, postižení dolních končetin): redukce hmotnosti a pravidelný pohyb;
- obezita: redukční dieta a pohybový režim;
- věkem podmíněná makulární degenerace: zásadní prevence není vědecky potvrzena (na základě některých výstupů výzkumu ovšem již byla stanovena některá doporučení, která by mohla být v rámci prevence účinná – viz kap. věnovaná VPMD);
- osteoporóza: v případě předčasné menopauzy u žen hormonální substituce, dostatečný příjem vápníku a vitamínu D, přiměřený pohyb;
- alzheimerova choroba: stimulování mozkové aktivity jako prevence vyhasínání synaptických spojení;
- chronická obstrukční plicní nemoc: vynechat kouření, omezit exhaláty v životním prostředí;
- parkinsonova nemoc: zásadní prevence není známa;
- katarakta: korekce slunečního svitu tmavými brýlemi v letním období, intervence diabetes mellitus;
- nedoslýchavost: eliminace poškození sluchu hlukem v mladším věku;
- deprese: zásadní prevence není známa.

Možnosti sekundární prevence:

- ateroskleróza: ve vyšším věku odhalení asymptomatických stádií (periodické ultrazvukové vyšetření cév apod.), důsledná aplikace opatření primární prevence, podávání antiagregační léčby;
- cévní mozkové příhody: u ischemických příhod důsledná aplikace opatření primární prevence, podávání antiagregační léčby, v případě tromboembolické etiologie léčba antikoagulační;
- diabetes mellitus: optimalizace tělesné hmotnosti, zvýšení pohybové aktivity, důsledná dietní omezení;
- osteoporóza: za účelem včasného odhalení periodická vyšetření kostní density (zejména u postmenopauzálních žen), přiměřený pohybový režim, suplementace vápníku a vitamínu D;
- alzheimerova choroba: u raných stádií onemocnění stimulace mozkové aktivity podporující synaptická spojení;
- chronická obstrukční plicní nemoc: nekouření, léčba recidiv bakteriálních respiračních infekcí.

5.3 Prevence v kontextu očních onemocnění u cílové skupiny osob preseniorského a seniorského věku

V následující podkapitole se budeme věnovat problematice prevence ve vztahu k cílové skupině osob preseniorského a zejména pak seniorského věku. Poukážeme na význam takové prevence a popíšeme možnosti, jak tuto prevenci realizovat.

Pokud chápeme oči jako izolované smyslové orgány, zdá se nám, že zdravé oči jen málo souvisejí s celkovým fyzickým zdravím. Rozsáhlý lékařský a psychofyzilogický výzkum ve druhé polovině dvacátého století ovšem prokázal, že lidský organismus funguje jako celek. Zdravý zrak je tedy nutno chápat jako nedílnou součást zdraví celého organismu. (Selby, 1995)

U jedinců po 40. roce věku se doporučuje absolvovat preventivní prohlídky u oftalmologa. V této době již začínají být na oku přítomny změny typické pro stárnutí

organismu a tedy i oka. Zvýšenou pozornost těmto prohlídkám by měli věnovat jedinci, kteří mají v rodinné anamnéze některé z očních onemocnění (např. glaukom, katarakta, věkem podmíněná makulární degenerace apod.). V rámci této preventivní prohlídky oftalmolog obvykle vyšetřuje refrakci oka, nitrooční tlak, oční pozadí a komplexně hodnotí funkci všech částí oka. Může tak odhalit byť i jen počáteční stádium onemocnění, které, neléčeno, může být příčinou vzniku zrakového postižení. (Hrabáková, Hejlová, 2010)

Takovým onemocněním může být již několikrát zmiňovaná věkem podmíněná makulární degenerace. Ta je přitom poměrně snadno testovatelná i v domácích podmínkách pomocí tzv. Amslerovy mřížky, toto testování je doporučováno všem jedincům starším 50 let (tedy jedincům již v preseniorském věku). Kolář (2008) připomíná, že toto vyšetření by rozhodně mělo být prováděno rutinně praktickým lékařem. Mřížka (viz příloha) je tvořena čtvercovou sítí s fixačním bodem uprostřed. Ideální je testování mřížkou každý den, nebo alespoň jednou týdně. Vzhledem k závažnosti tohoto onemocnění co do prvenství v příčinách vzniku zrakového postižení u seniorů byl v České republice vytvořen speciální webový portál www.degeneracemakuly.cz, který je určen jednak jedincům, kteří již tímto onemocněním trpí, a jednak jedincům, kteří toto onemocnění nemají, ale je žádoucí, aby se intenzivně věnovali prevenci jeho vzniku. K naleznutí jsou zde informace o onemocnění samotném, o možnostech prevence, léčby a také řešení životní situace v případě již vzniklého onemocnění. V této souvislosti považujeme za vhodné konstatovat, že informace na tomto portále odpovídají aktuálním vědeckým poznatkům a webové stránky jsou vytvořeny v duchu „Blind Friendly“, tedy jsou plně přístupné uživatelům se zrakovým postižením.

Zájemci naleznou také přímo na zmiňovaných webových stránkách informace k testování pomocí Amslerovy mřížky. Instrukce pro uživatele mřížky v rámci pravidelné prevence jsou zde uvedeny následovně:

1. Používejte mřížku denně nebo alespoň týdně.
2. pokud používáte brýle na čtení, nasad'te si je.
3. Zakryjte si jedno oko (např. rukou nebo složeným kapesníkem).
4. pozorujte mřížku ze vzdálenosti přibližně 30–40 cm v dobře osvětlené místnosti.

5. Dívejte se pouze na černý bod uprostřed obrázku, nepohybujte okem po celé čtvercové síti.
6. Sledujte, zda vidíte čtvercovou síť jako pravidelnou, zda některé čtverce nechybí nebo nejsou deformovány.
7. Proveďte zkoušku pro každé oko zvlášť.
8. Pokud zjistíte změny na čtvercové síti, neváhejte je co nejdříve oznámit svému očnímu lékaři! (<www.degeneracemakuly.cz>, cit. 8. 2. 2013)

Vezmeme-li v potaz také diskutované rizikové faktory (kromě faktoru věku, který již byl potvrzen) ve vztahu k VPMD tak, jak je uvádí Kolář (2008), může být jednou z možností prevence v kontextu očních onemocnění také eliminace těchto rizik. Mezi faktory, které jsou v populaci běžně „čitelné“ a v rámci prevence také dobře uchopitelné, patří např. kouření (včetně kouření v anamnéze), hypovitaminóza A a C, vyšší příjem nasycených mastných kyselin a cholesterolu, vyšší systolický tlak, vyšší kalorický příjem, vyšší index tělesné hmotnosti (BMI), vyšší expozice UV záření, vyšší konzumace piva či vyšší hladina cukru v krvi.

Aktuálně je v souvislosti s prevencí závažných očních onemocnění řešena oblast užívání vitamínů a minerálních látek, které jsou pro správné fungování očí nezbytné. Doporučení pro užívání těchto vitamínů a minerálních látek je buď jako v rámci prevence nebo jako součást již probíhající léčby. Při léčbě věkem podmíněné makulární degenerace tak byl prokázán pozitivní vliv vitamínu C, E a rutinu. V souvislosti s kataraktou se doporučuje zvýšit přísun antioxidantních vitamínů C a E, které mohou oddálit vznik onemocnění, protože působí preventivně proti oxidativnímu poškození čočky. V případě hemeralopie (šerosleposti) působí pozitivně zvýšené dávky vitamínu A, dodáním tohoto vitamínu se vidění v případě lehké hemeralopie obnovuje. V případě diabetické retinopatie může být prospěšný zvýšený přísun antioxidantně působících látek (vitamin C a E, flavonoidy a selen), které mohou snížit množství potenciálně škodlivých oxidačních zplodin v krvi a tím chránit sítnici před poškozením. U pacientů s hypertenzí se při ochraně cév a prevenci hypertenze mohou uplatnit opět antioxidantní vitamíny, selen, zinek a beta-karoten. (Burianová, 2007)

5.3.1 Zraková hygiena

Jednou z možností, jak realizovat prevenci ve vztahu k zachování zrakových funkcí a zrakového komfortu, je zraková hygiena. Požadavky dnešní doby (prodlužování doby práce s počítačem, užívání dalších informačních a komunikačních technologií – tzv. chytré mobilní telefony, tablety atd.) zcela zřetelně nutí člověka ke specifické zrakové práci, zejména na blízko. Stejskalová (2012, s. 140) uvádí, že „Na potíže se zrakem si při práci s počítačem stěžuje až 75 % lidí. Hlavní příčinou zrakové únavy v této souvislosti je zraková náročnost práce, která je způsobena trvalým přizpůsobením očí na vidění do blízka, námahou svalů ovládajících akomodaci a rozdílné jasy různých ploch. Podle posledních výzkumů začíná zraková únava při práci s počítačem již po 2 hodinách, zřetelně se pak manifestuje po 4 hodinách práce.“ Doporučuje se proto v pravidelných intervalech střídat práci na blízko a na dálku a netrávit práci na počítači nepřetržitě déle než 2 hodiny.

V oblasti zrakové hygieny hraje významnou roli také osvětlení a jeho charakteristiky. Schopnost adaptace oka na různou světelnou intenzitu je velmi rozsáhlá, ovšem veškeré změny intenzity osvětlení při práci působí na člověka rušivě, mohou vést ke změně pracovního rytmu a k přerušování práce. Základní podmínkou bezpečnosti práce a kvalitního vidění je světlo, které neoslňuje, plynulá rozhraní mezi osvětlenou a méně osvětlenou či neosvětlenou částí pracovního místa (místnosti) a vhodné posazení pracující osoby tak, aby si nestínila. Vliv ovšem nemá jenom intenzita světla, ale také jeho barva. Problémem může být také oslnění, které zhoršuje, až znemožňuje vidění. Vidění může být přitom znemožněno ještě nějakou dobu po vymizení zdroje oslnění. (Králová, 2008)

Vedle intenzity osvětlení bereme v potaz také jeho barvu. Barva světla žárovky se označuje jako teplá bílá. U zářivek rozlišujeme tři bílé tóny – teplá bílá, chladně bílá a denní tón. Z hlediska zrakové pohody mají být v jedné místnosti používány světelné zdroje stejného barevného tónu světla nebo nejvýše tónu sousedního. Při osvětlení kombinovaném s denním světlem se doporučuje použít raději žárovku chladně bílou. (Macháček, 2002)

Stejskalová (2012) shrnuje některá další praktická doporučení, která napomáhají udržovat zdravý zrak a zrakovou pohodu. Týkají se zejména uspořádání pracovního místa. Monitor doporučuje umístit bokem k oknu, a pokud při práci na počítači sledujeme tištěný text, je podle ní vhodné jej umístit do výše očí vedle monitoru. Vzdálenost pracující osoby od monitoru se doporučuje 50–70 cm. Stejskalová poukazuje také na maximální doporučovanou hodinovou zátěž při psaní textu na počítači, která činí cca 5 stran textu.

6 INFORMOVANOST JAKO JEDEN Z INDIKÁTORŮ KVALITY ŽIVOTA

Samostatná kapitola je věnována otázkám informovanosti a jejího vlivu na kvalitu života. Ačkoliv výzkumné aktivity se nezaměřují na měření kvality jako takové, informovanost preseniorské a seniorské populace ve vztahu k problematice zrakového postižení a dalším oblastem nás v jedné z částí výzkumu přímo zajímá. Protože jednu z položek v rámci měření kvality života tvoří právě položka s názvem „nové informace a dovednosti“, považujeme tuto kapitolu za adekvátní doplnění teoretické části práce.

Kapitola vztahující se k problematice kvality života byla do disertační práce zařazena zejména z toho důvodu, že je tato problematika ve vztahu k seniorskému věku aktuálně velmi aktivně řešena. Považovali jsme proto za vhodné alespoň na obecné úrovni nastínit toto téma a zejména poukázat na to, jaký je vztah informovanosti a kvality života. Informovanost o problematice zrakového postižení je totiž fenoménem, který prolíná celou disertační prací a lze ho považovat za jedno ze stěžejních témat práce.

6.1 Kvalita života – úvod a teoretické vymezení

Kvalita života začala být řešena nejprve v ekonomii, a to počátkem dvacátých let minulého století. Tehdy se začalo projevovat, že ukazatelem spokojenosti a sociálního blaha není jen množství spotřebovaného zboží, ale také subjektivní prožitek těchto podmínek, kde je rozhodující osobní a pocitové hodnocení. Přes sociologii se pojem kvalita života postupně dostával do medicíny. Za cíl péče se začalo považovat nejen udržování života, ale také zajištění života důstojného, smysluplného, orientovaného na prožitek pohody. Tyto teze se staly nosnými i pro psychologii a následně samozřejmě také pro další obory, mezi něž patří i speciální pedagogika (podrobněji viz níže). Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) definuje kvalitu života jako „pocit jednotlivců nebo skupin obyvatelstva, že jsou uspokojovány jejich potřeby, a že jim nejsou odnímány příležitosti k dosažení štěstí a naplnění života“. (Řehulková, Řehulka, 2008)

Kvalita života se aktuálně považuje za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví. Podle Světové zdravotnické organizace kvalita života vyjadřuje, jak člověk sám hodnotí svou životní situaci, jedná se o jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velmi široký koncept, který je multifaktoriálně ovlivněn jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho prostředí. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

Zjišťování kvality života doplňuje objektivní ukazatele zdravotního stavu tím, že popisuje dopad nemoci a léčby na každodenní život pacienta, přináší informace o pohledu pacienta a hodnotí účinnost terapie, při které nedochází k úplnému vyléčení, jako je tomu u většiny chronických onemocnění či různých typů postižení. Kvalitu života je možno sledovat na individuální úrovni, kde slouží zejména k sestavení terapeutického plánu, dále je možno sledovat skupiny pacientů s určitým typem potíží. Cílem populačních šetření kvality života je popis rizikových skupin obyvatelstva a výsledky slouží jako podklad pro preventivní programy a plánování zdravotní a sociální péče. (Dragomirecká a kol., 2006)

Pohled na kvalitu života a její vymezení nabízí mnoho vědních oborů. Mezi nimi např. sociologie, která pohlíží na kvalitu života z jiného úhlu pohledu, než např. medicína či psychologie. QOL je podle ní určena především protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

Také psychologie, v jejímž centru zájmu stojí prožívání, myšlení, potřeby a přání člověka, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace, životní trauma, krize, psychické poruchy apod., řeší otázky kvality života. Pracuje s termínem „well-being“, který je chápán jako životní spokojenost či pohoda. Subjektivní pohodu je poté možno popsat jako výskyt pozitivních emocí v delším časovém úseku a zároveň absenci nepříjemných tělesných pocitů a pozitivní sebehodnocení. (Doležalová, 2003 in Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

Vedle psychologie operuje s termínem kvalita života taktéž psychoterapie, kterážto je považována za možnost léčby a profylaxe poruch zdraví, jež se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky. Psychoterapeutický přístup se uplatňuje při rehabilitaci pacientů, jejímž cílem je nejvyšší možná kvalita života. (Vymětal, 2003)

Velmi zajímavý je pohled na kvalitu života z hlediska životních událostí, kterou vznik zrakového postižení bezesporu je. Janečková (in Payne, 2005) poukazuje na skutečnost, že životní události nelze pominout, studujeme-li nebiologické faktory zdraví a nemoci, protože se s nimi setkává každý člověk. Tyto události jsou vždy spojeny se stresem a jeho důsledky pro psychické či fyzické zdraví. Životní události představují takové situace nebo okolnosti v životě člověka, které objektivně znamenají nějakou více či méně zásadní změnu v každodenním stereotypu. Takovými událostmi ovšem nejsou jen události s nábojem negativním (např. úmrtí v rodině, odchod partnera, finanční ztráta apod.), ale také s nábojem pozitivním (např. sňatek či výrazné zlepšení majetkové situace).

Důkazem toho, že pojem kvalita života přesahuje rámec jednoho vědního oboru a že dokonce přesahuje rámec společenských věd, je fakt, že se setkáváme také s ekologickým a environmentálním hlediskem kvality života. Toto pojetí KŽ vychází z předpokladu, že každý jedinec má právo na život v příznivém životním prostředí.

Křížová (in Payne a kol., 2005, s. 217) prováděla analýzu volných odpovědí 76 respondentů, kterých se dotazovala, co si představují pod pojmem kvalita života. Z této analýzy podle ní vyplývá následující: „Charakter pojmu se v laickém povědomí jeví jako multidimenzionální, dlouhodobě a složitě se utvářející, značně relativistický, idealizovaný a nedosažitelný.“ Poukazuje taktéž na to, že se na základě výzkumu projevily malé rozdíly mezi seniory a studenty vysokých škol, u obou skupin byl kladen silný důraz na sociální a morální obsah pojmu kvalita života. Pojem kvalita života se sice stává centrálním pro rozsáhlé a dlouhodobé výzkumné projekty, spojuje široké výzkumné týmy po celém světě, nicméně stále zůstává problematický právě tím, že je tak běžně používán a přesto má pro různé aktéry různý význam. Sousedství kvalita života je tedy jednak součástí laického slovníku, a jednak součástí slovníku vědeckého. Pojem kvalita života má svou historii a jeho aktuální výklad je touto historií podmíněn. (Křížová in Payne a kol., 2005)

6.2 Pojetí kvality života v historických souvislostech

Zájem o fenomén kvality života není otázkou jen několika posledních let či desetiletí, jak by se mohlo na první pohled zdát. Následující historický nástin poukazuje na velmi dlouhou tradici, o kterou se zkoumání kvality života může opřít.

Je velmi pravděpodobné, že pojem kvalita života se objevil již v pracích klasických autorů, nicméně předmětem systematického vědeckého bádání a studia se stává až v posledních dekádách 20. století. To je způsobeno mimo jiné tím, že pojmu kvalita života začala být věnována politická pozornost. Doba, či společnost, v níž je kvalita života nejvíce řešena, je charakterizována hojností až nadbytkem, není tedy již stěžejní otázkou, jak zvýšit blahobyt většímu počtu obyvatel, otázkou se nově stává smysl tohoto počínání. Koncept kvality života je programově tvořen, aby postihl něco kromě materiální dimenze, tedy psychologické, sociální a duchovní, souhrnně řečeno existenciální i sociální aspekty lidského života. V samotném jádru pojmu je ovšem možno sledovat jakousi vnitřní rozpornost. Pojem se snaží postihnout duchovní, obtížně pozorovatelné a výrazně subjektivně interpretované dimenze života a zároveň je zde stále snaha zacházet s ním standardním vědeckým způsobem. (Křížová in Payne a kol., 2005)

Pojem „kvalita života“ jako první zmínil Pigou roku 1920 v práci, která se zabývala ekonomikou a sociálním zabezpečením. Předmětem jeho výzkumu byl dopad státní podpory pro sociálně slabší vrstvy na jejich život a také na státní rozpočet. V té době se ovšem pojem nesetkal s ohlasem a znovu objeven byl až po druhé světové válce. Tehdy jednak Světová zdravotnická organizace rozšířila definici zdraví, která pak nově zahrnovala fyzickou, duševní a sociální pohodu, a jednak byly rostoucí sociální nerovnosti impulsem pro různá sociální hnutí a politické iniciativy. V té době byl také pojem uveden do politiky americkými prezidenty J. F. Kennedym a L. B. Johnsonem. V Evropě se pojem kvalita života objevil v Římském klubu, což byla nevládní organizace založená ve Švýcarsku, která kritizovala negativní tendence kapitalistické společnosti, odsuzovala zbrojení, válku jako takovou a hledala prostředky a způsoby k humanizaci světa a člověka. Sičák (2001 in Vařurová, Mühlpachr, 2005) zmiňuje, že termín QOL se původně používal v souvislosti se zhoršujícím se životním

prostředím. Programové prohlášení vyvolalo řadu reakcí, mimo jiné vyšlo v 70. letech minulého století mnoho publikací, které definovaly kvalitu života. Všechny tyto snahy vyústily v založení časopisu „Zkoumání sociálních indikátorů“, jež od roku 1974 vycházel v USA a v Nizozemí. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

V témže roce Evropská komise OSN systematizovala sociální indikátory do osmi skupin. Ty jsou následující:

- zdraví,
- kvalita pracovního prostředí,
- nákup zboží a služeb,
- možnosti trávení volného času,
- pocit sociální jistoty,
- možnosti rozvoje osobnosti,
- fyzikální kvalita životního prostředí,
- možnost účasti na společenském životě. (Halečka, 2001 in Vaďurová, 2006)

V souvislosti se zvyšujícím se významem fenoménu kvality života můžeme jmenovat dvě příčiny, díky nimž se problematika kvality života dostala výrazněji do popředí:

- ekonomický růst a rozvoj vědy a techniky vytváří pro občany možnost bezproblémově uspokojovat primární materiální potřeby;
- zároveň se ovšem objevuje dopad tohoto ekonomického růstu, který s sebou nese ohrožení zdraví a lidské existence.

Pojem kvalita života je tedy v západní teorii užíván v souvislosti s určitými důsledky celkového vývoje, který je orientován na racionalismus vědy a techniky. Do společenských věd jej zavedl K. Galbraith v roce 1967. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

Společným znakem diskusí o kvalitě života je od 70. let 20. století až do současnosti nejednotnost stanovení indikátorů pro měření kvality života, jejich priority a nejvhodnější měřicí nástroje. Aktuálně se zúčastnění odborníci shodují v názoru, že vymezení pojmu kvalita života a volba měřicího nástroje závisí na účelu měření. Výsledkem je potom značná rozmanitost definic kvality života a velké množství

měřicích nástrojů, kterými jsou nejčastěji dotazníky nebo strukturované rozhovory. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

6.3 Dimenze kvality života

Pro lepší pochopení dané problematiky uvádíme v následující podkapitole možnosti náhledu na koncept kvality života a na podmínky a činitele, které mohou KŽ ovlivňovat.

Na koncept kvality lze nahlížet ze dvou hledisek, hovoříme potom v této souvislosti o subjektivní a objektivní dimenzi kvality života. Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života a sociální status a fyzické zdraví. Můžeme ji tudíž vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, jež ovlivňují život člověka. (Vaďurová, 2006)

Subjektivní kvalita života sestává z jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a systému hodnot. (Vymětal, 2001 in Vaďurová, 2006)

V současné době se odborná veřejnost ve všech oborech výrazně přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality života a považuje ho za zásadní a určující pro život člověka. Toto hodnocení je potom velmi individuální a je nutné, aby otázky zjišťující celkovou spokojenost posuzoval sám pacient.

Jesenský hovoří o tzv. vnějších a vnitřních činitelích kvality života. Ty podle něho představují velmi rozsáhlou oblast činitelů, které jedinci s postižením umožňují žít ve společnosti, týkají se ovšem celé společnosti, ne jen osob s postižením.

Tyto činitele Jesenský dělí do dvou skupin:

- vnitřní činitele: somatické a psychické vybavení člověka ovlivněné např. onemocněním či postižením, do této skupiny náleží veškeré aspekty ovlivňující rozvoj a integritu jedince;

- vnější činitele: představují podmínky existence člověka – jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. (Jesenský, 2000)

6.4 Kvalita života ve vztahu k seniorské populaci a k problematice informovanosti

V okamžiku, kdy se problematika kvality života vztahuje na cílovou skupinu osob seniorského věku, je vždy nutno brát na zřetel velkou rozmanitost průběhu procesu stárnutí u konkrétních jedinců. Zejména je nutné počítat se skutečností, že proces stárnutí se bude výrazně lišit u jedinců, u kterých je přítomno výrazné zdravotní omezení či postižení, jak je tomu např. u seniorů se zrakovým postižením. Kvalitu života ve stáří proto nelze zobecnit pouze na oblast zdraví či absence nemoci nebo postižení, musí být pojata mnohem širěji, a postihovat všechny oblasti života člověka. (Fernández-Ballesteros, Santacreu Ivars, 2013)

Kvalitu života i samotný průběh stáří ovlivňují úspěchy v pracovním i osobním životě, životní styl i zdravotní problémy, které jedinec prožívá ve věku produktivním. Vzhledem k tomu, že pro velké množství lidí v produktivním věku je práce hlavním smyslem a náplní života, bývá pak odchod do důchodu vnímán jak životní trauma, jež má na kvalitu života značný vliv. (Dvořáčková, 2012)

Stárnutí populace je spojeno s rostoucí poptávkou po službách určených osobám seniorského věku, ale také se zájmem o jejich kvalitu života a o to, jak by bylo možné prostřednictvím služeb tuto kvalitu zvýšit. (<<http://www.utoronto.ca/qol/seniors.htm>>, cit. 13. 5. 2013)

Ministerstvem práce a sociálních věcí byl přijat dokument s názvem „Národní program přípravy na stárnutí“ na období let 2008 až 2012, nyní samozřejmě již neaktuální. Tento program vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev spojených s demografickým stárnutím je nezbytné soustředit se na jisté strategické oblasti a priority. (Dvořáčková, 2012) OSN formulovala tři prioritní oblasti:

- vliv stárnutí na kvalitu života a „zdravé stárnutí“;
- produktivita a integrace;
- materiální bezpečí po celý život, podpůrné sítě, systematická péče a podpora.

Každá z těchto prioritních oblastí byla zkoumána ze čtyř klíčových obsáhlých perspektiv:

- situace starších osob;
- průběh života;
- mezigenerační vztahy;
- stárnutí populace a vývoj. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005)

Uskutečněné výzkumy (např. rozsáhlý výzkum z Kanady z roku 2002 s názvem *A Nation for All Ages? A Participatory Study of Canadian Seniors' Quality of Life in Seven Municipalities*) ukazují, že z pohledu samotných seniorů je na interpersonální úrovni důležitá hlavně sociální síť zahrnující sociální kontakty, potřebu asistentů a potažmo integrace prostřednictvím sociálních aktivit a kontakt s ostatními s pomocí dobrovolníků. Jako problematický je spatřován přístup k seniorům – nedostatek respektu, vůle naslouchat jejich názorům a infantilizace. Dalším problematickým místem je ageismus, jehož součástí je šíření mýtů o seniorech v médiích. Na úrovni organizací potom vystupuje do popředí zdravotní péče, její kvalita a dostupnost. Dalším hodnoceným okruhem byla komunita, služby poskytované seniorům, zejména pak přístup k informacím. Z pohledu profesionálů, kteří pracují se seniory na intrapersonální úrovni, vyvstává problém nízkého sebehodnocení, jež bývá důsledkem obrazu seniorů prezentovaného v médiích.

Světová zdravotnická organizace vytvořila nástroj pro měření kvality života seniorů WHOQOL-OLD. Jde o adaptaci nástroje měření kvality života u běžné populace. Jasně je, že problematika stárnutí musí být řešena podporou aktivního stárnutí namísto pouhého zvyšování objemu poskytované péče. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005) Tento dotazník ovšem není určen pro samostatné použití, pouze jako dodatkový modul k dotazníku kvality života WHOQOL-BREF. Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-100, který obsahuje 100 položek, vytvořenou pro klinickou praxi. Východiskem pro zkrácenou verzi dotazníku byla struktura, která obsahuje čtyři domény – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Jako dvě samostatné

položky byly do dotazníku vloženy kvalita života a spokojenost se stářím.
(Dragomirecká, 2007)

Tabulka 5: Domény a položky WHOQOL-BREF

Domény	Položky
fyzické zdraví	bolest a nepříjemné pocity závislost na lékařské péči energie a únava pohyblivost spánek každodenní činnosti pracovní výkon
prožívání	potěšení ze života smysl života soustředění přijetí tělesného vzhledu spokojenost se sebou negativní pocity
sociální vztahy	osobní vztahy sexuální život podpora přátel
prostředí	osobní bezpečí životní prostředí finanční situace přístup k informacím záliby prostředí v okolí bydliště dostupnost zdravotní péče doprava
Dvě samostatné položky	kvalita života spokojenost se stářím

(dle WHO zpracovala Ondrušová, 2011)

Tabulka 6: Dotazník WHOQOL-OLD – česká verze

Dotazník WHOQOL-OLD – česká verze
1. Obáváte se toho, co přinese budoucnost?
2. Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů Váš každodenní život?
3. Do jaké míry ovlivňuje ztráta například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu Vaši schopnost zapojit se do různých činností?
4. Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?
5. do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?
6. Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?
7. Cítíte se izolován od lidí kolem Vás?
8. Jak moc se bojíte toho, že zemřou lidé, kteří jsou Vám blízcí?
9. Znepokojujete se tím, jak zemřete?
10. Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?
11. Jak moc se bojíte umírání?
12. Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

(dle WHO zpracovala Venglářová, 2007)

Oblast informovanosti, která se, mimo dalších, na kvalitě života jednotlivců taktéž podílí, náleží dle české verze dotazníků kvality života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006) pod oblast získávání nových informací, jež spadá pod doménu **prostředí**.

Položka **nové informace a dovednosti** zjišťuje možnosti a zájem respondenta se dále vzdělávat, získat nové znalosti a mít přehled o současném dění. To se může realizovat formou oficiálních vzdělávacích programů, kurzů pro dospělé nebo zájmovou činností, a to jak skupinově, tak individuálně. Pro každého jedince znamená tato položka něco trochu jiného, ovšem pocit informovanosti je pro mnoho lidí velmi důležitý, proto se s ním v oblasti zkoumání kvality života také počítá.

Individuální kvalitu života lze ovlivnit mimo jiné také prostřednictvím edukace, zvyšování informovanosti. Informační potřeby osob seniorského věku jsou samozřejmě jiné, než potřeby např. osob v produktivním věku, nejsou již zaměřeny do pracovní oblasti, např. za účelem zlepšení postavení na trhu práce. Vztahují se spíše do oblastí, jako jsou aktuální společenské dění, historické souvislosti, zdravý životní styl či prevence onemocnění. (Cabedo, Escuder-Mollon, 2013)

Podstatné je to, jakou má zkoumaná osoba možnost naplnit svou potřebu nových informací a znalostí, ať už jde o znalosti ve smyslu vzdělávacím nebo o novinky ve světě a okolí bydliště. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Informace, a informovanost jako taková, ve vztahu ke zdraví, nemocem či různým druhům postižení a znevýhodnění je zajímavou oblastí a proto jsme se v rámci tohoto šetření rozhodli zaměřit právě na ni. Je totiž prokázáno, že pokud má člověk dostatek informací a znalostí o prvotních projevech oftalmologického onemocnění, jež může být příčinou vzniku zrakového postižení, dokáže dříve a spolehlivěji odhalit prvotní příznaky tohoto onemocnění. A právě včasné odhalení příznaků a návštěva očního lékaře umožňuje včasné zahájení léčby, které může být u některých onemocnění rozhodující (např. již zmiňovaná věkem podmíněná makulární degenerace). Z výše uvedeného tedy vyplývá, že jednotlivé skutečnosti jsou mezi sebou úzce provázány a je třeba se v této souvislosti zabývat zejména příčinou toho, proč k odhalení oftalmologického onemocnění dochází často tak pozdě, tedy samým počátkem.

EMPIRICKÁ ČÁST

7 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY

Věnovat se v rámci výzkumných aktivit problematice zrakového postižení u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením považujeme vzhledem k současnému vývoji populační křivky za velmi aktuální. Stárnutí populace je jev demograficky potvrzený a je již zcela jasné, že s nárůstem počtu osob seniorského věku souvisejí určitá specifika, na která je třeba se připravit a se kterými je třeba operovat. Tato příprava se týká jak společnosti jako takové, tak konkrétních vědních oborů, kterými se daná společnost zabývá. Otevírá se proto v této souvislosti také prostor pro oblast speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením.

Velmi významná je v souvislosti se vznikem zrakového postižení na podkladě neléčených nebo pozdě léčených oftalmologických onemocnění v seniorském věku (např. věkem podmíněná makulární degenerace, katarakta apod.) také oblast prevence a informovanosti. Podpora v této oblasti může v konečném důsledku vést k výraznému pozitivnímu ovlivnění negativních důsledků a vlivů na osoby seniorského věku.

Senior se zrakovým postižením je typ klienta, se kterým se v rámci speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením setkáváme stále častěji, a to zejména na poli speciálněpedagogické andragogiky. Je tedy na místě, abychom se cílovou skupinou seniorů se zrakovým postižením blíže zabývali a usilovali o zefektivnění speciálněpedagogických intervencí a jejich přizpůsobení dané klientele. Za jednu z efektivních intervencí považujeme také zvyšování informovanosti o problematice zrakového postižení v seniorském věku a související prevenci, jako jednoho z předpokladů pro eliminaci negativních dopadů zrakového postižení. Oblast informovanosti ve vztahu k oftalmologickým onemocněním a zrakovému postižení je proto jednou ze stěžejních v rámci této práce, zejména její výzkumné části.

Oftalmologická diagnóza, která se v prostředí rozvinutých zemí, kterou je nepochybně i Česká republika, nejvyšší měrou podílí na počtu nově osleplých osob seniorského věku, je věkem podmíněná makulární degenerace (dále jen VPMD). Ta postihuje 10–15 % populace starší 65 let. V České republice tímto onemocněním trpí přibližně 515 000 osob (Kolář, 2008). I přesto, že je jedna ze dvou forem tohoto onemocnění, vlhká forma (asi 20 % případů), do jisté míry léčitelná, vnáší VPMD a na jejím podkladě vzniklé zrakové postižení do života osob poměrně zásadní změny. Když se tyto změny, plynoucí z nově vzniklého zrakového postižení, spojí se změnami, jež plynou z přirozené celkové involuce organismu, provázející období stárnutí a stáří, vzniká kvalitativně zcela nová životní situace. V této nové situaci je za účelem zachování dosavadních kvalit života člověka třeba poskytnout mu potřebnou míru speciální podpory.

To v podstatě platí i u seniorů, u kterých je přítomno zrakové postižení vzniklé i na jiném podkladě, proto není výzkum omezen jen na seniory s VPMD. Zahrnuti jsou i respondenti, u nichž je příčina zrakového postižení jiná.

Práce se proto v obecné rovině zabývá právě specifikací této nové situace, včetně zobecnění některých poznatků na teoretické úrovni. Zároveň také na základě výstupů výzkumu popisuje, do jakých oblastí se zrakové postižení nejvíce promítá a do jakých oblastí by u této cílové skupiny (tzn. senioři s dg. VPMD a dalšími, zejména věkem podmíněnými oftalmologickými diagnózami způsobujícími zrakové postižení) tedy měla být zacílena speciálněpedagogická podpora, popř. jakým způsobem by měla být realizována. To vše za podmínky zohlednění všech specifik, která přináší jednak zrakové postižení jako takové, a jednak seniorský věk.

Velká pozornost je věnována také oblasti informovanosti, osvěty a prevence v souvislosti s oftalmologickými onemocněními a zrakovým postižením v seniorském věku, a to jak jejímu současnému stavu, tak možnostem jeho zlepšení. Informovanost v této oblasti je přitom v některých případech porovnávána s informovaností v oblasti onemocnění civilizačního charakteru, u kterých je v populaci předpokládána informovanost vyšší. Realizace osvěty ve vztahu k civilizačním onemocněním by tak potencionálně mohla být inspirací pro realizaci osvěty ve vztahu k očním onemocněním jako samostatné skupině onemocnění. Kvalitní informovanost je obecně důležitá např.

pro včasné započetí léčby u konkrétního onemocnění. Při léčbě např. vlhké formy VPMD je totiž klíčové včasné zjištění diagnózy. Čím dříve je léčba na speciálních oftalmologických pracovištích, tzv. makulárních centrech, započata, tím větší je šance na zastavení onemocnění, či dokonce jisté zlepšení zrakových funkcí. Práce se proto mimo jiné zaměřuje na zmapování současného stavu na poli informovanosti a osvěty v souvislosti se zrakovým postižením v seniorském věku a zároveň je na základě skutečností zjištěných v rámci výzkumu navrženo řešení optimálního způsobu informování populace o této problematice.

Třetí, doplňkovou oblastí zájmu je v rámci disertační práce popis některých způsobů podpory seniorů se zrakovým postižením, které jsou realizovány v zahraničí, konkrétně pak ve Velké Británii a USA. Tato „sonda“ do systému podpory v zahraničí slouží jako možnost inspirace pro české prostředí, na jejím podkladě poukážeme na to, jakým směrem by se mohla ubírat, popř. rozvíjet, tato podpora u nás. Tato třetí oblast výzkumného zájmu je pojata alternativním způsobem a zasahuje jak do teoretické části práce, tak do empirické. Informace o způsobu podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí jsou součástí kap. 4 teoretické části, kdežto vyvození závěrů v této oblasti je součástí empirické části práce.

8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Výzkumným tématem, z něhož vychází i samotný název práce, je problematika zrakového postižení ve vztahu k seniorskému věku. Důraz je kladen zejména na oblast informovanosti a osvěty ve vztahu ke zmíněnému fenoménu s přesahem do období presénia, dále pak na možnosti optimalizace speciálněpedagogických intervencí v souvislosti se specifiky cílové skupiny, a na případnou inspiraci zahraničními modely podpory seniorů se zrakovým postižením.

Vzhledem k tomu, že se výzkum vztahuje do více dílčích oblastí (konkrétněji v dalších kapitolách), je v rámci jeho realizace využito primárně kvantitativního přístupu, který je doplněn přístupem kvalitativním. Máme za to, že volba kombinace obou typů výzkumného designu napomáhá postihnout všechny aspekty zvolené problematiky a umožňuje dosáhnout výzkumných záměrů a přijmout či odmítnout výzkumné hypotézy. Aplikace jednotlivých přístupů do konkrétních oblastí výzkumu je popsána níže.

Výhody kombinace obou typů výzkumného designu jsou dobře patrné z popisů obou typů výzkumu, který nabízí Gavora (2000) Hlavním cílem výzkumníka v kvantitativním výzkumu je třídění údajů a vysvětlení příčin existence nebo změn jevů. Přesné údaje umožňují zevšeobecnování a vyslovování předpovědí o jevech. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je dle Gavory porozumět člověku, tedy zejména chápat jeho vlastní hlediska, jeho osobní pohledy na věci a jevy okolo něho, zkoumat jej holisticky.

Filozofickým základem klasických, kvantitativně orientovaných výzkumů, je pozitivismus. V pedagogice tímto typem výzkumu rozumíme záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi jevy (proměnnými). (Chráska, 2007)

Filozofickým základem kvalitativně orientovaných výzkumů je fenomenologie. (Chráska, 2007) „Podstatou kvalitativního výzkumu je do široka rozprostřený sběr dat bez toho, že by na počátku byly stanoveny základní proměnné. Stejně tak nejsou

předem stanoveny hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již předtím někdo vybuřoval. Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací.“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 24)

Považujeme za vhodné na tomto místě naznačit, z jakého důvodu volíme smíšený design výzkumu. Za tímto účelem uvádíme tabulku „Srovnání kvalitativního a kvantitativního přístupu“ dle Miovského (2006, s. 25) s tím, že pro plánované výzkumné aktivity se počítá s využitím výhod obou přístupů.

Tabulka 7: Srovnání kvalitativního a kvantitativního přístupu

Úroveň srovnání	Kvantitativní přístup	Kvalitativní přístup
Základní epistemologický přístup výzkumníka	Realita existuje nezávisle na nás a my ji procesem výzkumu objevujeme. Existují jednotná kritéria pro proces provádění a vyhodnocování výzkumu.	Člověk (tj. i výzkumník) spoluutváří realitu, kterou je možné nazírat z nekonečně mnoha perspektiv, proces poznávání je současně procesem neustálé interpretace. Realitu je tedy spíše třeba interpretovat než objevovat.
Uplatnění základních principů poznávání	Uplatnění analytických principů dedukce – indukce.	Princip holismu (celek není sumárem jeho částí).
Perspektiva nazírání lidských projevů	Chování jako důsledek biologických, sociálních, kulturních a dalších faktorů.	Jednání jako svobodný akt vůle člověka a projev jeho možnosti volit mezi více alternativami.
Strukturace plánu výzkumu	Vysoká strukturace, obvykle přesný popis procedur, jejich pořadí atd.	Nízká strukturace, možnost změn v průběhu výzkumu atd.
Zacházení s výzkumnými proměnnými	Snaha dosáhnout maximální možnosti manipulace s proměnnými a redukce na jejich co nejnižší počet s co nejlepší kontrolou.	Neomezujeme se na vybrané proměnné, pole zůstává obvykle velmi otevřené a výzkumník až v průběhu výzkumu zjišťuje, jaký význam proměnné mají a jak se ovlivňují (princip otevřenosti)
Postoj výzkumníka k výzkumu	Ideálem je nezávislý výzkumník provádějící výzkum, který by měl	Výzkumník je sám účastníkem. Neexistuje nezávislý výzkumník,

	minimálně (nejlépe vůbec) ovlivňovat zkoumaný proces.	protože ten je součástí sociálních, psychologických, finančních a dalších vazeb a neexistuje také zcela nezávislý výzkum. Každý výzkum přímo nebo nepřímo ovlivňuje zkoumaný proces a mění jej.
Vztah s účastníky výzkumu	Snaha minimalizovat jakékoliv vazby a vztahy mezi výzkumníkem a zkoumanými procesy a subjekty. Ideálem je výzkumník nezátížený předsudky a kontextuálně vázaný zkušenostmi.	Osobní vztah s účastníkem výzkumu je základním předpokladem úspěchu. Autentičnost vztahu patří mezi základní kritéria validity. Žádný výzkumník není bez předsudků a nezátížený svými zkušenostmi a osobní historií a s tímto faktem je třeba ve výzkumu počítat.
Povaha dat	Tvrdá, reliabilní.	Hluboká, bohatá.
Základní požadavky na výsledky výzkumné činnosti	Výzkum musí být opakovatelný (požadavek na replikabilitu) a totožných výsledků by mělo být možné dosáhnout nezávisle na osobě, na čase a místě.	Mnohé výzkumy není možné opakovat, neboť některé procesy se odehrávají pouze jednou či velmi zřídka a jsou vázány vždy na celkový kontext. Je velmi podstatné, kdo výzkum provádí (jak komunikuje, jak se chová apod.), záleží na čase i místě (kulturní odlišnosti, lokální zvyky apod.)
Etická východiska	Společnost (a vědec) mají právo vědět a objevovat a právo vědět a objevovat je povýšeno nad ostatní práva a je jím možné ospravedlnit různá omezení a negativní dopady. Za produkt výzkumné práce nese odpovědnost společnost a politikové, kteří s těmito produkty zacházejí.	Vědec a věda mají svá omezení tam, kde mohou poškodit či omezit účastníky výzkumu proti jejich vůli. Právo vědět a objevovat není povýšeno nad jiná práva. Výzkumník nese odpovědnost vůči osobě a společnosti za to, co objeví; musí pečlivě vážit, jaké důsledky může svojí vědeckou činností způsobit.

Hendl (2005, s. 49) uvádí následující silné stránky kvantitativně orientovaného výzkumu:

- testování a validizace teorií;
- lze zobecnit na populaci;
- výzkumník může konstruovat situace tak, že eliminuje působení rušivých proměnných;
- relativně rychlý a přímočarý sběr dat;
- poskytuje přesná, numerická data;
- relativně rychlá analýza dat;
- výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi;
- je užitečný při zkoumání velkých skupin.

Vedle těchto silných stránek kvantitativně orientovaného výzkumu uvádíme taktéž pět základních postulátů, které slouží jako výchozí základ pro tzv. třináct pilířů kvalitativního myšlení a které formuloval Mayring (1988, 1990 in Miovský, 2009):

- a) V centru pozornosti výzkumníka v humanitních vědách jsou vždy lidé, subjekty. Tyto subjekty, na které se vztahuje výzkumný úkol, musí být obecným východiskem i cílem zkoumání.
- b) Na začátku každého výzkumu musíme vždy provést co nejpřesnější deskripci předmětu.
- c) Předmět, který sociální vědy zkoumají, není nikdy zcela jasný a ohraničený. Je nutné ho stále blíže objasňovat za použití interpretativních metod a postupů.
- d) Fenomény, na které se v sociálních vědách zaměřujeme, musíme zkoumat pokud možno vždy v jejich přirozeném prostředí a každodenním kontextu.
- e) Zobecňování výsledků se v sociálních vědách neděje automaticky na základě předem daných (definovaných) postupů, nýbrž musí být v jednotlivých případech krok za krokem zdůvodněno a musí být při tom brán zřetel na vlastnosti předmětu, smysl a kontext.

Všech těchto pět pilířů, tak jak je uvádí Mayring, je dobře aplikovatelných na některé dílčí výzkumné aktivity. Konkrétně pak zejména na tu část výzkumu, v rámci níž popisujeme prostřednictvím případových studií specifika života seniorů se zrakovým postižením.

9 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU – CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ ZÁMĚRY A STANOVENÉ HYPOTÉZY

Realizovaný výzkum se vyznačuje smíšeným designem. Vzhledem k této skutečnosti jsme jednak formulovali výzkumné hypotézy, a jednak stanovili výzkumné záměry. Celkem bylo formulováno 5 hypotéz (pro potřeby výzkumu formulovány jako nulové H_0 a alternativní H_A „statistické hypotézy“) a stanoveny 3 výzkumné záměry. Ke každému z výzkumných záměrů byly položeny také dílčí otázky. Výzkumné záměry korespondují s hlavními oblastmi zájmu disertační práce (s vytýčenými cíli), dílčí otázky rozvíjejí danou oblast tak, aby byla postižena co nejkomplexněji, a aby hlavních cílů bylo dosaženo v celé jejich hloubce a šíři.

Za hlavní **cíle výzkumu** považujeme následující:

- Určit, jaké jsou charakteristiky informovanosti a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku s akcentem na potencionální etiologické faktory vzniku zrakového postižení v seniorském věku, zhodnotit příčiny zjištěného stavu, a na zjištěná fakta reagovat v rámci výstupů práce. (Pozn.: k dosažení tohoto cíle bude využito kvantitativního výzkumného designu).
- Identifikovat specifika a nejvíce problémové oblasti života seniorů se zrakovým postižením a na základě tohoto zjištění navrhnout optimální možnosti a oblasti speciálněpedagogické podpory. (Pozn.: k dosažení tohoto cíle bude využito kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného designu, jedná se tedy o smíšený design).
- Popsat některé příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí a navrhnout, jakým způsobem by se touto podporou mohla v rámci svých možností inspirovat česká speciálněpedagogická praxe.

Výzkumné záměry, pomocí nichž došlo ke zmapování zvolené problematiky a k naplnění stanovených cílů, jsou uvedeny níže. Vzhledem k šíři problematiky jsme si v návaznosti na jednotlivé výzkumné záměry kladli také dílčí otázky.

Výzkumný záměr č. 1:

Výzkumným záměrem č. 1 je popsat, jaká je v České republice situace na poli informovanosti a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku ve vztahu k možným příčinám zrakového postižení a ke zrakovému postižení jako takovému. Tato oblast informovanosti je přitom v některých případech porovnávána s oblastí informovanosti ve vztahu k civilizačním onemocněním, která jsme v populaci považovali za dobře známá.

Dílčí otázky:

- Jak lze charakterizovat míru informovanosti respondentů preseniorského a seniorského věku o možných příčinách vzniku zrakového postižení v seniorském věku a o zrakovém postižení jako takovém?
- Jak by dle potřeb a preferencí všech respondentů vypadal ideální způsob informování a osvěty ve vztahu k možným příčinám vzniku zrakového postižení v preseniorském a seniorském věku?
- Jaká je v oblasti informovanosti a prevence role praktického a očního lékaře?

Využití zjištěných poznatků:

Na základě zjištěných poznatků je popsáno, jaká je situace na poli informovanosti a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku ve vztahu k možným příčinám zrakového postižení a zrakovému postižení jako takovému, a taktéž je popsáno, jaké charakteristiky by měl mít ideální způsob informování o této problematice

Výzkumný záměr č. 2:

Zjistit, jaké konkrétní negativní dopady má zrakové postižení na jedince seniorského věku, do jakých oblastí jejich života se nejvíce promítá, a jak by bylo možné tyto negativní dopady snížit.

Dílčí otázky:

- Jaké situace byly (jsou) pro respondenty po vzniku zrakového postižení v seniorském věku nejtěžší (nejproblematičtější)?
- Které činnosti považují respondenti za již nerealizovatelné?
- Co by se muselo změnit, aby se seniorům se zrakovým postižením žilo lépe?
- Jaká je u seniorů po vzniku zrakového postižení subjektivní míra soběstačnosti?

- Jaká je u seniorů po vzniku zrakového postižení subjektivní míra spokojenosti s vlastním životem?

Využití zjištěných poznatků:

Na základě zjištěných poznatků byla specifikována životní situace seniorů se zrakovým postižením žijících v zařízení pobytových služeb a vyhodnoceny nejvíce problematické oblasti.

Výzkumný záměr č. 3:

Zjistit, jaké skutečnosti vyplývají z popisu příkladů speciálněpedagogické podpory seniorů se zrakovým postižením v anglicky mluvících zemích (v USA a Velké Británii).

Dílčí otázky č. 3:

- Jak je realizována podpora seniorů se zrakovým postižením v zahraničí?
- Které z prvků podpory realizované v zahraničí by bylo výhodné aplikovat i v prostředí České republiky?

Využití zjištěných poznatků:

Na základě zjištěných poznatků bylo poukázáno na to, jakým směrem by se mohla ubírat a rozvíjet podpora seniorů se zrakovým postižením v České republice z pohledu speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením.

Hypotézy, jež byly na základě výzkumných cílů pro plánovaný výzkum stanoveny, jsou následující:

1. Osoby seniorského věku se zrakovým postižením vykazují vyšší míru informovanosti o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení.

H1₀: Mezi mírou informovanosti seniorů se zrakovým postižením a mírou informovanosti preseniorů a seniorů bez zrakového postižení není statisticky významný rozdíl.

H1_A: Mezi mírou informovanosti seniorů se zrakovým postižením a mírou informovanosti preseniorů a seniorů bez zrakového postižení je statisticky významný rozdíl.

2. Osoby preseniorského a seniorského věku se více věnují obecné prevenci civilizačních nemocí, než specifické prevenci očních onemocnění.

H2₀: Mezi realizací obecné prevence civilizačních nemocí a realizací specifické prevence očních onemocnění není statisticky významný rozdíl.

H2_A: Mezi realizací obecné prevence civilizačních nemocí a realizací specifické prevence očních onemocnění je statisticky významný rozdíl.

3. Míra informovanosti o problematice zrakového postižení je v preseniorské a seniorské populaci nižší, než míra informovanosti o onemocněních, která mají civilizační charakter.

H3₀: Mezi mírou informovanosti o problematice zrakového postižení a mírou informovanosti o onemocněních, která mají civilizační charakter, není statisticky významný rozdíl.

H3_A: Mezi mírou informovanosti o problematice zrakového postižení a mírou informovanosti o onemocněních, která mají civilizační charakter, je statisticky významný rozdíl.

4. Osoby seniorského věku se zrakovým postižením jsou schopny lépe specifikovat ideální způsob informování o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení.

H4₀: Mezi osobami se zrakovým postižením a bez zrakového postižení není z hlediska schopnosti specifikovat ideální způsob informování statisticky významný rozdíl.

H4_A: Mezi osobami se zrakovým postižením a bez zrakového postižení je z hlediska schopnosti specifikovat ideální způsob informování statisticky významný rozdíl.

5. Osoby preseniorského a seniorského věku získávají více informací o zkoumané problematice z médií než přímo od lékaře.

H5₀ : Mezi množstvím informací z médií a množstvím informací přímo od lékaře není statisticky významný rozdíl.

H5_A: Mezi množstvím informací z médií a množstvím informací přímo od lékaře je statisticky významný rozdíl.

10 REALIZACE VÝZKUMU – CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU, METODY SBĚRU DAT, VÝSLEDKY PŘEDVÝZKUMU

10.1 Charakteristika výzkumného souboru

Při sestavení výzkumného souboru bylo využito několika metod, o kterých se zmiňuje Miovský (2006). Jedná se zejména o metodu záměrného (účelného) výběru, a to konkrétně záměrného výběru přes instituce, a metodu příležitostného výběru. Dosavadní výzkumné aktivity, realizované v rámci předvýzkumu, dále ukázaly, že pro sestavení vzorku lze dobře využít i metodu sněhové koule (tzv. snowball sampling), a to i v případě kvantitativního výzkumu.

Za účelem zhodnocení situace v oblasti informovanosti byly osloveny tři skupiny respondentů. Jednalo se o osoby preseniorského věku bez zrakového postižení, o osoby seniorského věku bez zrakového postižení a osoby seniorského věku, u kterých je přítomno zrakové postižení vzniklé v období sénia. Velikost souboru se u jednotlivých skupin poměrně výrazně liší, tato skutečnost musela být zohledněna zejména při volbě testovacích metod pro ověřování hypotéz. Pro skupinu preseniůrů bez zrakového postižení se jednalo celkem o 85 respondentů, pro skupinu seniůrů bez zrakového postižení se jednalo celkem o 46 respondentů a pro skupinu seniůrů se zrakovým postižením se jednalo o 23 respondentů. U skupiny osob bez zrakového postižení byl přitom kladen důraz na to, aby celkový vzorek byl co nejpestřejší, zejména ve vztahu k sociálnímu postavení, vykonávanému (ev. vykonávanému v minulosti) zaměstnání, popř. nejvyššímu dosaženému vzdělání apod. U osob se zrakovým postižením byla přísně dodržena podmínka, že ke vzniku zrakového postižení došlo až v seniorském věku.

Za účelem specifikace života seniůrů se zrakovým postižením byli osloveni seniůři se zrakovým postižením, u nichž došlo ke zrakovému postižení v seniorském věku. Upřednostněny byly osoby se zrakovým postižením vzniklým na podkladě věkem

podmíněné makulární degenerace, kteří činí téměř polovinu všech respondentů. Všichni respondenti se zrakovým postižením žijí v zařízení pobytových služeb (domov pro seniory, popř. domov pro osoby se zdravotním postižením). K této specifické volbě výzkumného souboru jsme přistoupili ze dvou důvodů. První z nich vzešel na základě konzultace výzkumného záměru s některými řediteli TyfloCenter. Senioři, kteří využívají služeb TyfloCenter (popř. Tyfloservisů či dalších organizací) jsou stále ti stejní. Opakovaně tedy ve výzkumech podobného typu figurují stejní respondenti, u nichž pochopitelně, mimo jiné, klesá ochota se těchto výzkumů účastnit, a také jejich výpovědi jsou stále stejného rázu. Výzkumný soubor pak tedy není rozhodně jedinečný. Druhým důvodem je na druhé straně jedinečnost přítomnosti zrakového postižení u jedince žijících v zařízení pobytových služeb. Negativem, které ovšem plyne z popsané volby výzkumného souboru seniorů se zrakovým postižením, je náročnost získávání respondentů, která je také důvodem jejich relativně nízkého počtu. Senioři žijící v domovech pro seniory nejsou nikde evidováni a zpravidla také nevyužívají služeb žádné z organizací, skrze něž by bylo možné je kontaktovat. Jedinou možností je tak kontaktování vedení nejrůznějších domovů pro seniory, ovšem bez jistoty, že nějaký senior se zrakovým postižením využívá jejich služby.

Naopak u informantů, kteří byli osloveni v rámci realizace doplňkové, kvalitativně orientované části výzkumu, bylo žádoucí, aby byly zastoupeny obě skupiny jedinců seniorského věku se zrakovým postižením, tedy žijící v domácím prostředí a žijící v zařízení pobytových služeb. Tak bylo umožněno porovnávat některé oblasti a jevy.

Pro získávání informací o zahraničních příkladech podpory seniorů se zrakovým postižením bylo využito zejména internetových zdrojů, popř. informací, které poskytnou osoby realizující tuto podporu v zahraničí.

10.2 Metody sběru dat

10.2.1 Metody sběru kvantitativních dat

Kvantitativní data byla shromážděna za účelem zhodnocení situace na poli informovanosti a osvěty ve vztahu k možným příčinám vzniku zrakového postižení (výzkumná otázka č. 1 a formulované hypotézy) a dále také za účelem doplnění kvalitativních dat shromážděných s cílem specifikovat životní situaci seniorů se zrakovým postižením a poukázat na nejvíce problémové oblasti vyžadující speciální intervenci ze strany speciálních pedagogů (výzkumný záměr č. 2).

Hlavní metodou sběru kvantitativních dat byl **dotazník**. Gavora (2000) uvádí, že dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Lze jej také považovat za soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, jež jsou cíleně seřazeny a na něž respondent písemně odpovídá. (Chrásková, 2007). Jedná se o nejfrekventovanější metodu zjišťování údajů v případě, že tyto údaje potřebujeme získat od většího počtu respondentů.

Dotazník byl sestaven speciálně pro účely našeho výzkumu a to s ohledem na specifika cílové skupiny respondentů, kterými jsou osoby preseniorského a seniorského věku. V případě preseniorů a seniorů bez zrakového postižení byla preferována tradiční, písemná administrace dotazníku, v případě seniorů se zrakovým postižením administrace ústní, popř. alespoň asistence při vyplňování dotazníku. Dotazníky byly distribuovány dnes již stále méně užívanou tištěnou formou. K této volbě jsme přistoupili na základě vlastností výběrového souboru, předpokládali jsme, že respondenti nad 50 let upřednostní tištěnou formu před formou elektronickou a že vyplnění tištěného dotazníku jim bude bližší a budou k němu více ochotni. Tento předpoklad se ukázal jako reálný a považujeme jej také za jeden z důvodů velmi vysoké návratnosti dotazníků, která prakticky činila 100 % (respondentům bez zrakového postižení bylo distribuováno 135 dotazníků, k vyhodnocení se jich navrátilo 131). Dalším důvodem vysoké návratnosti byla pečlivá distribuce, která téměř ve všech případech probíhala v rámci přímého kontaktu s výzkumníkem nebo prostředníkem.

Další z metod, která byla pro sběr dat využita (jakožto specifická součást dotazníku pro skupinu seniorů se zrakovým postižením), je **škálování**. Gavora (2000, s. 87) definuje škály takto: „Posuzovací škála je nástroj, který umožňuje posuzovat míru vlastnosti jevu nebo jeho intenzitu. Posuzovatel vyjadřuje svoje hodnocení určením polohy na škále.“ Položky vyžadující respondentovo posouzení jsou zaměřeny zejména na posuzování jevů a vlastní osoby. Sestavené škály jsou pětistupňové a jednotlivé položky jsou inspirovány položkami standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD a dotazníku postojů ke stárnutí a stáří AAQ. Byly předkládány jako součást dotazníku, tak, jak je zvykem, nicméně vzhledem k charakteru respondentů (osoby seniorského věku se zrakovým postižením) byla tato specifická součást dotazníku administrována ústně.

10.2.2 Metody sběru kvalitativních dat

Kvalitativní data byla shromážděna za účelem specifikace životní situace seniorů se zrakovým postižením prostřednictvím vytvoření případové studie. (výzkumný záměr č. 2). Tato kvalitativní data pouze doplňují data kvantitativní, čemuž odpovídá i jejich rozsah, který činí dvě případové studie.

V souvislosti s metodami sběru dat uvádí Hendl (2005, s. 161) následující: „Síla kvalitativních dat spočívá v tom, že jsou přirozeně uspořádaná a popisují každodenní život. Vyznačují se lokální zakotveností a nejsou vytrhována z kontextu dění. Mají popisovat podrobnosti případu, (...). Snažíme se přitom jít za *co* a *kolik* a blížit se k *proč* a *jak*.“ Tímto předpokladem se potom řídí i způsob sběru dat.

Pro získávání dat je využito kombinace několika výzkumných metod. V podstatě se jedná o kombinaci dvou základních metod, které se běžně v kvalitativně orientovaném výzkumu nejčastěji užívají, tedy **dotazování** (interview) a **pozorování**.

K rozhovoru Miovský (2006, s. 155) uvádí následující „Interview patří mezi nejoblíbenější a současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat.“ Na s. 156 poté doplňuje, že: „Důležitým znakem interview je, že jej nelze provádět bez kombinace metodami pozorování.“ V našem výzkumu je konkrétně využito

polostrukturované interview. Pro tyto účely byl vytvořen okruh otázek se svým jádrem, na něž navazují takové otázky, které poskytují informace relevantní ke zkoumanému tématu a vhodně doplňují informace základní a výslovně požadované, tedy doplňují jádro interview. Interview obsahuje různé typy otázek tak, jak je nastiňuje Hendl (2005). Konkrétně se v obecné rovině jedná o otázky vztahující se ke zkušenostem a chování, otázky vztahující se k názorům, k pocitům, ke znalostem, k vnímání a otázky demografické a kontextové. Prostředí, ve kterém bylo interview realizováno, záleželo na preferencích respondentů. Interview vytvořené pro účely našeho výzkumu je inspirováno strukturou rozhovoru, který byl sestaven v rámci diplomové práce autorky (Joklíková, 2010) a při sběru dat se dobře osvědčil.

Další metodou, která byla ke sběru dat využita, je pozorování, konkrétně se jednalo o zúčastněné pozorování (participant observation), kdy studované jevy sledujeme přímo v prostředí, kde se odehrávají. (Švaříček, Šed'ová, 2007). Pozorování proto probíhalo v přirozeném, dobře známém prostředí respondentů (domácí prostředí, resp. prostředí zařízení pobytových služeb, blízké okolí domova).

10.3 Metody fixace dat

Za účelem fixace dat bylo využito záznamu informací do záznamového archu vytvořeného pro účely našeho výzkumu. Data získaná škálováním byla zanášena do dotazníku výzkumníkem, předpokládali jsme, že tuto možnost budou respondenti upřednostňovat. Přípustná byla samozřejmě také možnost samostatného zanášení odpovědí do škál, které využil jeden respondent.

10.4 Realizace předvýzkumu

Hlavním cílem výzkumných aktivit v rámci předvýzkumu bylo na základě vyhodnocení dat popsat, jaká je v České republice situace na poli informovanosti a osvěty o problematice zrakového postižení v preseniorské a seniorské populaci, u které v současné době zrakové postižení není přítomno, a jsou tedy ideální cílovou skupinou

pro realizaci prevence vzniku zrakového postižení v seniorském věku. Dostatečná informovanost a prevence může být totiž, zejména v případě některých oftalmologických diagnóz, stěžejní. Jednou z takových diagnóz je například již zmiňovaná věkem podmíněná makulární degenerace, u které platí, že pokud je její vlhká forma včas rozpoznána a léčena, může dojít k výraznému zpomalení progresu onemocnění nebo dokonce zlepšení stávajících zrakových funkcí. Další z diagnóz, kterou je možno v této souvislosti uvést, je například katarakta, kdy se u osob seniorského věku často setkáváme s neopodstatněným strachem z operace (plynoucím často z nedostatku informací), jehož důsledkem je přetrvávání zrakového postižení, které je ovšem reverzibilní.

Pro dosažení stanovených výzkumných cílů a zodpovězení výzkumných otázek byl užit kvantitativní výzkumný design. Pro sběr dat jsme využili dotazník sestavený přímo pro účely našeho výzkumu.

Pro účely předvýzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Jak lze charakterizovat míru informovanosti preseniorské a seniorské populace bez zrakového postižení o problematice zrakového postižení v seniorském věku?
- Existuje u respondentů rozdíl v míře informovanosti o problematice zrakového postižení a o problematice život ohrožujících onemocnění?
- Existuje u respondentů rozdíl v realizaci prevence ve vztahu k oftalmologickým onemocněním a ve vztahu k ostatním onemocněním?
- Jaký způsob informování o problematice zrakového postižení v seniorském věku považují respondenti za nejvíce vyhovující?

Na základě shromážděných výzkumných dat byly vyhodnoceny jednotlivé položky dotazníku následně zodpovězeny výzkumné otázky.

Lze konstatovat, že míra informovanosti preseniorské a seniorské populace bez zrakového postižení o problematice zrakového postižení v seniorském věku není uspokojivá, vykazuje značné rezervy a rozhodně není dobrým předpokladem pro schopnost odhalit včas příznaky počínajícího oftalmologického onemocnění, které by umožňovalo včasné zahájení léčby v případech, kdy tato možnost existuje.

U respondentů byl patrný jistý rozdíl v míře (popř. kvalitě) informovanosti o problematice zrakového postižení a o problematice život ohrožujících onemocnění, přičemž míra informovanosti o problematice život ohrožujících onemocnění byla všeobecně vyšší, včetně celkového zájmu o tuto oblast.

Respondenti také aktivněji realizují prevenci ve vztahu k život ohrožujícím onemocněním, považují je za větší hrozbu, častěji se s nimi ve svém okolí setkávají.

Jednoznačně nejvíce preferovaný způsob informování o problematice zrakového postižení v seniorském věku je dle respondentů předávání informací „face to face“, ideálně při rozhovoru s praktickým lékařem v rámci preventivní nebo jiné prohlídky. Dále se jako vhodné jeví všechny interaktivní způsoby předávání informací, např. setkání a besedy s osobami se zrakovým postižením nebo odborníky. A právě v oblasti zvyšování informovanosti, a nejen v ní, se nabízí prostor pro speciální pedagogy, prostor pro zlepšování podmínek inkluze osob se specifickými potřebami.

11 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A INTERPRETACE VÝLEDKŮ VÝZKUMU

Následující kapitola je věnována podrobné analýze výzkumných dat. Pro přehlednost je rozčleněna na několik dílčích podkapitol. V první podkapitole prezentujeme vyhodnocení dat dotazníkového šetření. Ke všem vyhodnoceným položkám je vytvořena tabulka obsahující absolutní i relativní četnost, v relevantních případech je doplněna také grafem, který názorně dokresluje zjištěnou situaci. Ve druhé podkapitole prezentujeme vyhodnocení a analýzu specifické přílohy dotazníku pro seniory se zrakovým postižením (dále jen „senioři se ZP“) – škál. Ve třetí podkapitole ověřujeme stanovené výzkumné hypotézy a v poslední podkapitole uvádíme dvě případové studie, na jejichž základě vyvozujeme doplňkové informace k problematice specifík života seniorů se zrakovým postižením.

11.1 Vyhodnocení a analýza odpovědí u jednotlivých položek dotazníku

Realizovaného výzkumu se zúčastnily celkem 3 skupiny respondentů: presenioři bez zrakového postižení (celkem 85 respondentů), senioři bez zrakového postižení (celkem 46 respondentů) a senioři se zrakovým postižením (celkem 23 respondentů). Tito respondenti byli jak ženského, tak mužského pohlaví a pocházeli z různých krajů České republiky.

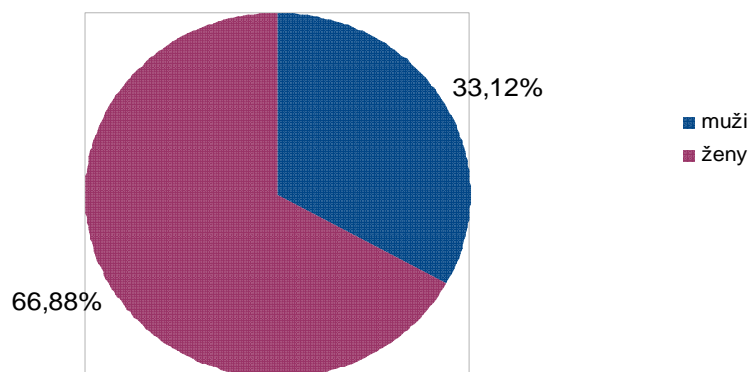
Tabulka 8: Rozložení respondentů dle skupin

Skupina respondentů	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Presenioři	85	55,19 %
Senioři bez ZP	46	29,87 %
Senioři se ZP	23	14,94 %
Celkem	154	100 %

Tabulka 9: Rozložení respondentů dle pohlaví

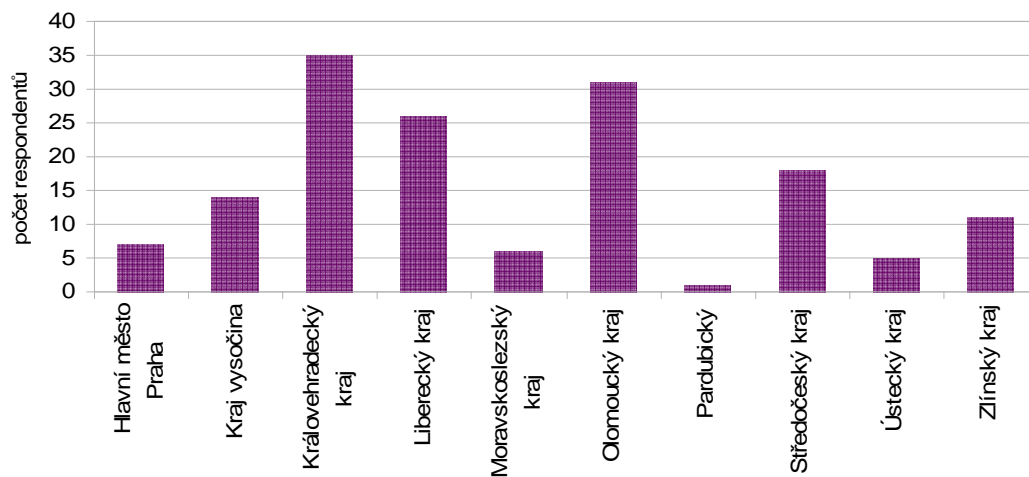
Rozložení respondentů dle pohlaví	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Muži	51	33,12 %
Ženy	103	66,88 %

Rozložení respondentů dle pohlaví

**Graf 1: Rozložení respondentů dle pohlaví****Tabulka 10: Rozložení respondentů dle krajů**

Rozložení respondentů podle krajů	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Hlavní město Praha	7	4,55 %
Kraj Vysočina	14	9,09 %
Královéhradecký kraj	35	22,73 %
Liberecký kraj	26	16,88 %
Moravskoslezský kraj	6	3,90 %
Olomoucký kraj	31	20,13 %
Pardubický	1	0,65 %
Středočeský kraj	18	11,69 %
Ústecký kraj	5	3,25 %
Zlínský kraj	11	7,14 %

Rozložení respondentů podle krajů

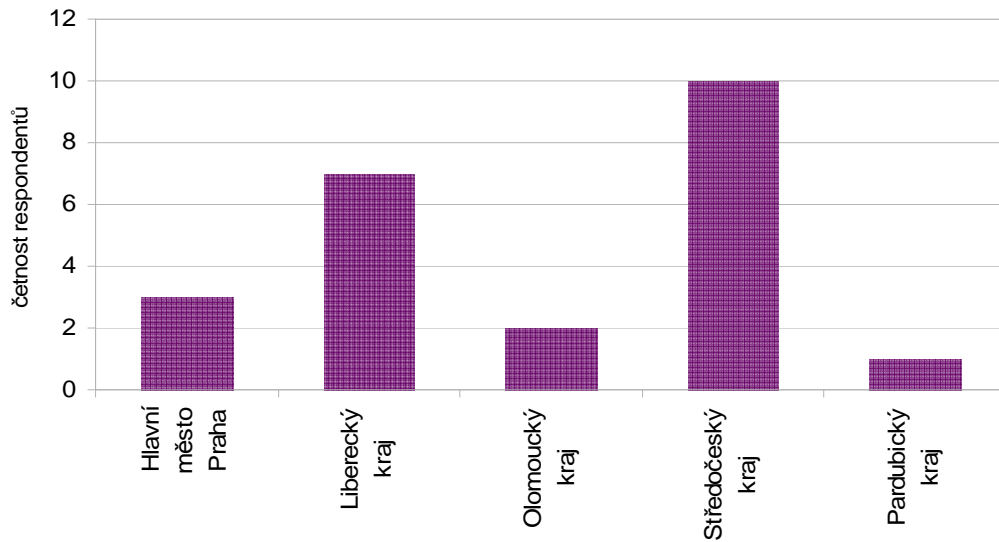


Graf 2: Rozložení respondentů dle krajů

Tabulka 11: Rozložení seniorů se zrakovým postižením dle krajů

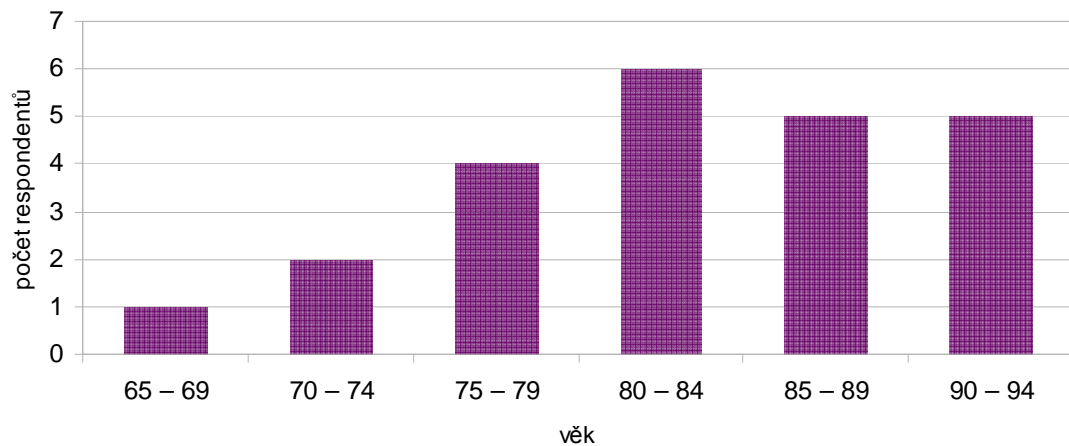
Rozložení respondentů se zrakovým postižením podle krajů	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Hlavní město Praha	3	13,04 %
Liberecký kraj	7	30,43 %
Olomoucký kraj	2	8,70 %
Středočeský kraj	10	43,48 %
Pardubický kraj	1	4,35 %

Senioři se ZP - rozložení podle krajů



Graf 3: Rozložení seniorů se ZP podle krajů

Senioři se ZP – rozložení podle věku



Graf 4: Rozložení seniorů se ZP podle věku

Tabulka 12: Příčiny vzniku ZP u seniorů se ZP

Příčina vzniku ZP	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Věkem podmíněná makulární degenerace	10	43,48 %
Katarakta	5	21,74 %
Nespecifikované změny na sítnici oka	4	17,39 %
Glaukom	1	4,35 %
Oční nádor	1	4,35 %
Diabetická retinopatie	1	4,35 %
Nezjištěno	1	4,35 %

Dotazník byl konstruován tak, že v jeho úvodu jsme se zaměřovali na problematiku obecné prevence ve vztahu k onemocněním civilizačního charakteru a postupně jsme otázky tematicky zužovali směrem k problematice očních onemocnění a zrakového postižení. Cílem tohoto pojetí dotazníku byla možnost následného srovnání některých jevů a charakteristik v oblasti informovanosti o civilizačních onemocněních a v oblasti očních onemocnění a zrakovém postižení. V úvodu tak bylo zjišťováno, zda respondenti realizují pravidelné lékařské prohlídky a pokud ano, tak u kterých lékařů ([položka č. 1](#)). Vzhledem k faktu, že česká populace je charakteristická spíše nezájmem o lékařskou prevenci, předpokládali jsme, že ne všichni respondenti navštěvují pravidelně alespoň praktického lékaře a stomatologa. Tento předpoklad se potvrdil, konkrétní údaje popisují tabulky. Za povšimnutí stojí mimo jiné skutečnost, že pouze 67,06 % preseniorů navštěvuje pravidelně praktického lékaře a pouze 60,87 % seniorů se ZP navštěvuje pravidelně oftalmologa. V grafu je pak znázorněno pro jednotlivé skupiny respondentů, jaké lékaře pravidelně navštěvují.

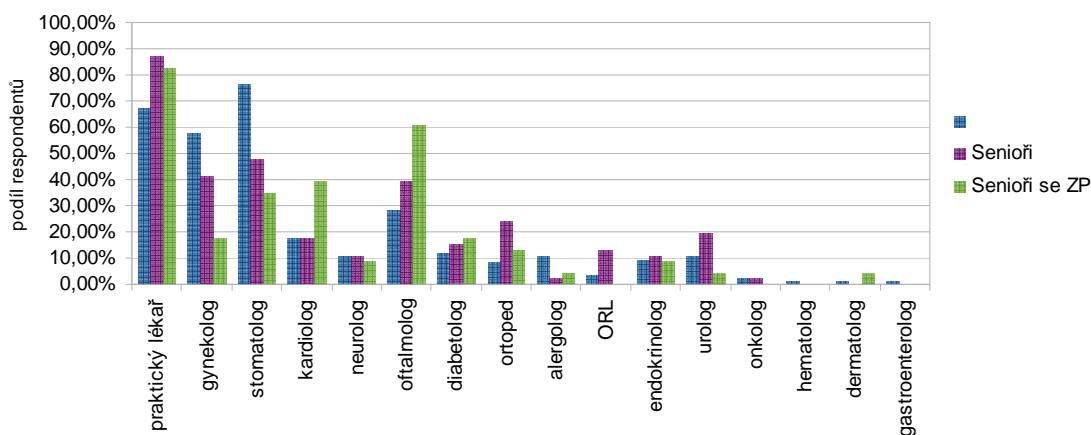
Tabulka 13: Realizace pravidelných lékařských prohlídek

Realizace pravidelných prohlídek u lékaře	Presenioři		Seniori		Seniori se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Odpověď ano	74	87,06 %	41	89,13 %	20	86,96 %
Odpověď ne	11	12,94 %	5	10,87 %	3	13,04 %

Tabulka 14: Rozložení lékařů, u kterých jsou pravidelné prohlídky realizovány

Pravidelné lékařské prohlídky u lékaře	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Praktický lékař	57	67,06 %	40	86,96 %	19	82,61 %
Gynekolog	49	57,65 %	19	41,30 %	4	17,39 %
Stomatolog	65	76,47 %	22	47,83 %	8	34,78 %
Kardiolog	15	17,65 %	8	17,39 %	9	39,13 %
Neurolog	9	10,59 %	5	10,87 %	2	8,70 %
Oftalmolog	24	28,24 %	18	39,13 %	14	60,87 %
Diabetolog	10	11,76 %	7	15,22 %	4	17,39 %
Ortoped	7	8,24 %	11	23,91 %	3	13,04 %
Alergolog	9	10,59 %	1	2,17 %	1	4,35 %
ORL	3	3,53 %	6	13,04 %	0	0,00 %
Endokrinolog	8	9,41 %	5	10,87 %	2	8,70 %
Urolog	9	10,59 %	9	19,57 %	1	4,35 %
Onkolog	2	2,35 %	1	2,17 %	0	0,00 %
Hematolog	1	1,18 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Dermatolog	1	1,18 %	0	0,00 %	1	4,35 %
Gastroenterolog	1	1,18 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Lékaři navštěvovaní v rámci pravidelných prohlídek



Graf 5: Rozložení lékařů, u kterých jsou realizovány pravidelné prohlídky

Dále jsme zjišťovali, jaké je povědomí respondentů o existenci civilizačních onemocnění, zda jsou schopni uvést alespoň některá z nich a zda se domnívají, že ve vztahu k těmto onemocněním existují nějaké možnosti prevence (primární). Zajímalo nás také, jaké konkrétní možnosti to podle respondentů jsou ([položky č. 2 a 3](#)).

U jednotlivých onemocnění, pro která byly vytvořeny kategorie na základě výpovědí respondentů, uvádíme pro každou skupinu respondentů, kolikrát bylo onemocnění (resp. kategorie onemocnění) zmíněno. Dle očekávání byla nejčastěji zmiňována onemocnění v populaci dobře známá, s vysokou prevalencí i incidencí. Překvapivě byl v jednom případě zmíněn i předčasný porod, o kterém se v souvislosti s civilizačními onemocněními hovoří již méně často. Přesto ale procento respondentů, kteří daná onemocnění jako civilizační uváděli, je poměrně nízké (viz tabulka).

Co se týče povědomí o možnostech předcházet civilizačním onemocněním, většina respondentů z každé skupiny se domnívá, že tyto možnosti existují. Určité procento respondentů z každé skupiny ale následně žádné možnosti neuvádělo. V konkrétním výčtu pak převažují všeobecně známá doporučení, kterými jsou dostatek pohybu, zdravá strava, preventivní prohlídky u lékaře, omezení stresu či vyloučení kouření. Zpravidla byla ale v jednom dotazníku uvedena jen jedna zásada, ne jejich výčet, jak by se dalo vzhledem k masivní propagaci problematiky v médiích očekávat.

Tabulka 15: Uváděná civilizační onemocnění

Uváděná onemocnění	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel (%)	Abs.	Rel. (%)
Diabetes Mellitus	41	48,24 %	18	39,13 %	7	30,43 %
Onemocnění kardiovaskulárního systému	47	55,29 %	14	30,43 %	10	43,48 %
Onemocnění onkologického charakteru	31	36,47 %	14	30,43 %	6	26,09 %
Obezita	19	22,35 %	3	6,52 %	2	8,70 %
Psychická onemocnění, deprese	11	12,94 %	1	2,17 %	2	8,70 %
Onemocnění pohybového aparátu	6	7,06 %	3	6,52 %	3	13,04 %
Alergie, astma	5	5,88 %	1	2,17 %	3	13,04 %
Rýma, chřipka	2	2,35 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Stres	2	2,35 %	1	2,17 %	1	4,35 %
Oční onemocnění	2	2,35 %	3	6,52 %	3	13,04 %
Únavový syndrom	1	1,18 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Předčasné porody	1	1,18 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Neuvedeno	12	14,12 %	18	39,13 %	4	17,39 %

Tabulka 16: Předcházení civilizačním onemocněním

Možnosti předcházení	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano, existují	78	91,76 %	33	71,74 %	20	86,96 %
Ne, neexistují	7	8,24 %	13	28,26 %	3	13,04 %

Tabulka 17: Konkrétní možnosti předcházení civilizačním onemocněním

Konkrétní možnosti předcházení civilizačním onemocněním	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Přiměřený pohyb	26	30,59 %	8	17,39 %	12	52,17 %
Zdravá strava	25	29,41 %	6	13,04 %	10	43,48 %
Prohlídky u lékaře, preventivní péče	16	18,82 %	5	10,87 %	4	17,39 %
Správná životospráva	21	24,71 %	11	23,91 %	2	8,70 %
Minimum stresu	13	15,29 %	0	0,00 %	3	13,04 %
Užívání doplňků stravy, vitamínů	5	5,88 %	0	0,00 %	1	4,35 %
Vyloučení kouření	4	4,71 %	3	6,52 %	4	17,39 %
Radost ze života	3	3,53 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Dostatečná informovanost	3	3,53 %	2	4,35 %	0	0,00 %
Nic nevedeno	11	12,94 %	10	21,74 %	2	8,70 %

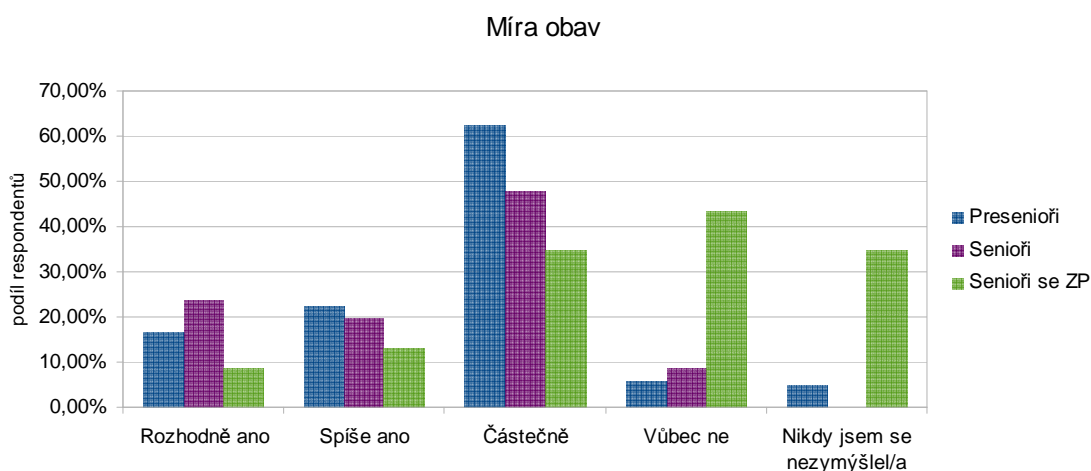
V následujících dvou položkách dotazníku jsme zjišťovali, jaké obavy ze vzniku civilizačních onemocnění u respondentů panují (**položka č. 4**). Existenci obav jsme předpokládali (tento předpoklad se potvrdil – viz tabulka 18), a proto jsme se dále ptali, zda respondenti realizují prevenci ve vztahu k těmto onemocněním, a jakým konkrétním způsobem je tato prevence realizována (**položka č. 5**). Za povšimnutí zde stojí skutečnost, že téměř polovina seniorů se zrakovým postižením uvádí, že vůbec nemá obavy ze vzniku civilizačního onemocnění a třetina se nad tím nikdy nezamýšlela. Nejčastější odpovědí u preseniorů a seniorů bez ZP je oproti tomu odpověď „částečně“.

V oblasti výkonu prevence civilizačních onemocnění uvádí většina respondentů z každé skupiny, že tuto prevenci realizuje. U seniorů se ZP je to dokonce 91, 3 %. Nejhůře si v realizaci této prevence stojí senioři. Jako pozitivní hodnotíme, že více než dvě třetiny preseniorů uvádí, že prevenci realizují. Vzhledem ke skutečnosti, že oblast civilizačních

a očních onemocnění je úzce provázána a propojena (např. v případě cévních onemocnění s projevy na sítnici oka, diabetes mellitus apod.), můžeme tuto prevenci vnímat také jako příspěvek k prevenci nemocí oka.

Tabulka 18: Míra obav ze vzniku civilizačního onemocnění

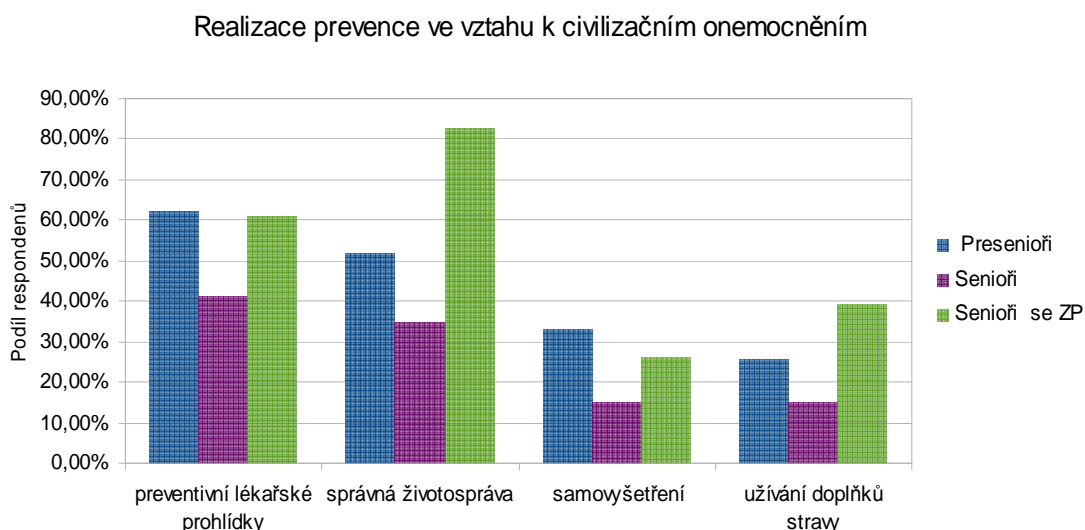
Míra obav	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Rozhodně ano	14	16,47 %	11	23,91 %	2	8,70 %
Spíše ano	19	22,35 %	9	19,57 %	3	13,04 %
Částečně	53	62,35 %	22	47,83 %	8	34,78 %
Vůbec ne	5	5,88 %	4	8,70 %	10	43,48 %
Nikdy jsem se nezamýšlel/a	4	4,71 %	0	0,00 %	8	34,78 %



Graf 6: Míra obav ze vzniku civilizačního onemocnění

Tabulka 19: Realizace prevence civilizačních onemocnění

Realizace prevence	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano	62	72,94 %	24	52,17 %	21	91,30 %
Ne	23	27,06 %	22	47,83 %	2	8,70 %



Graf 7: Způsob realizace prevence civilizačních onemocnění

V tématu civilizačních onemocnění jsme pokračovali a dotazovali jsme se, zda se respondenti o tuto problematiku cíleně zajímají a co je pro ně motivací pro tento zájem (**položka č. 6**). Toto zjištění by mohlo být případnou inspirací pro zvýšení motivace k zájmu o problematiku očních onemocnění. Ptali jsme se také, zda respondenti sledují v televizi, rozhlase nebo na internetu pořady či články o zdraví a zdravému životnímu stylu (**položka č. 7**). Tedy zajímalo nás, jestli tento informační kanál je vhodný k předávání informací medicínského rázu (potencionálně i informací o očních onemocněních).

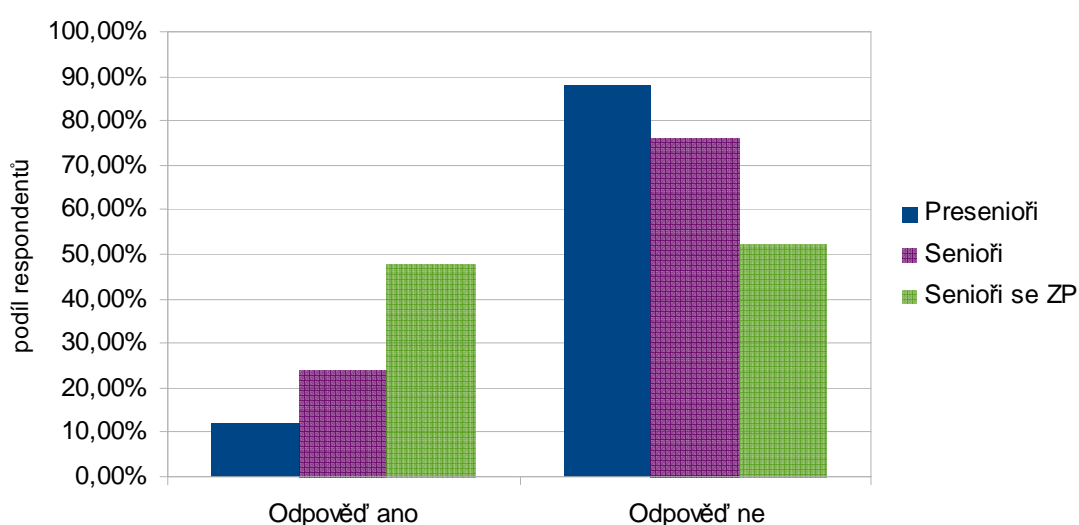
Většina respondentů ze všech skupin uvedla, že se cíleně nezajímá, ovšem téměř polovina seniorů se ZP (47,83 % – podstatně více než u zbylých dvou skupin) svůj cílený zájem potvrdila (názorně viz graf). Nejčastější motivací pro tento zájem je přitom u preseniorů a seniorů se ZP jednoznačně vlastní onemocnění či onemocnění a úmrtí v rodině nebo mezi přáteli, u seniorů celoživotní obecný či profesní zájem a fakt, že vstoupili do období stáří (které je populací vnímáno jako období nemocí a zdravotních obtíží – viz kap. 1).

Míra sledování pořadů o zdraví a zdravém životním stylu se u jednotlivých skupin mírně liší, nejčastěji sledují senioři se ZP, následují presenioři a senioři.

Tabulka 20: Cílený zájem o problematiku civilizačních onemocnění

Cílený zájem	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Odpověď ano	10	11,76 %	11	23,91 %	11	47,83 %
Odpověď ne	75	88,24 %	35	76,09 %	12	52,17 %

Cílený zájem o problematiku civilizačních onemocnění



Graf 8: Cílený zájem o problematiku civilizačních onemocnění

Tabulka 21: Důvod zájmu o problematiku civilizačních onemocnění – presenioři

Od kdy, z jakého důvodu se zajímáte o problematiku civil. onemocnění	Abs.	Rel. (%)
Moje onemocnění	2	2,35 %
Onemocnění/úmrť v rodině/u přátel	2	2,35 %
Strach z onemocnění	2	2,35 %
Od středního věku	2	2,35 %
Celoživotní zájem o dané téma	1	1,18 %
Nespecifikováno	1	1,18 %

Tabulka 22: Důvod zájmu o problematiku civilizačních onemocnění – senioři

Od kdy, z jakého důvodu se zajímáte o problematiku civil. onemocnění	Abs.	Rel. (%)
Celoživotní zájem o dané téma (profesní zájem)	3	6,52 %
Od stáří	2	4,35 %
Onemocnění/úmrť v rodině/u přátel	1	2,17 %
Obavy z důsledku dnešní doby	1	2,17 %
Od narození dítěte	1	2,17 %
Moje onemocnění	1	2,17 %
Nespecifikováno	2	4,35 %

Tabulka 23: Důvod zájmu o problematiku civilizačních onemocnění – senioři se ZP

Od kdy, z jakého důvodu se zajímáte o problematiku civil. onemocnění	Abs.	Rel. (%)
Moje onemocnění	6	26,09 %
Onemocnění/úmrť v rodině/u přátel	2	8,70 %
Celoživotní zájem o dané téma	2	8,70 %
S přibývajícím věkem	1	4,35 %

Tabulka 24: Sledování pořadů o zdravém životním stylu

Sledování pořadů o zdravém životním stylu	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano	41	48,24 %	25	54,35 %	9	39,13 %
Ne	44	51,76 %	21	45,65 %	14	60,87 %

Poslední položkou, která je směřována do oblasti civilizačních onemocnění, je položka týkající se letáků na téma civilizačních onemocnění v čekárně lékaře (**položka č. 8**). Zde jsme zjišťovali, zda se respondenti s takovými letáky setkali, a pokud ano, zda se o ně zajímali, zda je četli. Prostřednictvím této položky zjišťujeme, jaký vztah mají respondenti k tomuto způsobu šíření informací a realizace osvěty. Poměrně překvapivě více než dvě třetiny všech respondentů (s relativně rovnoměrným rozložením ve všech

skupinách) tyto letáky našli a také četli. Vzhledem k tomu, že nebylo v možnostech realizovaného výzkumu zkoumat také to, o jaké konkrétní letáky se jednalo, nemůžeme usuzovat, zda z nich respondenti získali skutečně relevantní informace, které by podporovaly prevenci vzniku civilizačních onemocnění.

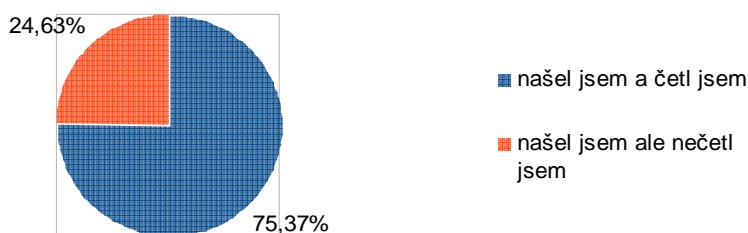
Tabulka 25: Informace o civilizačních onemocněních v čekárně lékaře

Nález informací v čekárně lékaře	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano našel jsem	74	87,06 %	40	86,96 %	20	86,96 %
Ne našel jsem	11	12,94 %	6	13,04 %	3	13,04 %

Tabulka 26: Studium informací (letáků) o civilizačních onemocněních v čekárně lékaře

Studium informací v čekárně lékaře	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano četl jsem	54	72,97 %	34	85,00 %	13	65,00 %
Ne četl jsem	20	27,03 %	6	15,00 %	7	35,00 %

Studování letáků (jen ti, kteří našli)



Graf 9: Studium informací (letáků) o civilizačních onemocněních v čekárně lékaře

Z oblasti civilizačních onemocnění se postupně přesouváme a cílíme otázky do oblasti onemocnění očí a zrakového postižení. Nejprve nás zajímá, zda zkoumané osoby již

někdy navštívily očního lékaře (**položka č. 9**) a následně zjišťujeme, zda k tomuto lékaři chodí na pravidelné prohlídky (**položka č. 10**). Vzhledem k tomu, že pravidelné návštěvy oftalmologa u osob nad 50 let věku lze považovat za jeden z doporučených způsobů (kroků) prevence v období presena (např. Kuchynka, 2007, Kolář, 2008), dala by se v ideálním případě očekávat stoprocentně pozitivní odpověď u obou položek. Skutečnost ale ukazuje (viz graf 10), že sice téměř všichni respondenti již někdy oftalmologa navštívili, nicméně skupina preseniorů a seniorů z poloviny pravidelně chodí, z poloviny nikoliv. U skupiny seniorů se ZP je překvapující, že pouze 78,26 % z nich chodí k oftalmologovi pravidelně.

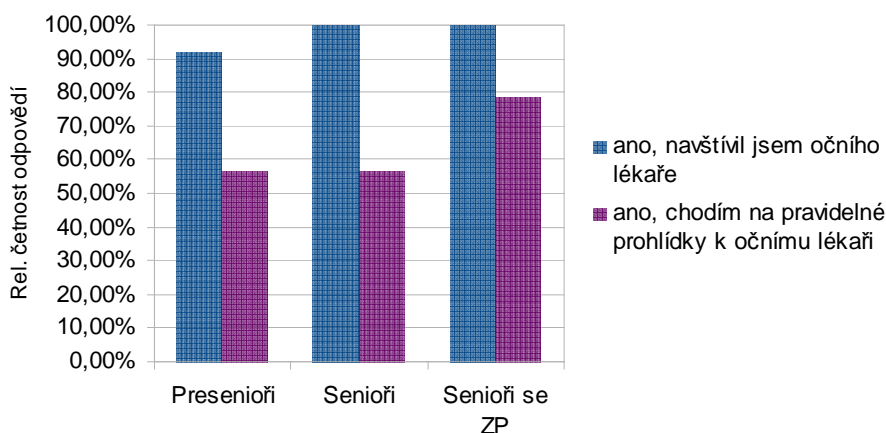
Tabulka 27: V minulosti realizovaná návštěva očního lékaře

Realizace návštěvy	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano, navštívil jsem	78	91,76 %	46	100,00 %	23	100,00 %
Ne, nenavštívil jsem	7	8,24 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Tabulka 28: Pravidelné návštěvy očního lékaře

Pravidelné návštěvy očního lékaře	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano, chodím	48	56,47 %	26	56,52 %	18	78,26 %
Ne, nechodím	37	43,53 %	20	43,48 %	5	21,74 %

V minulosti realizovaná návštěva očního lékaře versus pravidelné prohlídky u očního lékaře



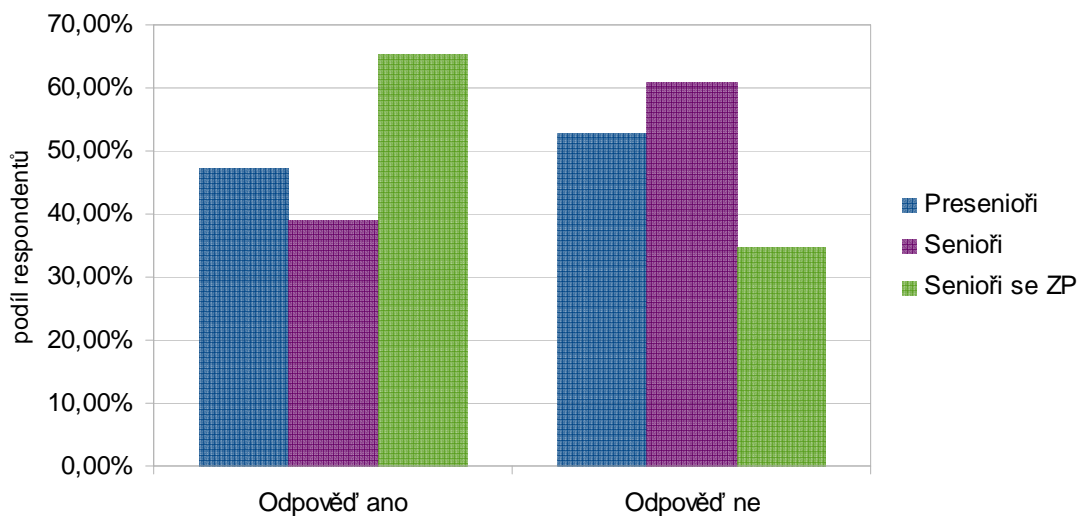
Graf 10: Návštěvy očního lékaře

Postupně jsme se podrobněji zajímali o informovanost respondentů týkající se očních onemocnění. Ptali jsme se na to, jestli znají nějaké varovné příznaky, které by mohly signalizovat počátek očního onemocnění, a které by tedy měly být důvodem k návštěvě očního lékaře ([položka č. 11](#)). U respondentů, kteří v dotazníku uvedli odpověď „ano“, bylo kontrolováno, zda skutečně vyplnili i další pole, tedy výčet konkrétních příznaků, a zda tedy reálně mají o těchto příznacích povědomí. Jednoznačně nejvyšší informovanost vykazovali senioři se zrakovým postižením, 65 % z nich reálně zná a dokáže jmenovat příznaky očních onemocnění, které by měly být důvodem k návštěvě oftalmologa. Pro jednotlivé skupiny respondentů zvlášť uvádíme příznaky (resp. kategorie příznaků), které v dotazníku uvedli. Výčet těchto příznaků je opět nejrozmanitější u seniorů se ZP.

Tabulka 29: Znalost příznaků očního onemocnění

Znalost příznaků očního onemocnění	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano	40	47,06%	18	39,13%	15	65,22%
Ne	45	52,94%	28	60,87%	8	34,78%

Znalost příznaků očního onemocnění



Graf 11: Znalost příznaků očního onemocnění

Tabulka 30: Konkrétní jmenované příznaky – presenioři

Příznaky	Abs.	Rel. (%)
Rozostřené, dvojité vidění	24	28,24 %
Bolest hlavy	8	9,41 %
Výpadky v zorném poli	5	5,88 %
Slzení, pálení očí	5	5,88 %
Glaukom, katarakta	4	4,71 %
Změna vnějšího vzhledu oka	4	4,71 %
Diabetes Mellitus	3	3,53 %
Neuvedeno	3	3,53 %
Bolest očí	2	2,35 %
Krátkozrakost	2	2,35 %
Záněty očí	1	1,18 %
Zvýšený nitrooční tlak	1	1,18 %

Tabulka 31: Konkrétní jmenované příznaky – senioři

Příznaky	Abs.	Rel. (%)
Rozostřené, dvojité vidění	10	21,74 %
Bolest očí	8	17,39 %
Katarakta	5	10,87 %
Šeroslepost	2	4,35 %
Neuvedeno	2	4,35 %
Nutnost využívat kompenzační pomůcky	1	2,17 %

Tabulka 32: Konkrétní jmenované příznaky – senioři se ZP

Projevy	Abs.	Rel. (%)
Rozostřené, dvojité, deformované vidění, mžitky před očima	8	34,78 %
Bolest očí, otoky, svědění	4	17,39 %
Zhoršené vidění	4	17,39 %
Změny v zorném poli	2	8,70 %
Nerozeznání detailu, problémy při čtení	2	8,70 %
Tlak v očích	1	4,35 %
Únava očí	1	4,35 %
Rozdíl ve vizu do dálky a do blízka	1	4,35 %
Poruchy barvocitu	1	4,35 %
Bolest hlavy	1	4,35 %
Záněty očí	1	4,35 %
Syndrom suchých očí	1	4,35 %

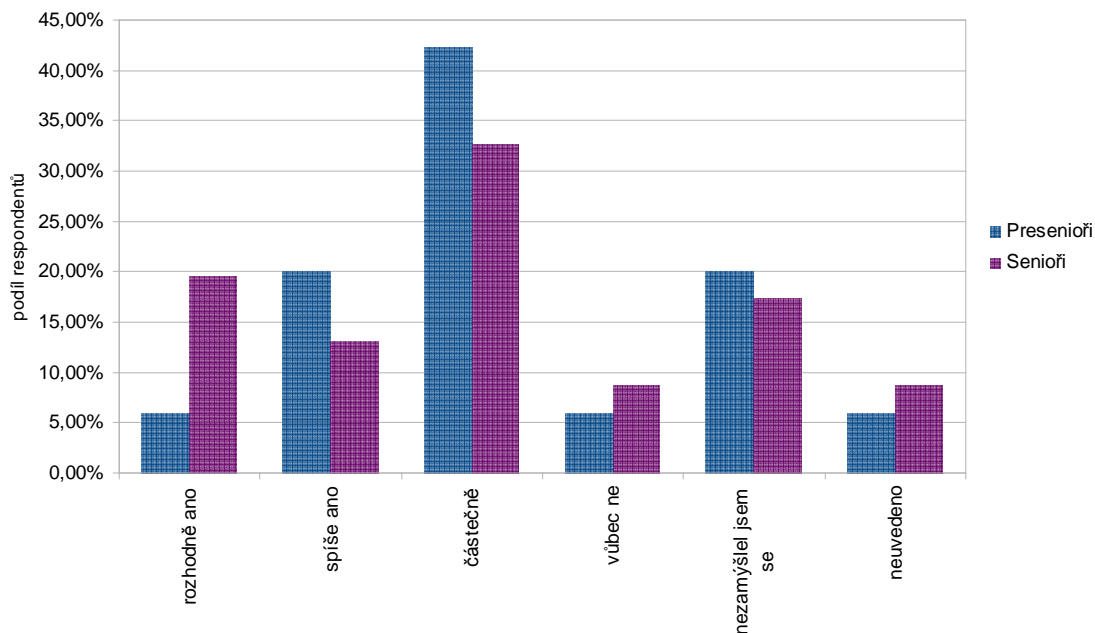
Další položka (**položka č. 12**) byla vytvořena a zařazena tak, aby mohla být porovnána s položkou č. 4 a týkala se obav ze vzniku očního onemocnění. Tuto položku nevyplňovali respondenti se zrakovým postižením, u kterých tyto obavy již nejsou v současnosti relevantní. Můžeme si všimnout, že největší podíl u obou položek (4 a 12)

činila odpověď „částečně“, ovšem výrazně narostl počet odpovědí možnosti „nikdy jsem se nezamýšlel“. U preseniůrů ze 4,71 % na 20,00 %, u seniůrů z 0,00 % na 17,39 %. Někteří respondenti z obou skupin na tuto otázku neodpověděli.

Tabulka 33: Obavy ze vzniku očního onemocnění

Obavy ze vzniku očního onemocnění.	Preseniůři		Seniůři	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Rozhodně ano	5	5,88 %	9	19,57 %
Spíše ano	17	20,00 %	6	13,04 %
Částečně	36	42,35 %	15	32,61 %
Vůbec ne	5	5,88 %	4	8,70 %
Nezamýšlel jsem se	17	20,00 %	8	17,39 %
Neuvedeno	5	5,88 %	4	8,70 %

Obavy ze vzniku očního onemocnění



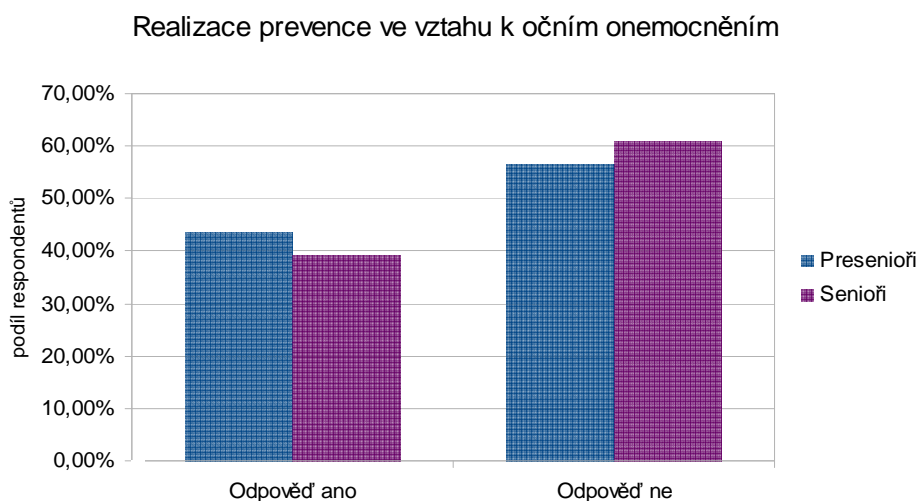
Graf 12: Obavy ze vzniku očního onemocnění

Následující položka, která byla taktéž vyplňována pouze respondenty bez zrakového postižení, se týkala realizace prevence ve vztahu k očním onemocněním (**položka č. 13**). Zde jsme nejprve zjišťovali, zda respondenti tuto prevenci realizují, a pokud ano, tak jakým konkrétním způsobem. Opět se nabízí srovnání s položkou, která zjišťovala stejnou situaci, ovšem ve vztahu k civilizačním onemocnění (položka č. 5). 72,94 % preseniorů a 52,17 % seniorů uvedlo, že realizují prevenci ve vztahu k civilizačním onemocněním, ale už jen 43,53 % preseniorů a 39,13 % seniorů uvedlo, že realizují prevenci ve vztahu k očním onemocnění. Byl tedy zaznamenán významný pokles, který může mít negativní vliv v procesu vzniku očního onemocnění u konkrétních jedinců.

Na otázku týkající se způsobu realizace této prevence nejvíce respondentů odpovědělo, že realizují pravidelné prohlídky u oftalmologa a také že se věnují zrakové hygieně. Nebylo ale v možnostech realizovaného výzkumu zkoumat, zda respondenti skutečně znají význam slova zraková hygiena, zůstává tedy nezodpovězeno, zda tímto způsobem prevenci skutečně realizují.

Tabulka 34: Realizace prevence ve vztahu k očním onemocněním

Realizace prevence očních onemocnění	Presenioři		Senioři	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Odpověď ano	37	43,53%	18	39,13%
Odpověď ne	48	56,47%	28	60,87%



Graf 13: Realizace prevence ve vztahu k očním onemocněním

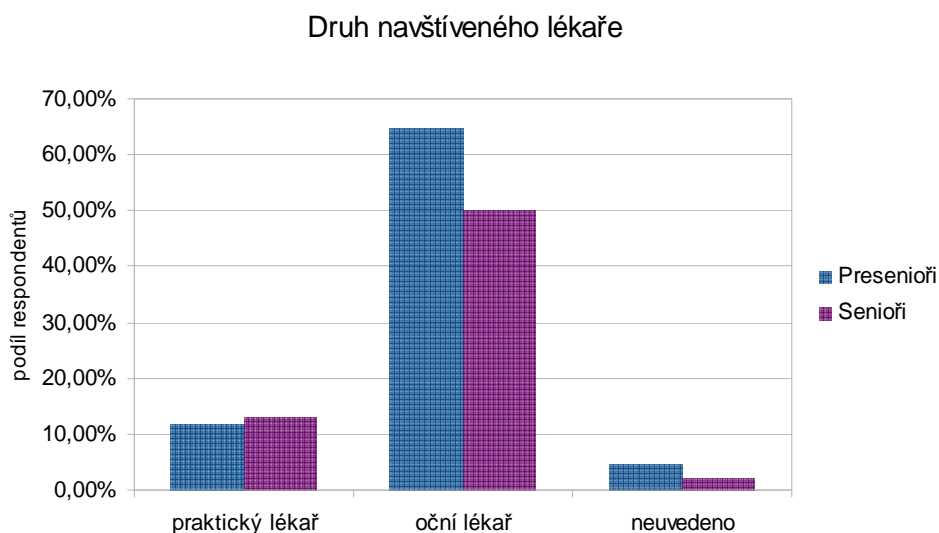
Tabulka 35: Konkrétní způsob realizace prevence ve vztahu k očním onemocněním

Způsob realizace prevence	Presenioři		Senioři	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Preventivní lékařské prohlídky	26	30,59 %	14	30,43 %
Správná životospráva	11	12,94 %	8	17,39 %
Zraková hygiena	27	31,76 %	13	28,26 %
Samovyšetření	6	7,06 %	3	6,52 %
Užívání doplňků stravy	6	7,06 %	6	13,04 %

Poslední ze tří položek (**položka č. 14**), která byla vyplňována pouze respondenty bez zrakového postižení, byla zaměřena na to, jakým způsobem respondenti zareagují, pokud zaznamenají nějaký varovný příznak, který by mohl ukazovat na přítomnost očního onemocnění. 18,82 % preseniorů a dokonce 34,78 % seniorů by s návštěvou lékaře vyčkávalo. Tato zjištěná skutečnost naznačuje, že obě skupiny jsou potencionálně ohroženy pozdním odhalením tohoto onemocnění. Pozitivním zjištěním je, že většina respondentů by jako prvního po zjištění příznaků navštívila očního lékaře. Tím by mohla být odstraněna časová prodleva vzniklá návštěvou nejprve praktika a poté oftalmologa.

Tabulka 36: Návštěva lékaře neprodleně po zaznamenání příznaků

Návštěva lékaře po zaznamenání příznaků	Presenioři		Senioři	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Odpověď ano	69	81,18 %	30	65,22 %
Odpověď ne	16	18,82 %	16	34,78 %



Graf 14: Druh navštíveného lékaře

Zajímalo nás také, zda zkoumané osoby mají povědomí o tom, jaká oční onemocnění mohou vést k poškození nebo ztrátě zraku (**položka č. 15**). Zatím tedy neoperujeme s pojmem „zrakové postižení“. Ten užíváme až v položce další (**položka č. 16**), která zjišťuje právě představu o tomto pojmu, schopnost jej definovat. V tabulce prezentujeme zpravidla zkrácenou verzi doslovných výpovědi respondentů tak, jak je v dotazníku uváděli. Hned následující položka (**položka č. 17**) pak zjišťuje, koho považují respondenti za osobu se zrakovým postižením.

Ve znalosti očních onemocnění nejvyšší míru informovanosti vykazovali senioři se zrakovým postižením. Ve výčtu jmenovaných onemocnění jednoznačně převažuje glaukom a katarakta, respondenty často uváděné souhrnně jako „zákaly“. Překvapivě dva respondenti (1 presenior a 1 senior se ZP) uvedli, že příčinou vzniku ZP v seniorském věku může být konkrétně neléčená katarakta. Toto tvrzení je zcela na místě, vezmeme-li v potaz celkem 5 seniorů se ZP, kteří se účastnili realizovaného výzkumu, a u kterých je přítomno zrakové postižení vzniklé na podkladě neléčené katarakty.

Stejně jako výčet onemocnění je rozmanitý i výčet definic pojmu zrakové postižení (viz tabulka). Nejčastější definicí byla nevidomost (v podání respondentů často „slepota“), následována „zhoršeným“ a „špatným“ viděním.

V celkovém zhodnocení pak lze konstatovat, že z celkového počtu 85 respondentů seniorského věku pouze 16 přibližně správně definovalo, co je to zrakové postižení a pouze 17 definovalo správně, kdo je to osoba se zrakovým postižením. Z celkového počtu 46 respondentů seniorského věku pouze 2 přibližně správně definovali, co je to zrakové postižení a pouze 6 definovalo správně, kdo je to osoba se zrakovým postižením. Z celkového počtu 23 respondentů seniorského věku se zrakovým postižením pouze 2 přibližně správně definovali, co je to zrakové postižení a 12 definovalo správně, kdo je to osoba se zrakovým postižením.

Tabulka 37: Znalost očních onemocnění

Znalost očních onemocnění	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano	38	44,71%	29	63,04%	19	82,61%
Ne	47	55,29%	17	36,96%	4	17,39%

Tabulka 38: Konkrétní jmenovaná oční onemocnění

Konkrétní onemocnění	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Glaukom	33	38,82 %	16	34,78 %	13	56,52 %
Katarakta	22	25,88 %	14	30,43 %	13	56,52 %
Neléčená katarakta	1	1,18 %	0	0,00 %	1	4,35 %
Diabetická retinopatie	6	7,06 %	6	13,04 %	3	13,04 %
Změny na sítnici	4	4,71 %	1	2,17 %	6	26,09 %
Záněty očí	4	4,71 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Úraz oka	3	3,53 %	0	0,00 %	4	17,39 %
Nádorová onemocnění	2	2,32 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Krátkozrakost	1	1,18 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Makulární degenerace	1	1,18 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Celkové degenerativní změny oka	1	1,18 %	2	4,35 %	2	8,70 %
Trachom	0	0,00 %	0	0,00 %	1	4,35 %
Přetěžování očí	1	1,18 %	0	0,00 %	2	8,70 %
Vysoký krevní tlak	1	1,18 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Celková onemocnění	0	0,00 %	1	2,17 %	0	0,00 %

Tabulka 39: Definice pojmu „zrakové postižení“

Definice zrakového postižení	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Slepota, nevidomost	26	30,59 %	9	19,57 %	1	4,35 %
Neuvedeno	19	22,35 %	19	41,30 %	4	17,39 %
Zhoršené vidění	18	21,18 %	3	6,52 %	2	8,70 %
Špatné vidění	14	16,47 %	6	13,04 %	7	30,43 %
Zelený zákal	8	9,41 %	5	5,88 %	3	13,04 %
Šedý zákal	8	9,41 %	4	8,70 %	3	13,04 %
Částečná slepota	7	8,24 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Různě závažná ztráta zraku	7	8,24 %	2	4,35 %	3	13,04 %
Nošení (silných) brýlí	4	4,71 %	2	4,35 %	0	0,00 %
Tupozrakost, šilhání	3	3,53 %	0	0,00 %	1	4,35 %
Barvoslepost, šeroslepost	3	3,53 %	1	2,17 %	0	0,00 %
Vada vyžadující užívání pomůcek	2	2,36 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Silná krátkozrakost	2	2,36 %	1	2,17 %	0	0,00 %
Špatné vidění, které nelze zlepšit běžnými brýlemi	2	2,36 %	1	2,17 %	1	4,35 %
Onemocnění očí	1	1,18 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Člověk je v životě všestranně omezen	1	1,18 %	0	0,00 %	1	4,35 %
Úraz oka	1	1,18 %	2	4,35 %	1	4,35 %
Slabozrakost	1	1,18 %	1	2,17 %	0	0,00 %
Vada zraku	1	1,18 %	1	2,17 %	0	0,00 %
Jakákoliv porucha zraku	1	1,18 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Problémy s očima	0	0,00 %	0	0,00 %	1	4,35 %
Výpadky v zorném poli	0	0,00 %	0	0,00 %	1	4,35 %

Tabulka 40: Osoba se zrakovým postižením

Kdo je osobou se zrakovým postižením	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Každý člověk, který nosí brýle	10	11,76 %	13	28,26 %	6	26,09 %
Člověk, který má potíže se zrakem a už mu nestačí brýle	52	61,18 %	28	60,87 %	18	78,26 %
Člověk, který potřebuje používat speciální pomůcky	37	43,53 %	19	41,30 %	17	73,91 %
Člověk, který je nevidomý (nevidí)	50	58,82 %	24	52,17 %	18	78,26 %
Žádná odpověď nevybrána	2	2,35 %	2	4,35 %	3	13,04 %

V následující položce (**položka č. 18**) nás zajímalo, zda respondenti byli někdy ze strany lékaře informováni o riziku vzniku očního onemocnění, popř. zrakového postižení v seniorském věku. Pokud byli informováni, byli dále požádáni, aby uvedli, jaký lékař jim informace předal. Pokud nebyli, byli požádáni, aby uvedli, zda tyto

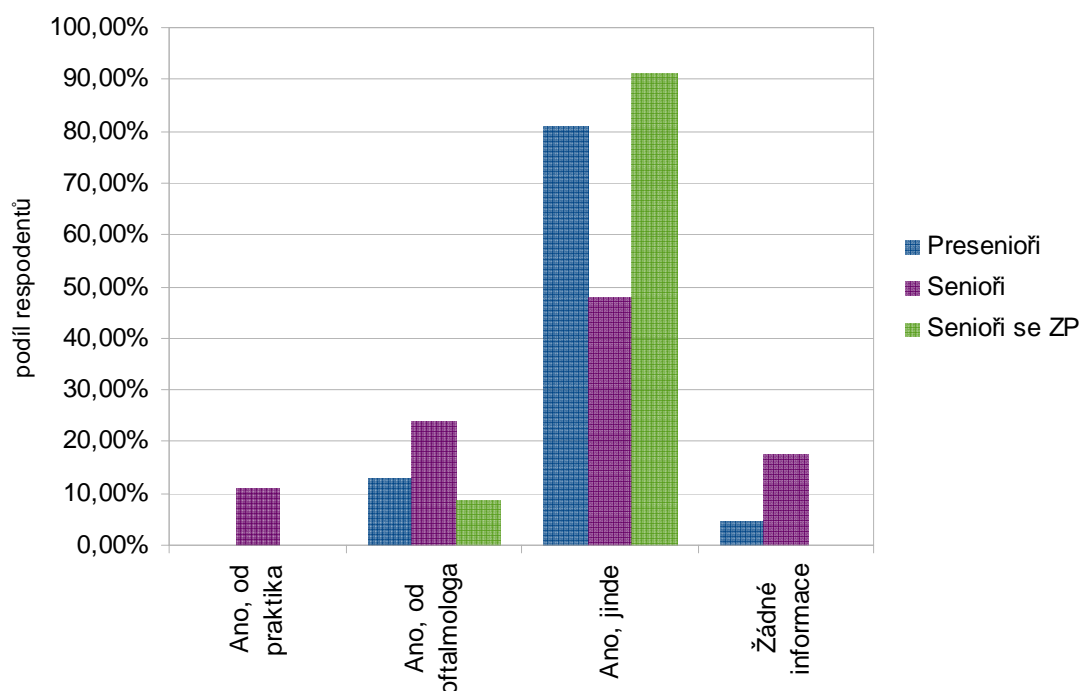
informace získali jinde (např. v médiích, od přátel apod.). Následně bylo zjišťováno, kam nebo na koho konkrétně by se obrátili, pokud by aktuálně chtěli nebo potřebovali získat více informací na téma očních onemocnění a zrakového postižení (**položka č. 19**). Tedy cílem bylo zjistit, jestli respondenti mají povědomí o potencionálních informačních zdrojích vzhledem k řešenému tématu a jestli vědí, kde by mohli zvýšit svou informovanost.

U respondentů, kteří v této položce odpovídali v tom smyslu, že nemají žádné informace, byla tato skutečnost ověřována na odpovědích u položek 15, 16 a 17, přičemž i u těchto položek všichni tito respondenti vykazovali minimální nebo žádnou míru informovanosti. Negativním zjištěním je, že z celkových 154 respondentů pouze 5 seniorů obdrželo tyto informace od praktického lékaře. Přitom současná generace seniorů a preseniorů má ve svého praktika velkou důvěru a řešení otázek svého zdraví a prevence nechává často zcela na něm. Také procento respondentů, kteří obdrželi tyto informace od oftalmologa, není nikterak vysoké. Nejčastěji tak respondenti získávají informace o očních onemocněních jinde, než u lékaře (z médií, od přátel, rodinných příslušníků). Na druhé straně by se ale většina respondentů na lékaře v případě potřeby informací o této problematice obrátila (presenioři a senioři na oftalmologa a senioři se ZP na praktického lékaře).

Tabulka 41: Informace o riziku vzniku očního onemocnění či zrakového postižení

Informace o riziku vzniku nemocnění	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano, obdržel jsem od praktika nebo jiného lékaře	0	0,00 %	5	10,87 %	0	0,00 %
Ano, obdržel jsem od oftalmologa	11	12,94 %	11	23,91 %	2	8,70
Neobdržel jsem informace od lékaře, ale získal jsem je jinde	69	81,18 %	22	47,83 %	21	91,30 %
Nemám žádné informace	4	4,71 %	8	17,39 %	0	0,00 %

Informace o riziku vzniku nemocnění



Graf 15: Informace o riziku vzniku očního onemocnění či zrakového postižení

Tabulka 42: Případný zdroj informací o problematice ZP v seniorském věku

Případný zdroj informací	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Oftalmolog	52	61,18 %	29	63,04 %	2	8,70 %
Praktický lékař	10	11,76 %	11	23,91 %	8	34,78 %
Média (internet, TV)	12	14,11 %	3	6,52 %	3	13,04 %
Organizace	3	3,53 %	0	0,00 %	1	4,35 %
Přátelé	1	1,18 %	0	0,00 %	3	13,04 %
Pracovníci domova pro seniory	0	0,00 %	0	0,00 %	3	13,04 %
Neuvedeno	7	8,24 %	3	6,52 %	3	13,04 %

Položky, které následují, se stále týkají informovanosti o problematice očních onemocnění. Zajímá nás, zda respondenti někdy našli u lékaře brožuru, leták na toto téma, a pokud našli, zda jej četli (**položka č. 20**) U toho zjištění pak prezentujeme graf, který zahrnuje všechny respondenty. Zajímá nás i cílený zájem o problematiku očních onemocnění, chceme tedy vědět, co může být pro respondenty motivací pro zjišťování informací (**položka č. 21**). V rámci prevence těchto onemocnění je velmi důležitá i prevence formou samovyšetření. Na zjišťování znalosti v této oblasti byla zaměřena položka následující (**položka č. 22**).

Více než polovina preseniorů a seniorů se ZP žádné letáky na téma očního onemocnění a zrakového postižení v čekárně lékaře nenašla. Ovšem většina z těch, kteří je našli, je také četli (viz graf společný pro všechny skupiny). Tento počet je přibližně stejný jako u položky č. 8, která se ptala na letáky na téma civilizačních onemocnění. Opět, stejně jako u položky č. 8, nebylo v možnostech realizovaného výzkumu zkoumat, o jaké letáky se jednalo konkrétně a jestli se tedy skutečně týkaly problematiky očních onemocnění a zrakového postižení a podávaly o ní relevantní informace.

Motivace k cílenému zájmu o problematiku očních onemocnění a zrakového postižení byla stejná jako v případě civilizačních onemocnění (položka č. 6), jednalo se u všech skupin respondentů zejména o vlastní onemocnění či o onemocnění v rodině nebo mezi přáteli. Na základě výstupů se tak ukazuje, že nejvýznamnější, skutečnou motivací pro zvyšování vlastní informovanosti o onemocněních, popř. prevenci a zdravém životním stylu u cílové skupiny osob preseniorského a seniorského věku jsou zdravotní obtíže vlastní nebo blízkých osob.

Byla zjištěna naprostá neznalost možnosti samovyšetření zraku, pouze 5 respondentů z celkového počtu 154 uvedlo, že takové samovyšetření zná, ve dvou případech se přitom jednalo o Amslerovu mřížku a ve třech případech o cílené, záměrné sledování vlastních zrakových funkcí a jejich případných změn.

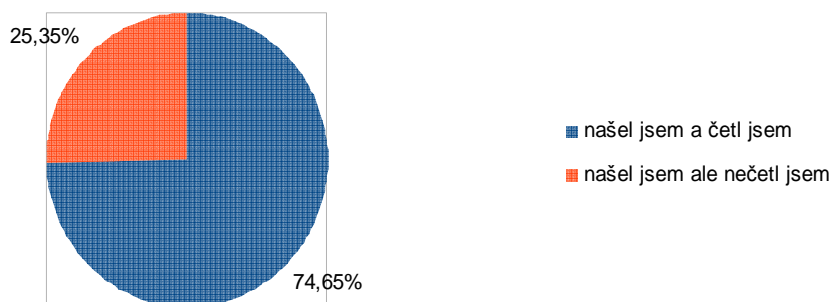
Tabulka 43: Nález letáků na téma oční onemocnění a ZP v čekárně lékaře

Nález letáků	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano	41	48,24 %	24	52,17 %	6	26,09 %
Ne	44	51,76 %	22	47,83 %	17	73,91 %

Tabulka 44: Studování letáků na téma oční onemocnění a ZP v čekárně lékaře

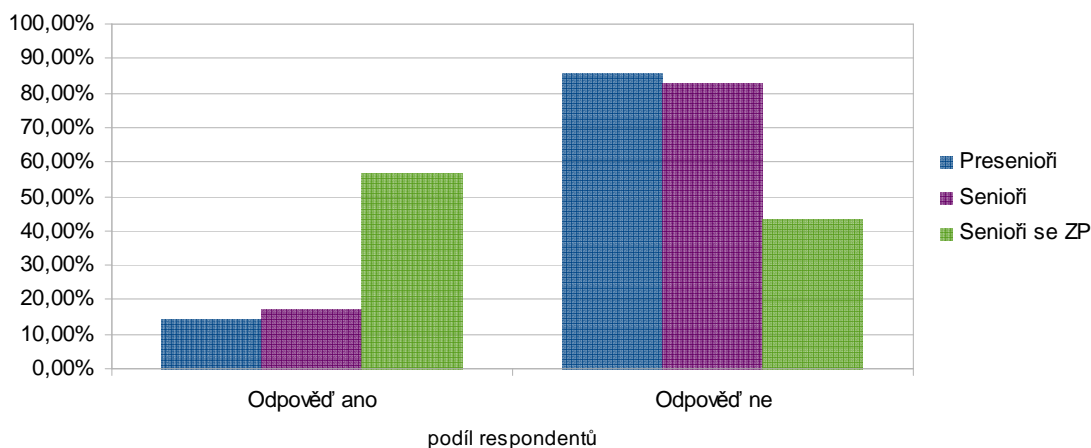
Studování letáků	Abs.	Rel. (%)
Našel jsem a četl jsem	53	74,65 %
Našel jsem, ale nečetl jsem	18	25,35 %

Studování letáků

**Graf 16: Studování letáků na téma oční onemocnění a ZP v čekárně lékaře****Tabulka 45: Cílený zájem o problematiku očních onemocnění**

Cílený zájem	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano	12	14,12 %	8	17,39 %	13	56,52 %
Ne	73	85,88 %	38	82,61 %	10	43,48 %

Cílený zájem o problematiku očních onemocnění



Graf 17: Cílený zájem o problematiku očních onemocnění

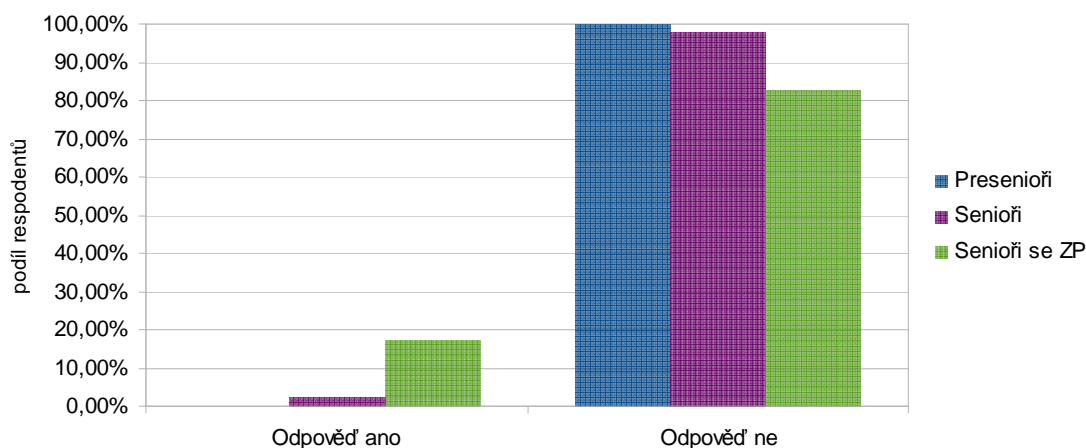
Tabulka 46: Důvod zájmu o problematiku očních onemocnění

Důvod zájmu	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Moje vlastní onemocnění	5	5,88 %	3	6,52 %	10	43,48 %
Onemocnění v rodině	2	2,35 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Strach z onemocnění	2	2,35 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Obecný zájem o danou problematiku	0	0,00 %	0	0,00 %	2	8,70 %
Nespecifikováno	3	3,53 %	5	10,87 %	1	4,35 %

Tabulka 47: Znalost samovyšetření zraku

Znalost samovyšetření	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano	0	0,00 %	1	2,17 %	4	17,39 %
Ne	85	100,00 %	45	97,83 %	19	82,61 %

Znalost samovyšetření zraku



Graf 18: Znalost samovyšetření zraku

V závěru dotazníku se položky více zužovaly na oblast informovanosti o problematice zrakového postižení. Ptali jsme se, zda respondenti znají ve svém okolí nějakého jedince se zrakovým postižením a pokud znají, byli požádáni, aby specifikovali, s jakými obtížemi se dle jejich pohledu musí tento jedinec potýkat ([položka č. 23](#)). Následující položka tematicky navazovala, zjišťovala míru informovanosti respondentů o možnostech kompenzace zrakového deficitu ([položka č. 24](#)). Poslední položkou, která je zacílena do oblasti informovanosti o problematice ZP zjišťovala, zda zkoumané osoby znají nějakou organizaci, která poskytuje služby jedincům se zrakovým postižením ([položka č. 25](#)).

Zajímavá je v této souvislosti informace, kolik respondentů z jednotlivých skupin nevedlo žádnou odpověď u položek č. 24 a č. 25 a tedy prokázalo nulovou míru informovanosti jednak o možnostech kompenzace zrakového deficitu a jednak o organizacích. Které poskytují služby jedincům se ZP. U skupiny preseniorů to bylo celkem 60 osob (tzn. 70,59 % všech preseniorů), u skupiny seniorů celkem 30 osob (tzn. 65,22 % všech seniorů) a u skupiny seniorů se zrakovým postižením celkem 5 osob (tzn. 21,74 % všech seniorů se ZP). Senioři se zrakovým postižením tedy v této souvislosti vykazovali jednoznačně nejvyšší informovanost (viz souvislost s hypotézou H1).

Většina preseniorů a seniorů uváděla, že žádného jedince se zrakovým postižením nezná, naopak většina seniorů se zrakovým postižením uváděla, že takového jedince zná. Na základě vlastních zkušeností a znalosti jedinců se stejným typem postižení je pak logické, že senioři se ZP vykazují lepší schopnost specifikovat obtíže jedince se zrakovým postižením a také jmenovat možnosti kompenzace zrakového deficitu. Mezi nejčastěji uváděné obtíže patří problémy v oblasti orientace a pohybu a obtíže při příjmu informací. Mezi nejčastěji uváděné možnosti kompenzace patří užívání speciálních pomůcek, využívání kompenzačních činitelů a nutnost specifických dovedností v sebeobsluze.

Nejčastěji jmenovaným typem organizace, která má dle respondentů podporovat jedince se zrakovým postižením, je nadace (téměř ve všech případech uvedena ve spojení s nadací Světluška). Vzhledem k tomu, že Světluška je mediálně velmi známá, není toto zjištění překvapivé. Na druhém místě se nejčastěji vyskytoval SONS, dále pak TyfloCentrum a Tyfloservis. Z tabulky ovšem vyplývá, že informovanost o těchto organizacích je velmi malá (byly uvedeny jen v několika málo případech).

Tabulka 48: Znalost jedince se zrakovým postižením

Znalost jedince se ZP	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Ano	30	35,29 %	20	43,48 %	14	60,87 %
Ne	55	64,71 %	26	56,52 %	9	39,13 %

Tabulka 49: Přehled obtíží jedince se ZP z pohledu respondentů

Typ obtíží	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Schopnost orientace a pohybu	10	11,76%	7	15,22%	3	13,04%
Příjem informací	4	4,71%	0	0,00%	1	4,35%
Neuvedeno	3	3,53%	1	2,17%	5	21,74%
Nemoc očí	3	3,53%	2	4,35%	0	0,00%
Nutnost nosit brýle	3	3,53%	4	8,70%	0	0,00%
Nutnost asistence	4	4,71%	0	0,00%	0	0,00%
Bolest očí	1	1,18%	0	0,00%	0	0,00%
Špatné vidění, slabozrakost	3	3,53%	2	4,35%	0	0,00%
Šilhání	1	1,18%	0	0,00%	0	0,00%
Nutnost používat bílou hůl	1	1,18%	0	0,00%	1	4,35%
Šeroslepost, astigmatismus	2	2,35%	0	0,00%	0	0,00%
Všeobecné důsledky ZP	1	1,18%	0	0,00%	3	13,04%
Ztráta zraku	1	1,18%	1	2,17%	0	0,00%
Bolest hlavy	1	1,18%	0	0,00%	0	0,00%
Problémy v sebeobsluze	1	1,18%	1	2,17%	3	13,04%
Slepota	1	1,18%	3	6,52%	0	0,00%

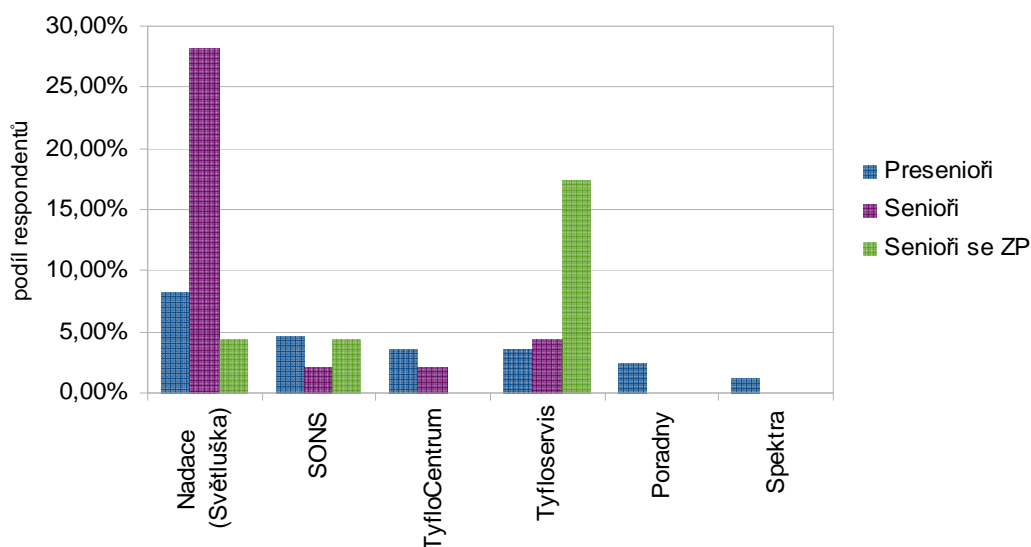
Tabulka 50: Možnosti kompenzace zrakového deficitu z pohledu respondentů

Úvedená možnost kompenzace	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Používání speciálních pomůcek	13	15,29 %	4	8,70 %	8	34,78 %
Specifické dovednosti v sebeobsluze	1	1,18 %	0	0,00 %	2	8,70 %
Využívání asistence	4	4,71 %	0	0,00 %	2	8,70 %
Využívání kompenzačních činitelů	11	12,94 %	2	4,35 %	14	60,87 %

Tabulka 51: Znalost organizací

Organizace	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Nadace (Světluška)	7	8,24 %	13	28,26 %	1	4,35 %
SONS	4	4,71 %	1	2,17 %	1	4,35 %
TyfloCentrum	3	3,53 %	1	2,17 %	0	0,00 %
Tyfloservis	3	3,53 %	2	4,35 %	4	17,39 %
Poradny	2	2,35 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Spektra	1	1,12 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Organizace



Graf 19: Znalost organizací

Poslední dvě položky dotazníku jsou zaměřeny na ideální způsob informování o problematice zrakového postižení z pohledu samotných respondentů. Zjišťovali jsme proto nejprve formou volných odpovědí (**položka č. 26**), jaký je pro respondenty nejvhodnější a nejméně vhodný způsob informování o této problematice, co jim osobně vyhovuje nejméně a nejvíce. Tyto odpovědi jsme uspořádali do tabulky dle kategorií vytvořených na základě výpovědí respondentů. Tyto volné odpovědi byly doplněny možností výběru charakteristik, které by se na způsobu informování měly změnit (**položka č. 27**). Preferované charakteristiky jsou zaneseny do grafu.

Nejvhodnější způsob informování se u jednotlivých skupin mírně liší, na prvních místech se ale u všech skupin objevuje osobní rozhovor s lékařem, televize a internet. Senioři se ZP by v 17,39 % uvítali přednášku s diskuzí, kterou by vedl buď odborník, nebo samotná osoba se zrakovým postižením. Většina respondentů nebyla schopna uvést způsob informování, který by jim nejméně vyhovoval. Několik málo uvedených odpovědí poukazuje na nevhodnost akcí na ulici, telefonních akcí či letáků do schránky. Většina respondentů ze všech skupin by přitom uvítala, kdyby prezentované informace na téma oční onemocnění a zrakové postižení byly jasnější, srozumitelnější a dostupnější a byly prezentovány zejména lékařem a v médiích.

Tabulka 52: Nejvhodnější způsob informování o problematice ZP z pohledu respondentů

Nejvhodnější způsob informování	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Osobní rozhovor s lékařem	30	35,29 %	6	13,04 %	8	34,78 %
Neuvedeno	26	30,59 %	22	47,83 %	5	21,74 %
Internet a dalších média	25	29,41 %	8	17,39 %	5	21,74 %
TV	23	27,06 %	15	32,61 %	12	52,17 %
Tištěný materiál	17	20,00 %	7	15,22 %	2	8,70 %
Informace od lidí	2	2,35 %	1	2,17 %	0	0,00 %
Přednáška z diskuzí	1	1,18 %	2	4,35 %	4	17,39 %
Interaktivní výstavy	1	1,18 %	1	2,17 %	0	0,00 %
Výuka už ve škole	0	0,00 %	1	2,17 %	0	0,00 %
Nevím	0	0,00 %	1	2,17 %	0	0,00 %

Tabulka 53: Nejméně vhodný způsob informování o ZP z pohledu respondentů

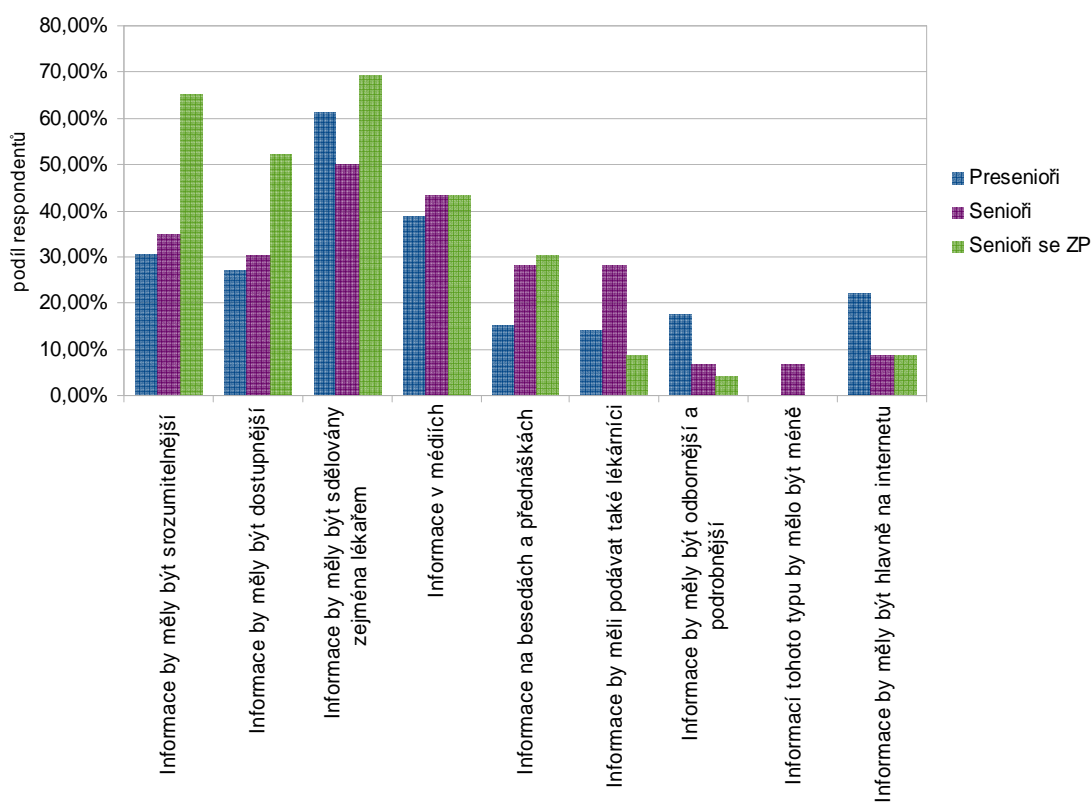
Nejméně vhodný způsob informování	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Neuvedeno	61	71,76%	31	67,39%	12	52,17%
Akce na ulici a telefonní akce	6	7,06%	0	0,00%	1	4,35%
Letáky do schránky	6	7,06%	1	2,17%	5	21,74%
Internet a dalších média	4	4,71%	5	10,87%	2	8,70%
TV	2	2,35%	1	2,17%	0	0,00%
Lékař	2	2,35%	1	2,17%	2	8,70%
Reklamní spoty v televizi	1	1,18%	3	6,52%	0	0,00%
Noviny	1	1,18%	1	2,17%	3	13,04%
Rozhlas	0	0,00%	1	2,17%	0	0,00%

Tabulka 54: Navrhované změny v systému informování

Navrhovaná změna	Presenioři		Senioři		Senioři se ZP	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
Informace by měly být srozumitelnější a jasnější	26	30,59 %	16	34,78 %	15	65,22 %
Informace by měly být dostupnější	23	27,01 %	14	30,43 %	12	52,17 %
Informace by měly být sdělovány zejména lékařem	52	61,18 %	23	50,00 %	16	69,57 %
Informace by měly být sdělovány zejména prostřednictvím médií	33	38,82 %	20	43,48 %	10	43,48 %

Informace by měly být sdělovány na bezplatných besedách a přednáškách	13	15,29 %	13	28,26 %	7	30,43 %
Informace by měli podávat také lékárníci	12	14,12 %	13	28,26 %	2	8,70 %
Informace by měly být odbornější a podrobnější	15	17,65 %	3	6,52 %	1	4,35 %
Informací tohoto typu by mělo být méně	0	0,00 %	3	6,52 %	0	0,00 %
Informace by měly být hlavně na internetu	19	22,35 %	4	8,70 %	2	8,70 %
Jiná odpověď	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Navrhované změny v systému informování



Graf 20: Navrhované změny v systému informování

11.2 Vyhodnocení a analýza specifické přílohy dotazníku pro seniory se zrakovým postižením

Specifická příloha dotazníku pro seniory se zrakovým postižením měla formu pětistupňové škály (1 – souhlasím nejméně, 5 – souhlasím nejvíce), na které respondenti vyjadřovali svou míru souhlasu s uvedeným tvrzením. Jednotlivá tvrzení se vztahovala do různých oblastí života člověka (seniora) se zrakovým postižením žijícího v zařízení pobytových služeb, s cílem vyhodnotit nejvíce problematické z nich a určit tak, v jakých oblastech je život jedince seniorského věku zrakovým postižením nejvíce ovlivněn.

Následující podkapitola se věnuje vyhodnocení jednotlivých škál. V úvodu prezentujeme souhrnnou tabulku, ve které je ke každému tvrzení uvedeno, kolik seniorů se ZP s tímto tvrzením souhlasí na stupni 1 (nejméně), 2, 3, 4, a 5 (nejvíce). Pod tabulkou pak následuje série grafů s příslušným komentářem (ke každému z tvrzení, které bylo součástí specifické přílohy). Vzhledem k množství údajů a velikosti tabulky je tabulka rozdělena na dvě části, první obsahuje údaje k míře souhlasu 1, 2 a 3, druhá pak k míře souhlasu 4 a 5. Za stěžejní ovšem považujeme grafické znázornění, které přehledně vykresluje zjištěnou situaci.

Tabulka 55: Četnost odpovědí k jednotlivým mírám souhlasu na škále (1–3)

Míra souhlasu	Četnost odpovědí k jednotlivým mírám souhlasu na škále					
	1		2		3	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
1. Jsem často smutný.	3	13,04 %	6	26,09 %	6	26,09 %
2. Cítím se méněcenný.	9	39,13 %	3	13,04 %	5	21,74 %
3. Po vzniku ZP nastaly v mém životě pozitivní změny.	18	78,26 %	2	8,70 %	3	13,04 %
4. Cítím se osamělý.	10	43,48 %	5	21,74 %	3	13,04 %
5. Můj život byl lepší (kvalitnější) v době, když jsem viděl normálně.	1	4,35 %	0	0,00 %	3	13,04 %
6. Často se nudím.	11	47,83 %	2	8,70 %	2	8,70 %
7. Cítím se nevyužitý.	9	39,13 %	3	13,04 %	5	21,74 %
8. Cítím, že po vzniku ZP mi ubylo přátel.	14	60,87 %	2	8,70 %	1	4,35 %
9. Po vzniku ZP se častěji cítím nemocný.	13	56,52 %	4	17,39 %	5	21,74 %
9. Zrakové postižení mi otevřelo nové možnosti.	15	65,22 %	2	8,70 %	2	8,70 %
11. Díky svému postižení jsem potkal nové přátele.	9	39,13 %	4	17,39 %	5	21,74 %
12. Díky svému postižení jsem se naučil nové věci.	6	26,09 %	5	21,74 %	6	26,09 %
13. Po vzniku ZP se cítím více stresovaný.	6	26,09 %	2	8,70 %	4	17,39 %
14. Cítím, že mám málo příležitostí ke smysluplnému trávení volného času.	10	43,48 %	2	8,70 %	5	21,74 %
15. Mé nálady se po vzniku ZP nezměnily, nejsou ani lepší, ani horší.	2	8,70 %	8	34,78 %	5	21,74 %
16. ZP změnilo můj život negativním způsobem.	2	8,70 %	2	8,70 %	3	13,04 %
17. Potřebuji dopomoc při osobní hygieně.	8	34,78 %	5	21,74 %	8	34,78 %
18. Potřebuji dopomoc při péči o domácnost.	4	17,39 %	2	8,70 %	4	17,39 %
19. Potřebuji dopomoc při nákupu.	5	21,74 %	1	4,35 %	2	8,70 %
20. Potřebuji dopomoc při realizaci volnočasových aktivit.	7	30,43 %	3	13,04 %	6	26,09 %
21. Potřebuji dopomoc při kontaktu s rodinou a přáteli.	8	34,78 %	4	17,39 %	2	8,70 %
22. V péči o vlastní osobu jsem samostatný.	3	13,04 %	8	34,78 %	3	13,04 %
23. Potřebuji dopomoc při vyřizování úředních záležitostí.	1	4,35 %	0	0,00 %	0	0,00 %
24. Potřebuji dopomoc při přesunu z domova do zvoleného cíle.	2	8,70 %	2	8,70 %	2	8,70 %
25. Potřebuji dopomoc při využívání speciálních pomůcek.	9	39,13 %	5	21,74 %	5	21,74 %
26. Využívám asistenci rodinných příslušníků.	6	26,09 %	0	0,00 %	2	8,70 %
27. Využívám profesionální osobní asistenci.	4	17,39 %	0	0,00 %	2	8,70 %
28. Potřebuji dopomoc při návštěvě lékaře.	5	21,74 %	0	0,00 %	2	8,70 %
29. Jsem schopen/schopna si samostatně vyřídit veškeré záležitosti mimo domov.	13	56,52 %	1	4,35 %	3	13,04 %
30. Po vzniku ZP se již nemohu věnovat svým koníčkům.	1	4,35 %	2	8,70 %	5	21,74 %
31. Po vzniku ZP už nemohu sám vyjít z	9	39,13 %	0	0,00 %	2	8,70 %

domu.						
32. Jsem nesamostatný v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu.	7	30,43 %	2	8,70 %	2	8,70 %
33. Umím používat speciální pomůcky pro osoby se ZP.	5	21,74 %	6	26,09 %	6	26,09 %
34. Více peněz by mi umožnilo žít lépe.	9	39,13 %	1	4,35 %	1	4,35 %
35. Byl/a bych spokojenější, kdybych se mohl/a více stýkat s lidmi.	15	65,22 %	3	13,04 %	2	8,70 %

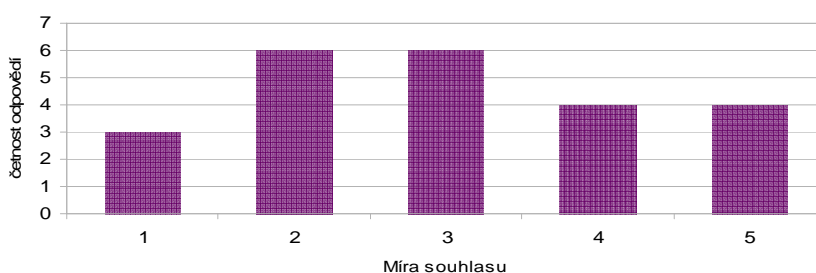
Tabulka 56: Četnost odpovědí k jednotlivým mírám souhlasu na škále (4–5)

Míra souhlasu	Četnost odpovědí k jednotlivým mírám souhlasu			
	4		5	
	Abs.	Rel. (%)	Abs.	Rel. (%)
1. Jsem často smutný.	4	17,39 %	4	17,39 %
2. Cítím se méněcenný.	5	21,74 %	1	4,35 %
3. Po vzniku ZP nastaly v mém životě pozitivní změny.	0	0,00 %	0	0,00 %
4. Cítím se osamělý.	4	17,39 %	1	4,35 %
5. Můj život byl lepší (kvalitnější) v době, když jsem viděl normálně.	1	4,35 %	18	78,26 %
6. Často se nudím.	5	21,74 %	3	13,04 %
7. Cítím se nevyužitý.	5	21,74 %	1	4,35 %
8. Cítím, že po vzniku ZP mi ubylo přátel.	6	26,09 %	0	0,00 %
9. Po vzniku ZP se častěji cítím nemocný.	1	4,35 %	0	0,00 %
10. Zrakové postižení mi otevřelo nové možnosti.	2	8,70 %	5	21,74 %
11. Díky svému postižení jsem potkal nové přátele.	0	0,00 %	5	21,74 %
12. Díky svému postižení jsem se naučil nové věci.	3	13,04 %	3	13,04 %
13. Po vzniku ZP se cítím více stresovaný.	6	26,09 %	5	21,74 %
14. Cítím, že mám málo příležitostí ke smysluplnému trávení volného času.	4	17,39 %	2	8,70 %
15. Mé nálady se po vzniku ZP nezměnily, nejsou ani lepší, ani horší.	0	0,00 %	8	34,78 %
16. ZP změnilo můj život negativním způsobem.	2	8,70 %	14	60,87 %
17. Potřebuji dopomoc při osobní hygieně.	2	8,70 %	0	0,00 %
18. Potřebuji dopomoc při péči o domácnost.	4	17,39 %	9	39,13 %
19. Potřebuji dopomoc při nákupu.	1	4,35 %	14	60,87 %
20. Potřebuji dopomoc při realizaci volnočasových aktivit.	4	17,39 %	5	21,74 %
21. Potřebuji dopomoc při kontaktu s rodinou a přáteli.	6	26,09 %	3	13,04 %
22. V péči o vlastní osobu jsem samostatný.	3	13,04 %	6	26,09 %
23. Potřebuji dopomoc při vyřizování úředních záležitostí.	0	0,00 %	22	95,65 %
24. Potřebuji dopomoc při přesunu z domova do zvoleného cíle.	1	4,35 %	16	69,57 %

25. Potřebuji dopomoc při využívání speciálních pomůcek.	2	8,70 %	2	8,70 %
26. Využívám asistenci rodinných příslušníků.	3	13,04 %	12	52,17 %
27. Využívám profesionální osobní asistenci.	1	4,35 %	16	69,57 %
28. Potřebuji dopomoc při návštěvě lékaře.	2	8,70 %	14	60,87 %
29. Jsem schopen/schopna si samostatně vyřídit veškeré záležitosti mimo domov.	3	13,04 %	3	13,04 %
30. Po vzniku ZP se již nemohu věnovat svým koníčkům.	6	26,09 %	9	39,13 %
31. Po vzniku ZP už nemohu sám vyjít z domu.	7	30,43 %	5	21,74 %
32. Jsem nesamostatný v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu.	5	21,74 %	7	30,43 %
33. Umím používat speciální pomůcky pro osoby se ZP.	0	0,00 %	6	26,09 %
34. Více peněz by mi umožnilo žít lépe.	3	13,04 %	9	39,13 %
35. Byl/a bych spokojenější, kdybych se mohl/a více stýkat s lidmi.	3	13,04 %	0	0,00 %

Tvrzení JSEM ČASTO SMUTNÝ zjišťovalo dopad zrakového postižení do oblasti nálad. V odpovědích převažovala míra souhlasu na stupni 2 a 3 (odpověděla více než polovina respondentů), tedy míra spíše na nižších stupních. Na základě analýzy získaných dat nelze konstatovat, že by se zrakové postižení zásadní měrou podílelo na zhoršení nálad seniorů směrem k častému pocitu smutku.

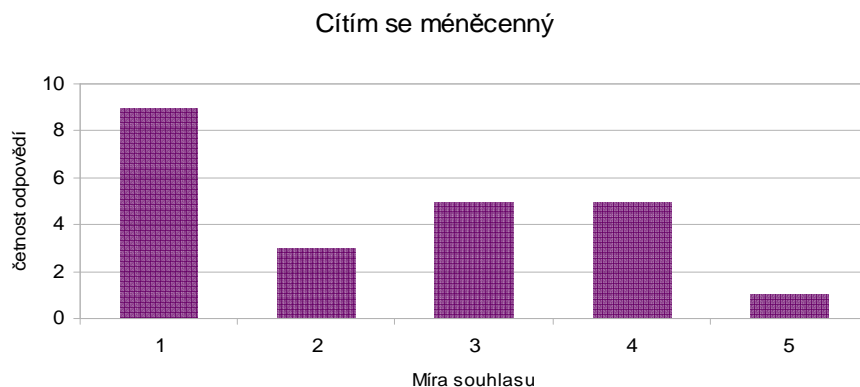
Jsem často smutný



Graf 21: Zhodnocení tvrzení 1

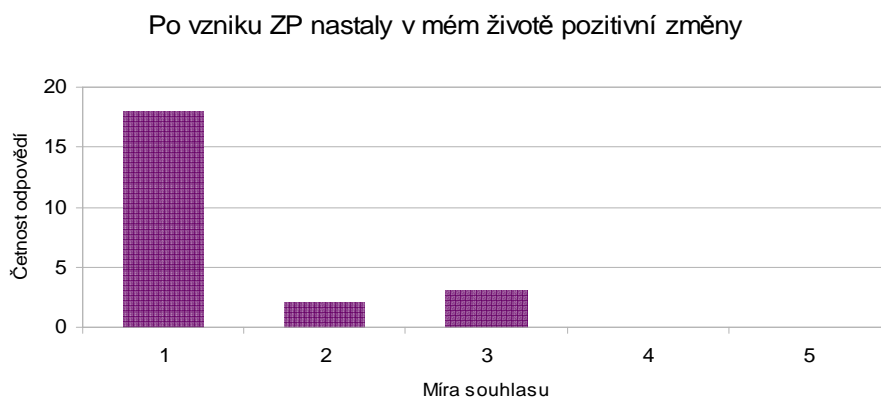
Tvrzení CÍTÍM SE MÉNĚCENNÝ zjišťovalo, zda se zkoumané osoby cítí po vzniku zrakového pocitu méněcenné, zda mají pocit, že v očích ostatních lidí ztratili po vzniku postižení na hodnotě. Převažující míra souhlasu na stupni 1 jednoznačně ukazuje, že většina respondentů pocit méněcennosti nemá. Na popsanou skutečnost může mít

potencionálně vliv fakt, že respondenti žijí v zařízení pobytových služeb, kde je u nich vědomí vlastní hodnoty ze strany pracovníků cíleně posilováno a je aplikován partnerský, uctivý přístup. Úkolem dalšího šetření by tak mohlo být porovnání tohoto zjištění se zjištěním na vzorku respondentů žijících v domácím prostředí.



Graf 22: Zhodnocení tvrzení 2

Tvrzení PO VZNIKU ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ NASTALY V MÉM ŽIVOTĚ POZITIVNÍ ZMĚNY zjišťovalo, zda vznik zrakového v seniorském věku je skutečně změnou negativní, jak jsme předpokládali v celém realizovaném výzkumu. Tento předpoklad se naprostou převahou odpovědí na stupni 1 potvrdil. Senioři tedy subjektivně vnímají vznik zrakového postižení jako změnu k horšímu.

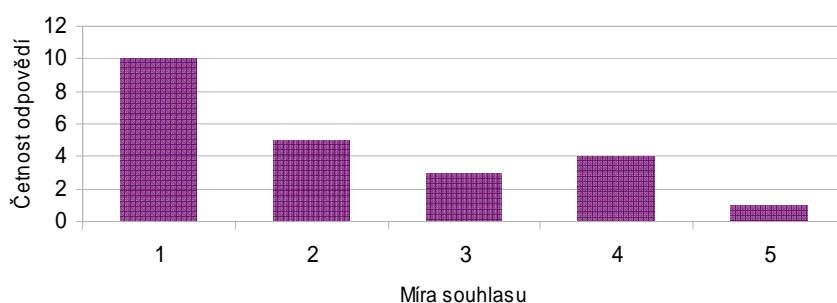


Graf 23: Zhodnocení tvrzení 3

Tvrzení CÍTÍM SE OSAMĚLÝ zjišťovalo, jak moc se senioři se zrakovým postižením žijící v zařízení pobytových služeb cítí osamělí. Pozitivním zjištěním je, že většina seniorů vyjadřovala míru souhlasu na stupni 1 a 2, tedy že se osamělí necítí (pouze

5 respondentů vyjádřilo vysokou a maximální míru souhlasu). Příčinu lze spatřovat v prostředí, ve kterém je neustále dostatek lidí k případné komunikaci a sdílení problémů, ať už z řad personálu nebo obyvatel domova.

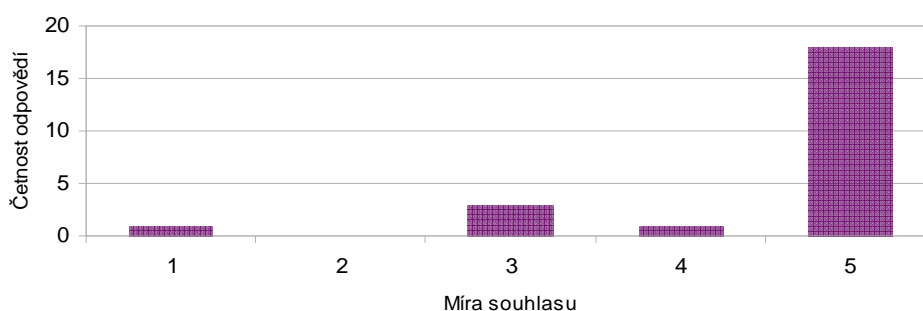
Cítím se osamělý



Graf 24: Zhodnocení tvrzení 4

Tvrzení MŮJ ŽIVOT BYL LEPŠÍ (KVALITNĚJŠÍ) V DOBĚ, KDY JSEM VIDĚL NORMÁLNĚ navazovalo na tvrzení týkajících se negativní životní změny v souvislosti se vznikem zrakového postižení. Většina respondentů v tomto případě s tvrzením zcela souhlasila, můžeme tedy konstatovat, že život většiny seniorů byl kvalitnější v době, kdy viděli normálně, tedy před vznikem zrakového postižení.

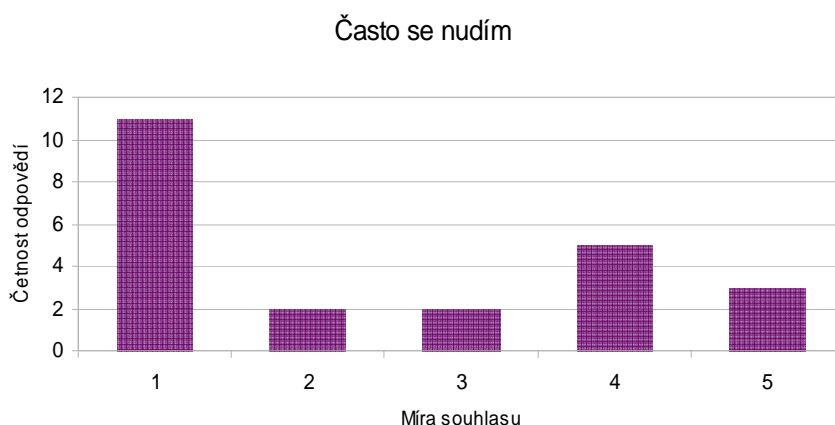
Můj život byl lepší (kvalitnější) v době, když jsem viděl normálně



Graf 25: Zhodnocení tvrzení 5

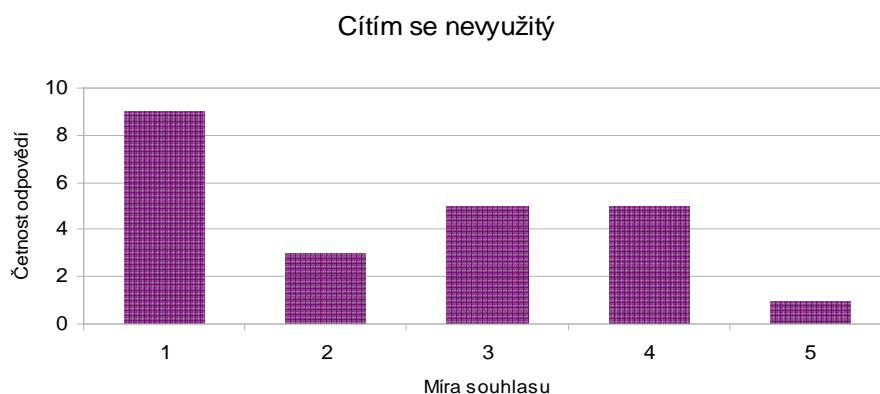
Tvrzení ČASTO SE NUDÍM bylo orientováno do oblasti trávení času seniorů se zrakovým postižením v pobytových službách. Zde převažovaly odpovědi s mírou

souhlasu spíše v dolní polovině škály (většina), ovšem poměrně hojně byly zastoupeny také odpovědi s mírou souhlasu na stupni 4 a 5. Zde můžeme spatřovat souvislost s kvalitou a množstvím nabídek na trávení volného času v konkrétním domově pro seniory. Respondenti, kteří uváděli, že se často nudí, doprovázeli zpravidla toto sdělení komentářem, že nabídek na zapojení se do činností je poměrně mnoho, ale ve většině případů nejsou tyto činnosti uzpůsobeny pro jedince se zrakovým postižením.



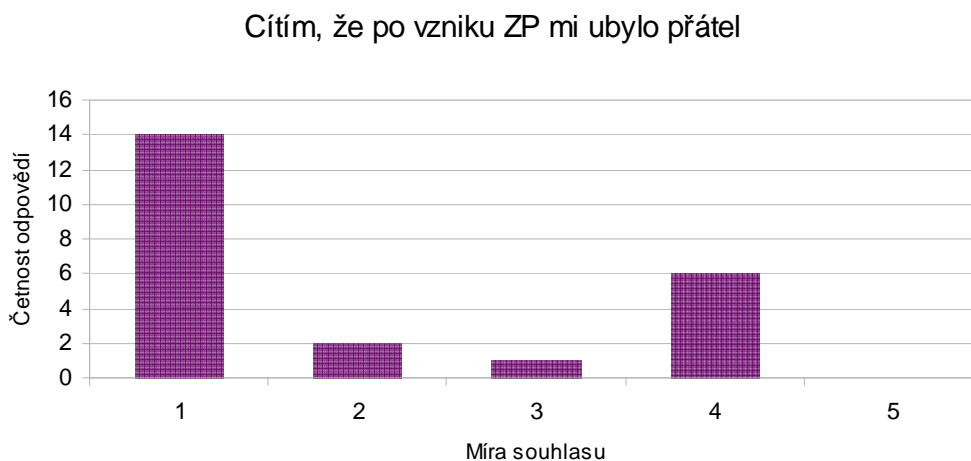
Graf 26: Zhodnocení tvrzení 6

Tvrzení CÍTÍM SE NEVYUŽITÝ zjišťovalo subjektivní zhodnocení aktuálního využití potenciálu daného jedince a tematicky navazovalo na tvrzení předchozí. Většina respondentů shodně s předchozím tvrzením vyslovila míru souhlasu na dolní stupnici škály. Příčinu rozdílu ve výpovědích můžeme opět spatřovat ve všeobecných podmínkách v konkrétních domovech pro seniory.



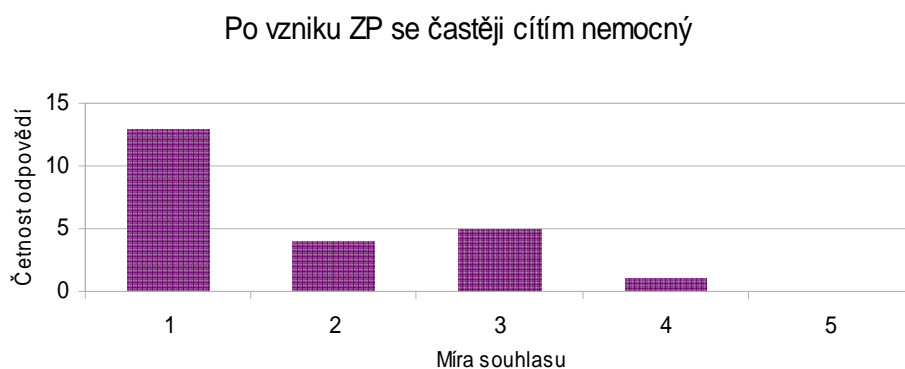
Graf 27: Zhodnocení tvrzení 7

Tvrzení CÍTÍM, ŽE PO VZNIKU ZP MI UBYLO PŘÁTEL bylo zaměřeno do oblasti sociálního kontaktu a jeho případného úbytku. Většina respondentů uvádí s tímto tvrzením minimální míru souhlasu, pouze 6 z nich volí míru souhlasu v horní části škály.



Graf 28: Zhodnocení tvrzení 8

Tvrzení PO VZNIKU ZP SE ČASTĚJI CÍTÍM NEMOCNÝ zjišťovalo, zda se po vzniku zrakového postižení cítí respondenti subjektivně více nemocní, než byli dřív. Taková skutečnost se neprokázala, respondenti nejčastěji volili minimální míru souhlasu.

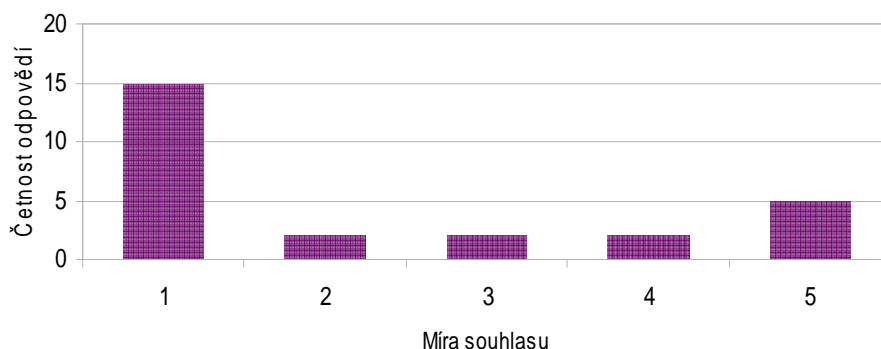


Graf 29: Zhodnocení tvrzení 9

Tvrzení ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ MI OTEVŘELO NOVÉ MOŽNOSTI zjišťovalo, zda respondenti vnímají zrakové postižení jako výzvu, jako možnost poznat něco nového, myslet v dané životní situaci pozitivně. Většina respondentů ovšem vyjádřila s tímto

tvrzením minimální míru souhlasu a nemá pocit, že by jim jejich postižení nabízelo nové možnosti. Přesto téměř jedna pětina z nich ve svém postižení tyto možnosti spatřuje.

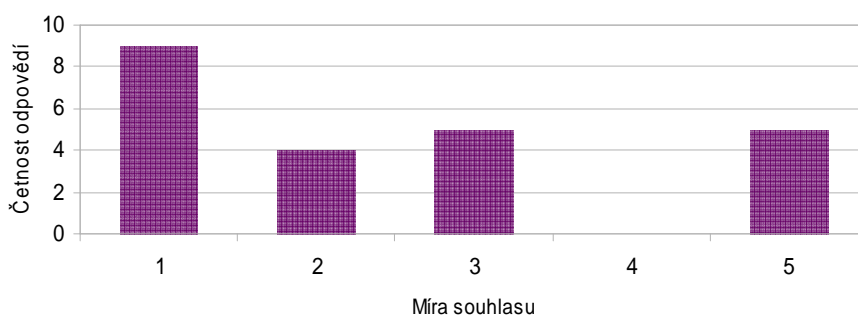
Zrakové postižení mi otevřelo nové možnosti



Graf 30: Zhodnocení tvrzení 10

Tvrzení DÍKY SVÉMU POSTIŽENÍ JSEM POTKAL NOVÉ PŘÁTELE zjišťovalo, zda může být vznik zrakového postižení důvodem k navázání nových přátelství. Většina seniorů toto tvrzení ale spíše vyvracuje a vyjadřuje k němu minimální a malou míru souhlasu. Přesto opět přibližně jedna pětina z nich s ním souhlasí v maximální možné míře.

Díky svému postižení jsem potkal nové přátele

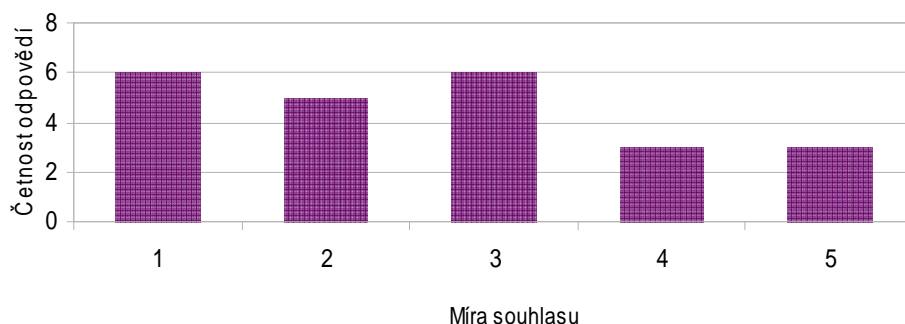


Graf 31: Zhodnocení tvrzení 11

Tvrzení DÍKY SVÉMU POSTIŽENÍ JSEM SE NAUČIL NOVÉ VĚCI bylo zaměřeno do oblasti nových dovedností, které se respondenti museli naučit v souvislosti se vznikem svého postižení. Zde můžeme konstatovat, že rozložení odpovědí je

rovnoměrné a míra nových zkušeností v souvislosti se vznikem postižení je značně individuální.

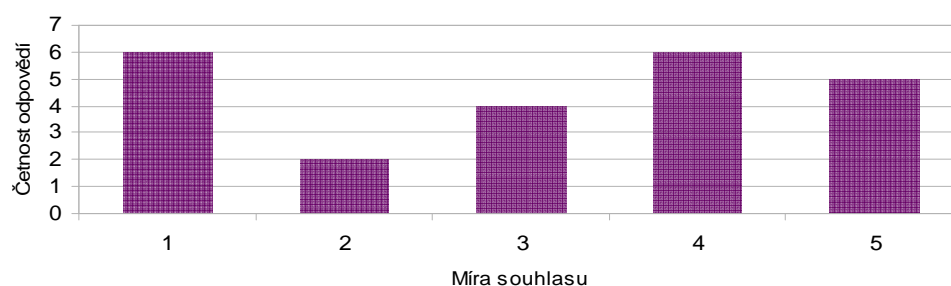
Díky svému postižení jsem se naučil nové věci



Graf 32: Zhodnocení tvrzení 12

Tvrzení PO VZNIKU ZP SE CÍTÍM VÍCE STRESOVANÝ bylo zařazeno proto, že vznik postižení je počítán mezi náročné životní situace, které bývají spojovány s vyšší mírou stresu. Většina respondentů uvedla míru souhlasu na stupni 3 a vyšším, můžeme tedy konstatovat, že vznik zrakového postižení v období sění skutečně způsobuje nárůst stresové hladiny.

Po vzniku ZP se cítím více stresovaný

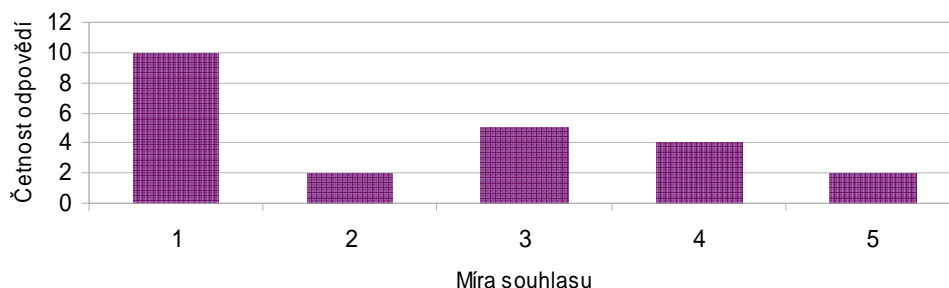


Graf 33: Zhodnocení tvrzení 13

Tvrzení CÍTÍM, ŽE MÁM MÁLO PŘÍLEŽITOSTÍ KE SMYSLUPLNÉMU TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU volně navazuje na tvrzení „často se nudím“. Zajímalo nás, zda možnosti trávení volného času, které senioři v zařízení pobytových služeb mají, vnímají

subjektivně jako smysluplné. Většina respondentů vyjadřovala nízkou nebo střední míru souhlasu, nemají tedy pocit, že by měli málo příležitosti smysluplně trávit čas.

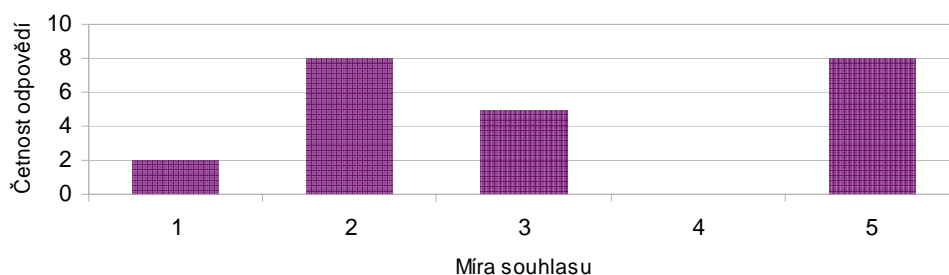
Cítím, že mám málo příležitostí ke smysluplnému trávení
volného času



Graf 34: Zhodnocení tvrzení 14

Tvrzení **MÉ NÁLADY SE PO VZNIKU ZP NEZMĚNILY, NEJSOU ANI LEPŠÍ, ANI HORŠÍ** bylo směřováno do oblasti psychických dopadů zrakového postižení. Jedna třetina respondentů sice odpovídá, že s tímto tvrzením plně souhlasí, nicméně další dvě třetiny vyjadřují minimální či nízkou míru souhlasu, z čehož vyplývá, že změnu nálad senioři po vzniku postižení zaznamenali.

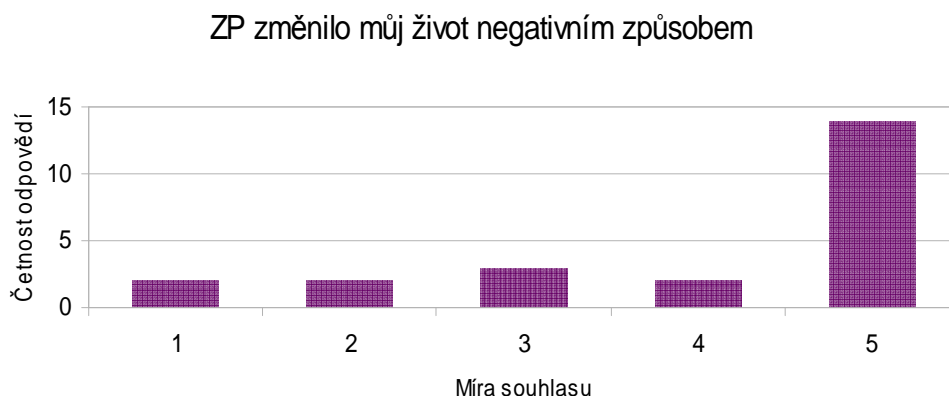
Mé nálady se po vzniku ZP nezměnily, nejsou ani lepší, ani horší



Graf 35: Zhodnocení tvrzení 15

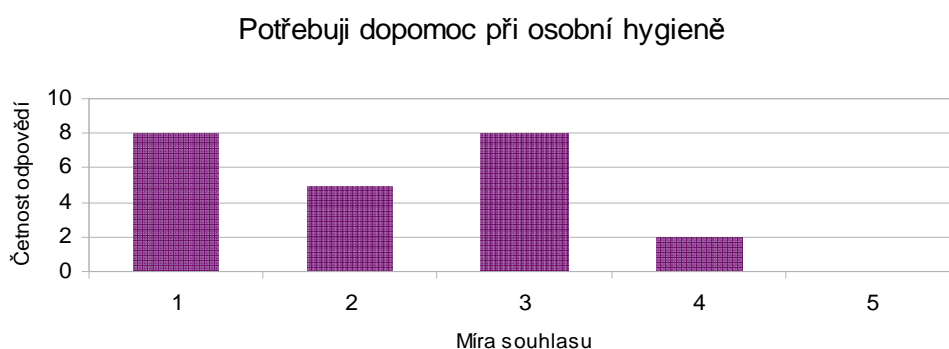
Tvrzení **ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ ZMĚNILO MŮJ ŽIVOT NEGATIVNÍM ZPŮSOBEM** je kontrolní k tvrzení „po vzniku zrakového postižení nastaly v mém životě pozitivní změny (3). I v tomto případě respondenti odpovídali ve smyslu, že vznik zrakového postižení v jejich životě pozitivní změnu neznamenal. Většina jich

uvádí nejvyšší míru souhlasu s tvrzením, že postižení změnilo jejich život negativním způsobem.



Graf 36: Zhodnocení tvrzení 16

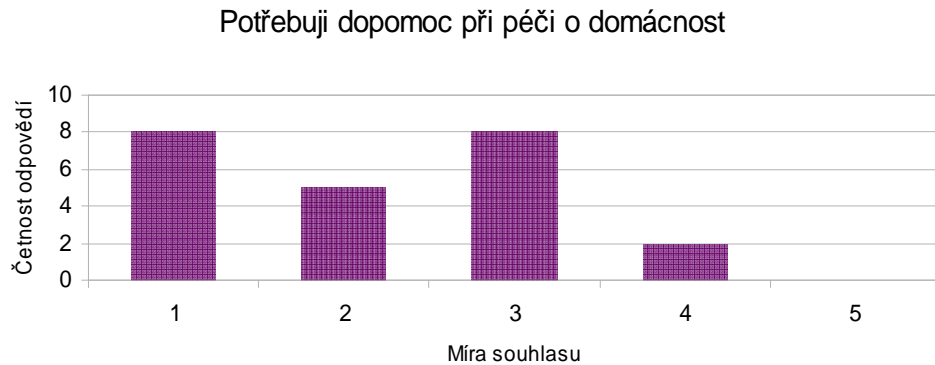
Tvrzení **POTŘEBUJI DOPOMOC PŘI OSOBNÍ HYGIENĚ** zjišťovalo, do jaké míry se zrakové postižení promítá do schopnosti sebeobsluhy seniorů, konkrétně do jejich jednotlivých částí. V oblasti dopomoci při osobní hygieně uváděli respondenti nejčastěji míru souhlasu od 1 do 3, tedy vyjadřovali, že dopomoc potřebují v nízké míře. Své vyjádření zpravidla doprovázeli komentářem, že dopomoc je nutná zejména v případech náročnějších úkonů, jako je mytí vlasů, tvorba účesu, stříhání nehtů apod.



Graf 37: Zhodnocení tvrzení 17

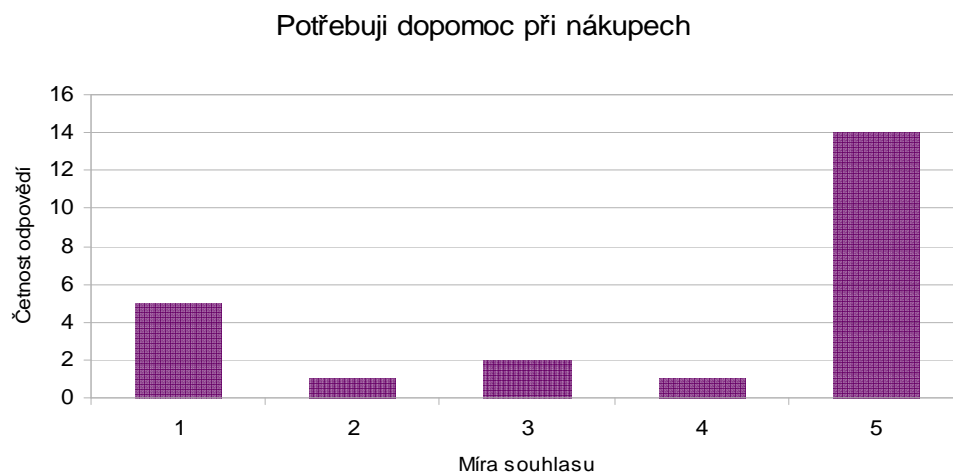
Tvrzení **POTŘEBUJI DOPOMOC PŘI PÉČI O DOMÁCNOST** bylo zaměřeno na další oblast sebeobsluhy osob se zrakovým postižením a to na péči o domácnost. Respondenti s tímto tvrzením vyjadřovali převážně minimální, nízkou a střední míru souhlasu. Nelze

tedy konstatovat, že by subjektivně cítili základní péči o domácnost (úklid, praní apod.) jako problematickou. Toto zjištění je ovšem výrazně ovlivněno skutečností, že respondenti žijí v domově pro seniory, kde je jim v této oblasti poskytován všestranný servis, pokud o to mají zájem. Odpadá tak např. vaření či žehlení prádla.



Graf 38: Zhodnocení tvrzení 18

Tvrzení **POTŘEBUJI DOPOMOC PŘI NÁKUPECH** bylo dalším z oblasti sebeobsluhy. Většina respondentů s ním zcela souhlasila, a proto můžeme konstatovat, že oblast zajišťování nákupů je jednou oblastí, které jsou subjektivně pocíťovány jako nejvíce problémové. Respondenti zpravidla v komentářích hodnotili samostatné nákupy jako již nerealizovatelné.



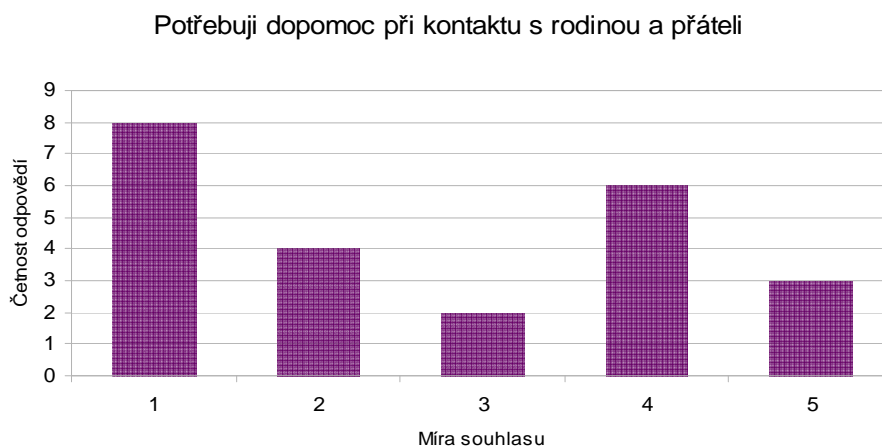
Graf 39: Zhodnocení tvrzení 19

Tvrzení **POTŘEBUJI DOPOMOC PŘI REALIZACI VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT** zjišťovalo, jak velkou míru dopomoci senioři při trávení volného času potřebují. V odpovědích jsou zastoupeny všechny stupně škály a výsledek tedy poukazuje na velkou rozmanitost v potřebách jednotlivých seniorů. Zcela jistě pak závisí na tom, jaké konkrétní aktivity měli senioři na mysli.



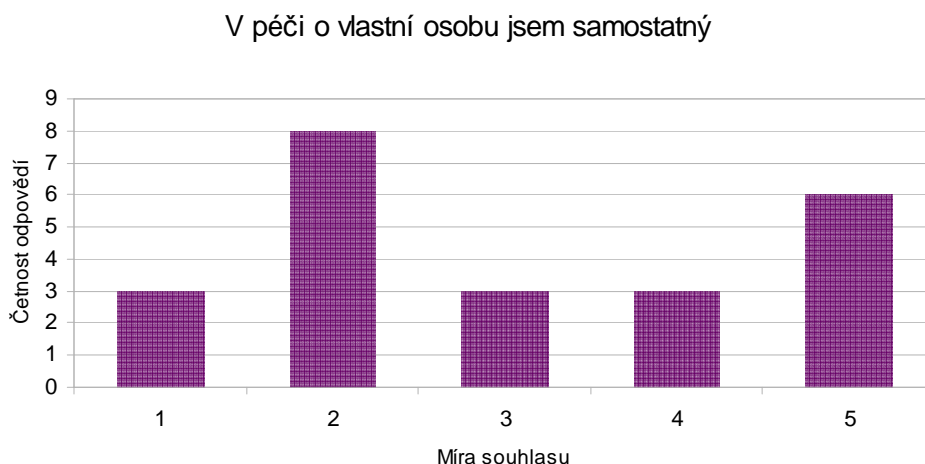
Graf 40: Zhodnocení tvrzení 20

Tvrzení **POTŘEBUJI DOPOMOC PŘI KONTAKTU S RODINOU A PŘÁTELI** je opět zacíleno do oblasti sociálních kontaktů. Poměrně vyrovnané rozložení odpovědí na obou stranách škály poukazuje na značnou individualitu v této oblasti a odráží také zdravotní stav seniora a další faktory.



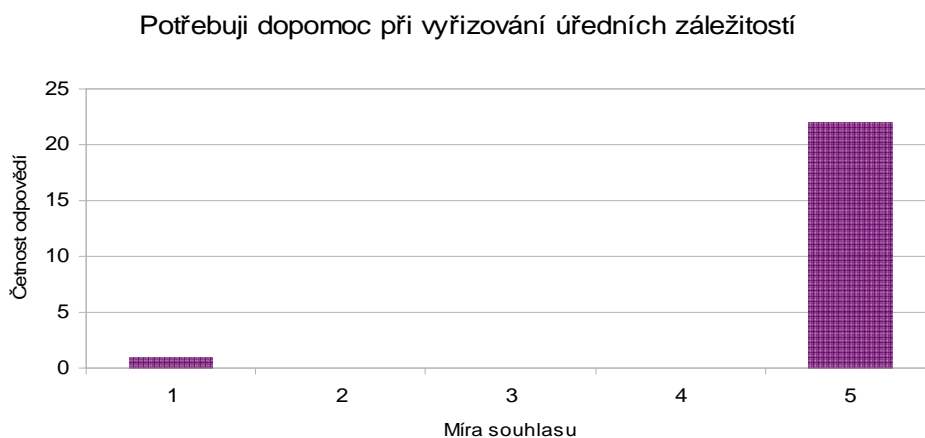
Graf 41: Zhodnocení tvrzení 21

Tvrzení V PÉČI O VLASTNÍ OSOBU JSEM SAMOSTATNÝ je kontrolním pro předchozí tvrzení týkající se sebeobsluhy. Na základě výsledků lze konstatovat, stejně jako u předchozích tvrzení, že míra samostatnosti je individuální a u jednotlivých seniorů se liší.



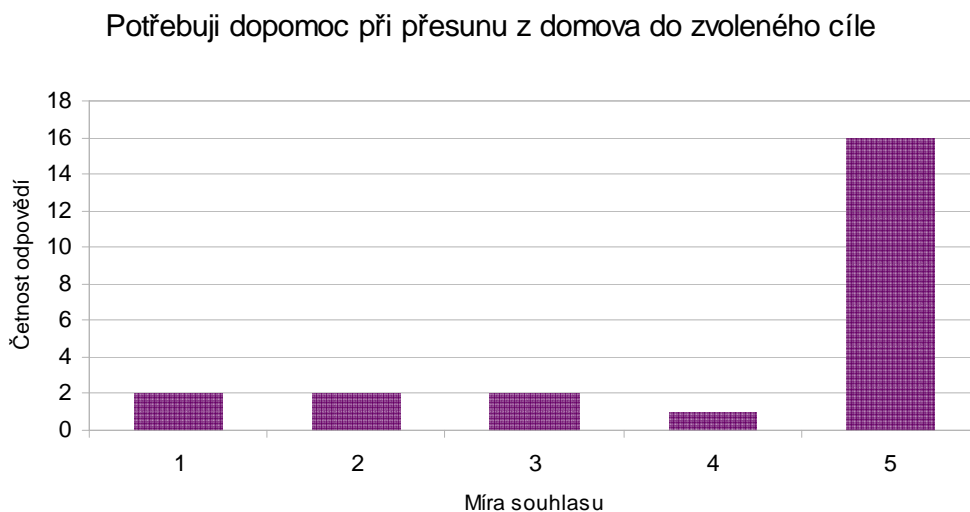
Graf 42: Zhodnocení tvrzení 22

Tvrzení POTŘEBUJI DOPOMOC PŘI VYŘIZOVÁNÍ ÚŘEDNÍCH ZÁLEŽITOSTÍ a jeho zhodnocení jasně ukazuje, že vyřizování úředních záležitostí představuje pro seniory se zrakovým postižením jednu z nejvíce problémových oblastí. Tato oblast je navíc vnímána velmi citlivě a je u některých seniorů, dle jejich vyjádření, jednou z příčin pocitů méněcennosti.



Graf 43: Zhodnocení tvrzení 23

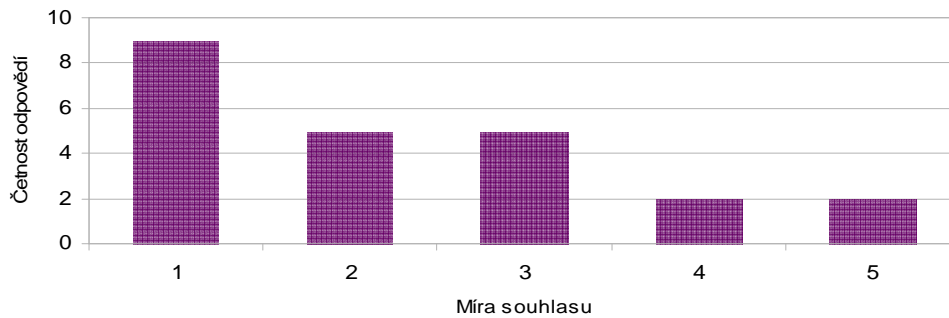
Tvrzení **POTŘEBUJI DOPOMOC PŘI PŘESUNU Z DOMOVA DO ZVOLENÉHO CÍLE** představuje další z nejvíce problémových oblastí, samostatný přesun v terénu je zpravidla vnímán jako nerealizovatelný, a to bez ohledu na případné další zdravotní obtíže. Téměř tři čtvrtiny respondentů vyjádřily s tímto tvrzením maximální souhlas.



Graf 44: Zhodnocení tvrzení 24

Tvrzení **POTŘEBUJI DOPOMOC PŘI VYUŽÍVÁNÍ SPECIÁLNÍCH POMŮCEK** zjišťovalo, jak umí respondenti využívat speciální pomůcky. Většina jich vyjadřuje s tímto tvrzením spíše nesouhlas, který ale v množství případů plyne ze skutečnosti, že tito respondenti žádné pomůcky nevyužívají (i když by byli vhodnými adepty). Obliba speciálních pomůcek je mezi seniory žijícími v zařízení pobytových služeb obecně velmi malá.

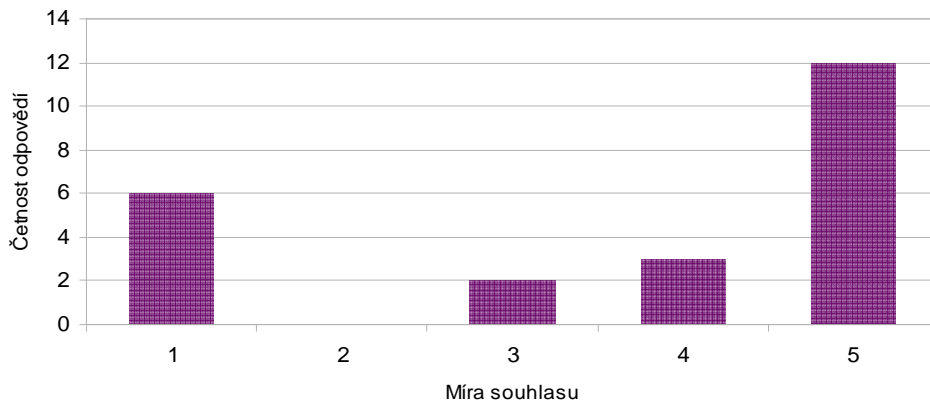
Potřebuji dopomoc při využívání spec. pomůcek



Graf 45: Zhodnocení tvrzení 25

Tvrzení VYUŽÍVÁM ASISTENCI RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ a jeho vyhodnocení ukazuje, že senioři, ačkoliv žijí v zařízení pobytových služeb, asistenci rodinných příslušníků využívají. Mezigenerační solidarita se zde jeví jako vysoká.

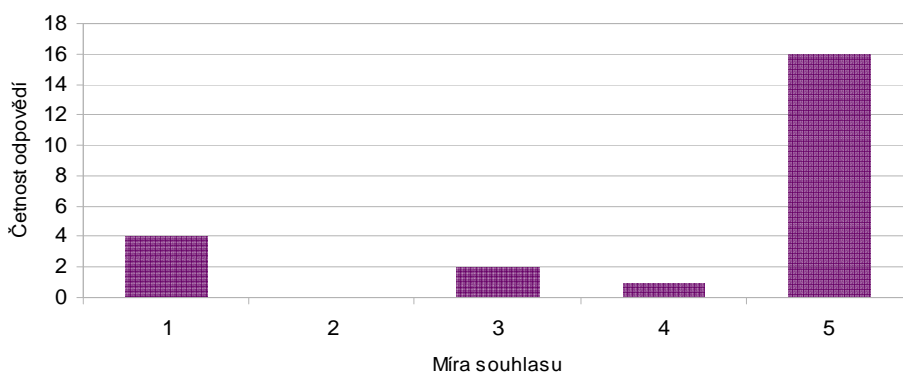
Využívám asistenci rodinných příslušníků



Graf 46: Zhodnocení tvrzení 26

Tvrzení VYUŽÍVÁM PROFESIONÁLNÍ OSOBNÍ ASISTENCI zjišťovalo na druhé straně, do jaké míry využívají senioři se zrakovým postižením profesionální osobní asistenci, nejčastěji poskytovanou zaměstnanci domova. Opět můžeme sledovat vysokou míru souhlasu u většiny respondentů, u poloviny z nich dokonce maximální. Na základě zhodnocení tohoto a předchozího tvrzení lze tedy konstatovat, že senioři se zrakovým postižením ve vysoké míře využívají osobní asistenci.

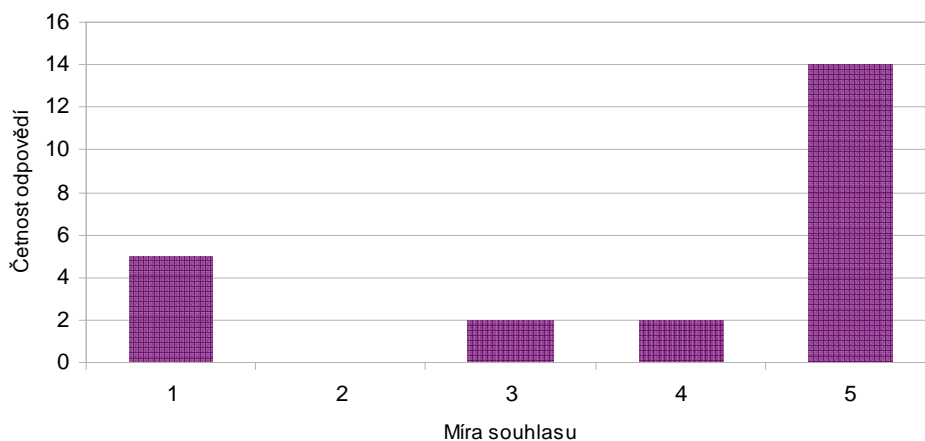
Využívám profesionální osobní asistenci



Graf 47: Zhodnocení tvrzení 27

Tvrzení **POTŘEBUJI DOPOMOC PŘI NÁVŠTĚVĚ LÉKAŘE** a míra souhlasu s ním poukazuje na další problémovou oblast života seniorů se zrakovým postižením. Většina respondentů udávala vysokou míru souhlasu s tímto tvrzením a poukazovala tak na potřebu dopomoci při návštěvě lékaře.

Potřebuji dopomoc při návštěvě lékaře

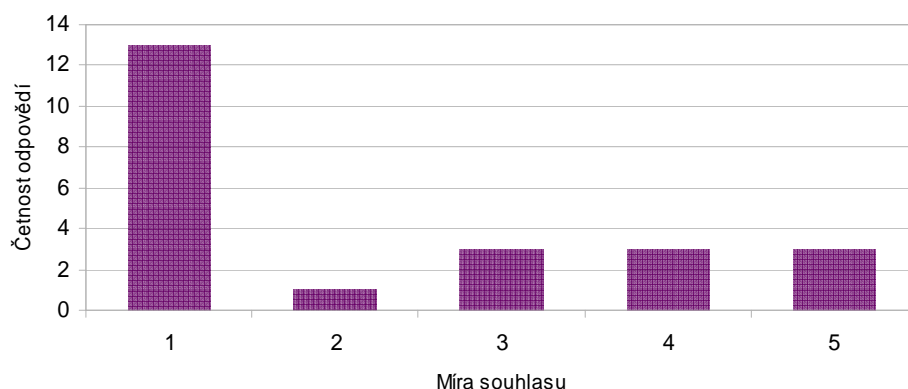


Graf 48: Zhodnocení tvrzení 28

Tvrzení **JSEM SCHOPEN SI SAMOSTATNĚ VYŘÍDIT VEŠKERÉ ZÁLEŽITOSTI MIMO DOMOV** a míra nesouhlasu s ním potvrzuje zjištění realizovaná u předchozích tvrzení. Veškeré záležitosti mimo domov je třeba na základě hodnocení většiny

respondentů vyřizovat s asistencí (návštěva lékaře, úřadu, přátel, nákupy osobních věcí apod.)

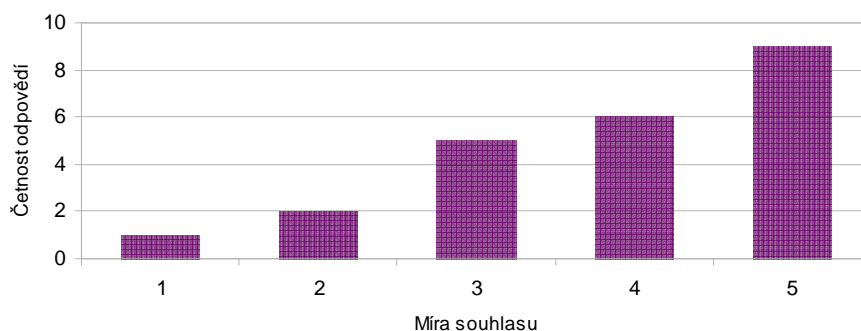
Jsem schopen si samostatně vyřídit veškeré záležitosti mimo domov



Graf 49: Zhodnocení tvrzení 29

Tvrzení PO VZNIKU ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ SE JIŽ NEMOHU VĚNOVAT SVÝM KONÍČKŮM je opět orientováno do oblasti volnočasových aktivit, které v životě seniora hrají po ukončení pracovního života významnou roli. Naprostá většina respondentů udává míru souhlasu střední a vyšší, což vypovídá o skutečnosti, že se senioři se zrakovým postižením po jeho vzniku již nemohou věnovat většině svých koníčků. Jako významný tento problém hodnotili zejména intelektuálně založení senioři (preferující ve volném čase četbu), které neuspokojují rukodělné činnosti, v domovech pro seniory tolik oblíbené.

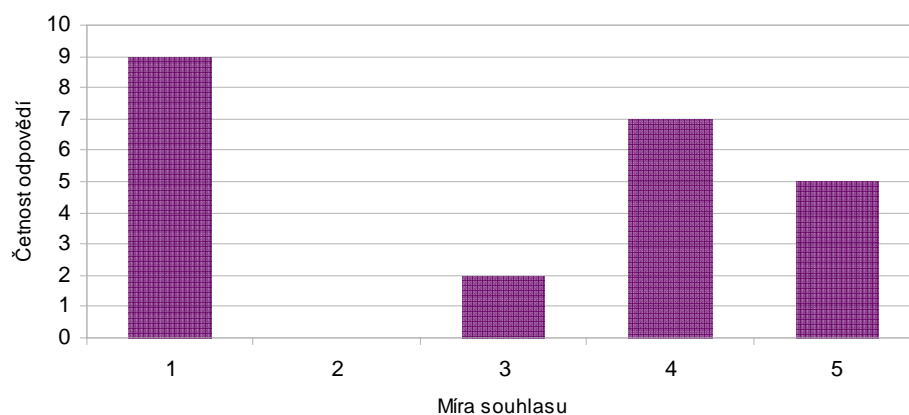
Po vzniku ZP se již nemohu věnovat svým koníčkům



Graf 50: Zhodnocení tvrzení 30

Tvrzení PO VZNIKU ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ UŽ NEMOHU SÁM VYJÍT Z DOMU doplňovalo předchozí, zaměřená na vyřizování návštěv lékaře či úředních záležitostí. Zde nacházíme podobné rozložení odpovědí na obou stranách škály.

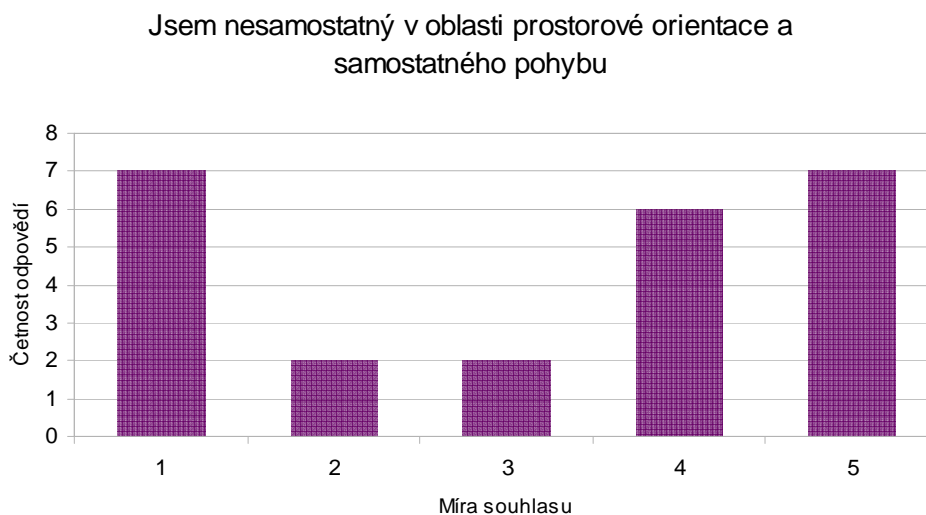
Po vzniku ZP už nemohu sám vyjít z domu



Graf 51: Zhodnocení tvrzení 31

Tvrzení JSEM NESAMOSTATNÝ V OBLASTI PROSTOROVÉ ORIENTACE A SAMOSTATNÉHO POHYBU zjišťovalo, jak respondenti hodnotí svou schopnost prostorové orientace a samostatného pohybu. Většina udává míru souhlasu na stupni

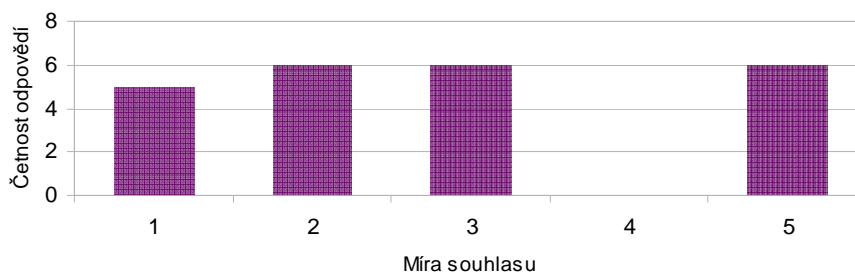
3 a vyšším a tedy poukazuje na skutečnost, že oblast prostorové orientace je další problémovou oblastí života seniorů se zrakovým postižením.



Graf 52: Zhodnocení tvrzení 32

Tvrzení UMÍM POUŽÍVAT SPECIÁLNÍ POMŮCKY PRO OSOBY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM a jeho zhodnocení ukazuje na slabé místo většiny seniorů se zrakovým postižením žijících v zařízení pobytových služeb, kterou je využívání speciálních pomůcek. Většina udává nízkou míru souhlasu na stupni 1–3, a tedy udává, že speciální pomůcky umí využívat minimálně.

Umím používat spec. pomůcky pro osoby se ZP



Graf 53: Zhodnocení tvrzení 33

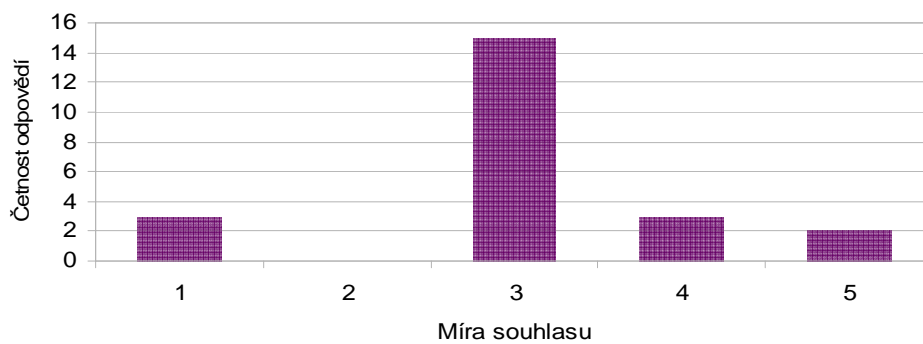
Tvrzení VÍCE PENĚŽ BY MI UMOŽNILO ŽÍT LÉPE je zaměřeno do oblasti finanční situace seniorů se zrakovým postižením. Zde se v míře souhlasu vyskytují velké rozdíly. Hodnocení seniorů v této oblasti je ovlivněno více faktory, mezi něž patří např. výše důchodu, velikost úspor či finanční zajištění dětí (a jejich případná možnost podpory rodičů – seniorů). Senioři s dobrou finanční situací, kterým po zaplacení úhrady za služby v domově pro seniory ještě zbývá finanční rezerva, udávali v komentářích, že více peněz k životu nepotřebují. Senioři, pro které je úhrada za služby problém a po zbytek měsíce žijí takřka bez peněz, by zlepšení své finanční situace uvítali a udávali vysokou míru souhlasu s uvedeným tvrzením.



Graf 54: Zhodnocení tvrzení 34

Tvrzení BYL BYCH SPOKOJENĚJŠÍ, KDYBYCH SE MOHL VÍCE STÝKAT S LIDMI bylo opět zaměřeno na oblast kontaktu se sociálním okolím. Většina respondentů zde udává míru souhlasu na stupni 3, nelze tedy vyvodit konkrétní závěry, potřeba kontaktu s lidmi je u jednotlivých respondentů individuální.

Byl bych spokojenější, kdybych se mohl více stýkat s lidmi.



Graf 55: Zhodnocení tvrzení 35

11.3 Vyhodnocení hypotéz

H1: Osoby seniorského věku se zrakovým postižením vykazují vyšší míru informovanosti o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení.

H₀: Mezi mírou informovanosti seniorů se zrakovým postižením a mírou informovanosti preseniorů a seniorů bez zrakového postižení není statisticky významný rozdíl.

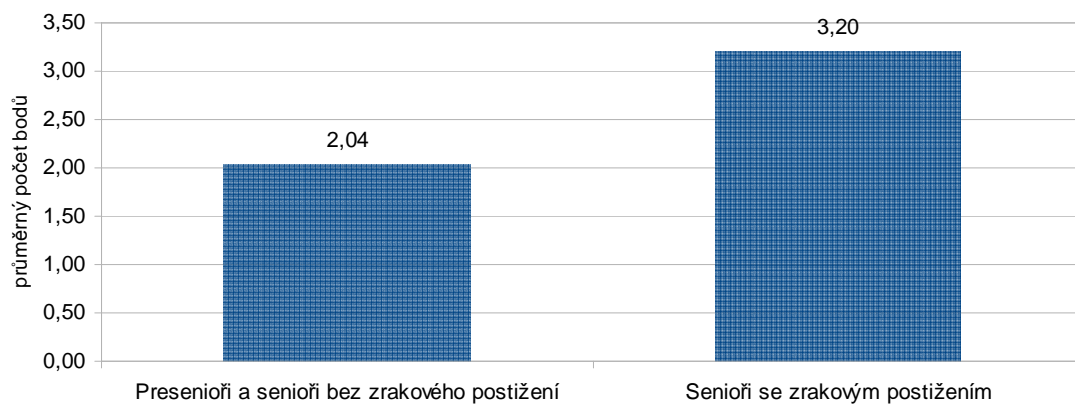
H_A: Mezi mírou informovanosti seniorů se zrakovým postižením a mírou informovanosti preseniorů a seniorů bez zrakového postižení je statisticky významný rozdíl.

Hypotéza je ověřována pomocí neparametrického testu Mann-Whitney U Test. Test aplikujeme na odpovědi (bodové ohodnocení odpovědí) u položek č. 15, 16, 17, 24 a 25 přiloženého dotazníku. Podle zvolené testovací metody existuje mezi sledovanými jevy na zvolené hladině významnosti 0.05 ($p = 0,05$) statisticky významný rozdíl. Proto **přijímáme alternativní hypotézu H_A** a konstatujeme, že osoby seniorského věku se zrakovým postižením vykazují vyšší míru informovanosti o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení.

Tabulka 57: Podklady k hypotéze H1

Skupina respondentů	Průměrný počet bodů
Presenioři a senioři bez zrakového postižení	2,04
Senioři se zrakovým postižením	3,20

Míra informovanosti o problematice zrakového postižení



Graf 56: Podklady k hypotéze H1

H2: Osoby preseniorského a seniorského věku se více věnují obecné prevenci civilizačních nemocí, než specifické prevenci očních onemocnění.

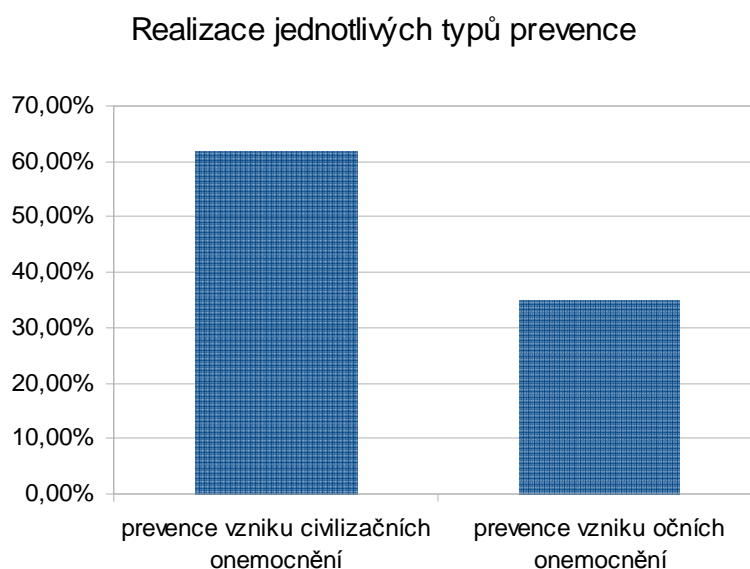
H2₀: Mezi realizací obecné prevence civilizačních nemocí a realizací specifické prevence očních onemocnění není statisticky významný rozdíl.

H2_A: Mezi realizací obecné prevence civilizačních nemocí a realizací specifické prevence očních onemocnění je statisticky významný rozdíl.

Hypotéza je ověřována pomocí neparametrického testu Chi-Square Test. Test aplikujeme na odpovědi položek 5 a 13 přiloženého dotazníku, testovány jsou odpovědi dvou skupin respondentů, preseniůrů a seniůrů bez zrakového postižení. Podle zvolené testovací metody existuje mezi sledovanými jevy na zvolené hladině významnosti 0,05 ($p = 0,05$) statisticky významný rozdíl. Proto **přijímáme alternativní hypotézu H2_A** a konstatujeme, že osoby preseniorského a seniorského věku se více věnují obecné prevenci civilizačních nemocí, než specifické prevenci očních onemocnění.

Tabulka 58: Podklady k hypotéze H2

Realizace prevence	Relativní četnost (%)
Prevence vzniku civilizačních onemocnění	61,83 %
Prevence vzniku očních onemocnění	35,11 %



Graf 57: Podklady k hypotéze H2

H3: Míra informovanosti o problematice zrakového postižení je v preseniorské a seniorské populaci nižší, než míra informovanosti o onemocněních, která mají civilizační charakter.

H3₀: Mezi mírou informovanosti o problematice zrakového postižení a mírou informovanosti o onemocněních, která mají civilizační charakter, není statisticky významný rozdíl.

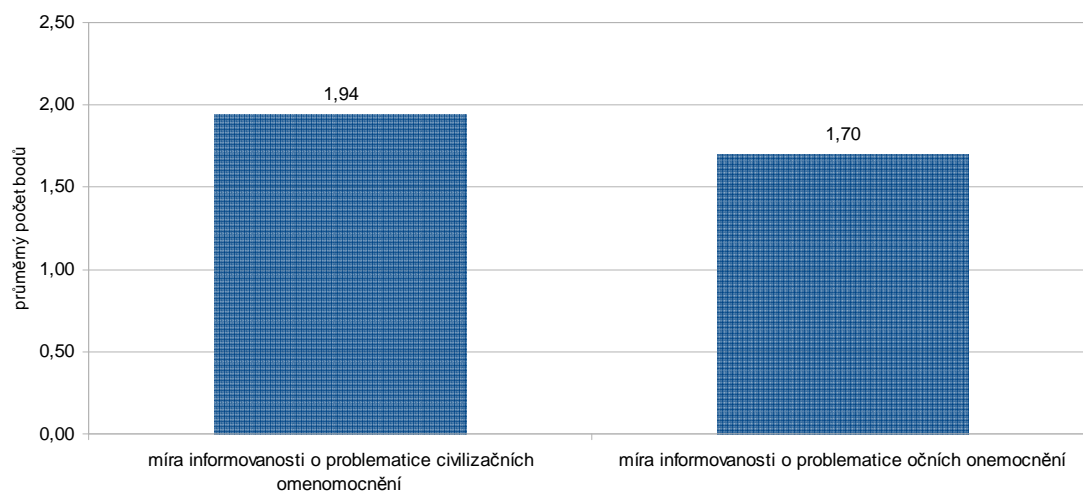
H3_A: Mezi mírou informovanosti o problematice zrakového postižení a mírou informovanosti o onemocněních, která mají civilizační charakter, je statisticky významný rozdíl.

Hypotéza je ověřována pomocí neparametrického testu Mann-Whitney U Test. Test aplikujeme na odpovědi (bodové ohodnocení odpovědí) u položek dotazníku 2 a 3 (ve vztahu k civilizačním chorobám) a položek 15, 16, a 17 (ve vztahu k očním onemocněním). Testovány byly všechny skupiny respondentů. Podle zvolené testovací metody neexistuje mezi sledovanými jevy na zvolené hladině významnosti 0,05 ($p = 0,05$) statisticky významný rozdíl. Proto **přijímáme nulovou hypotézu H3₀.**

Tabulka 59: Podklady k hypotéze H3

Oblast informovanosti	Průměrný počet bodů
Problematika civilizačních onemocnění	1,94
Problematika očních onemocnění	1,70

Míra informovanosti o problematice civilizačních onemocnění
a očních onemocnění



Graf 58: Podklady k hypotéze H3

H4: Osoby seniorského věku se zrakovým postižením jsou schopny lépe specifikovat ideální způsob informování o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení.

H4₀: Mezi osobami se zrakovým postižením a bez zrakového postižení není z hlediska schopnosti specifikovat ideální způsob informování statisticky významný rozdíl.

H4_A: Mezi osobami se zrakovým postižením a bez zrakového postižení je z hlediska schopnosti specifikovat ideální způsob informování statisticky významný rozdíl.

Hypotézu ověřujeme pomocí neparametrického testu Mann-Whitney U Test. Test aplikujeme na odpovědi u položek 26 a 27 dotazníku. Podle zvolené testovací metody existuje mezi sledovanými na zvolené hladině významnosti 0,05 ($p = 0,05$) statisticky významný rozdíl. Proto **přijímáme alternativní hypotézu H4_A** a konstatujeme, že osoby seniorského věku se zrakovým postižením jsou schopny lépe specifikovat ideální způsob informování o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení.

Tabulka 60: Podklady k hypotéze H4

Skupina respondentů	Průměrný počet bodů
Presenioři a senioři bez ZP	2,58
Senioři s postižením	2,92



Graf 59: Podklady k hypotéze H4

H5: Osoby preseniorského a seniorského věku získávají více informací o zkoumané problematice z médií než přímo od lékaře.

H5₀ : Mezi množstvím informací z médií a množstvím informací přímo od lékaře není statisticky významný rozdíl.

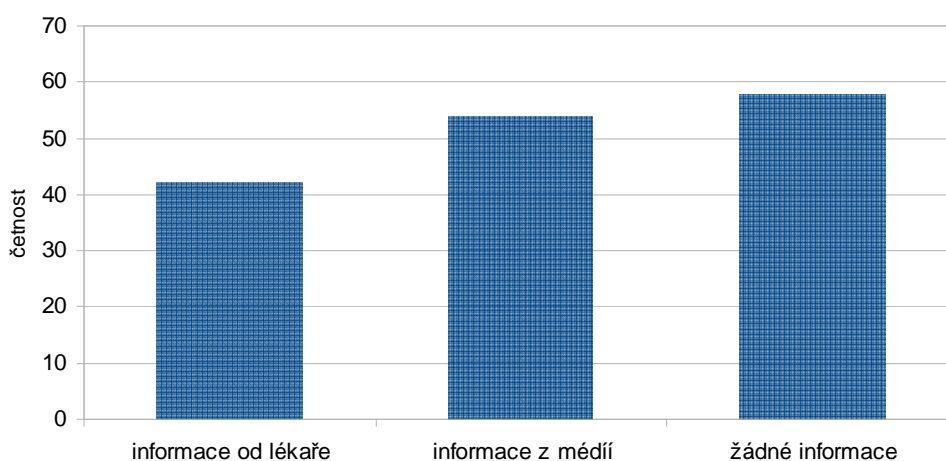
H5_A: Mezi množstvím informací z médií a množstvím informací přímo od lékaře je statisticky významný rozdíl.

Hypotéza je ověřována pomocí neparametrického testu Chi-Square Test. Test aplikujeme na odpovědi položky 18 přiloženého dotazníku, testovány jsou odpovědi všech skupin respondentů. Podle zvolené testovací metody neexistuje mezi sledovanými jevy na zvolené hladině významnosti 0,05 ($p = 0,05$) statisticky významný rozdíl. Proto **přijímáme nulovou hypotézu H5₀**.

Tabulka 61: Podklady k hypotéze H5

Zdroj získávání informací	Četnost
Informace od lékaře	42
Informace z médií	54
Žádné informace	58

Původ informací o zkoumané problematice



Graf 60: Podklady k hypotéze H5

11. 4 Případové studie

V následující podkapitole nejprve uvádíme dvě případové studie. V každé z nich je prezentován senior se zrakovým postižením, v první senior žijící v zařízení pobytových služeb, ve druhé senior žijící v domácím prostředí. Cílem je porovnat oba sledované jedince ve zvolených oblastech, kterými jsou sebeobsluha, prostorová orientace a samostatný pohyb, využívání speciálních pomůcek a kontakt se společenským prostředím.

Případová studie A

Panu A je 83 let a žije v domově pro seniory v malém městě v pohraničí, v domově s velmi příjemnou atmosférou. Obývá jednolůžkový pokoj o velikosti menší garsoniéry. Naše rozhovory byly realizovány vždy v soukromí jeho pokoje, který má zařízen sice stroze, ale účelně. Na prosbu o zapojení do výzkumu reagoval ochotně, jen nemohl pochopit, stejně jako většina ostatních seniorů, že informace od „starého člověka“ by ještě mohly být k něčemu dobré. Komunikace s ním byla zcela bezproblémová, všem otázkách rozuměl v jejich původní podobě, bez potřeby modifikace, či dodatečného objasňování. Stejně tak jeho reakce byly pohotové, smysluplné a srozumitelné.

Pan A trpí suchou formou věkem podmíněné makulární degenerace (VPMD) s jejími typickými symptomy a progresí. První obtíže, jimiž bylo zvlnění linií a rozmlžené vidění, byly zaznamenány v roce 2002, a po návštěvě oftalmologa pak byla diagnostikována právě VPMD. V době před diagnostikováním VPMD pan A žádné oftalmologické problémy neuvádí, pouze cca od 50 let věku byla nutná korekce presbyopie. O VPMD pan A do té doby nikdy neslyšel, zrakovou hygienu ani žádná samovyšetření nikdy nerealizoval. Aktuálně jsou zrakové funkce subjektivně hodnoceny jako dostačující pro samostatný pohyb v důvěrně známých prostorách domova pro seniory a jeho bezprostředním okolí. Detailní práce na blízko (čtení textu apod.) je možná pouze s využitím optických pomůcek a na velmi krátkou dobu. Rušivě působí výrazně zvlněná vertikální linie ve středním pásmu zorného pole a pocit vidění v mlze.

Při snaze o zrakovou práci přichází téměř okamžitá únava jak oční, tak celková. Pan A je proto schopen pracovat s textem jen několik málo minut a v nezbytných případech (pročtení jídelníčku, přečtení pohlednice apod.). Práci s textem se spíše vyhýbá.

Na období krátce po sdělení diagnózy vzpomíná jako na náročné a velmi stresující. Existence onemocnění, které povede ke ztrátě zraku, byl pro něj šok spojený s úvahami o dalším smyslu jeho života („radši nebyt než nevidět“). Ze strany svého okolí, zejména sousedů v domě, nezaznamenal žádnou nepatřičnou lítost, pouze nabídky pomoci v případě potřeby. Nemá pocit, že by ho existence zrakového postižení posunula někam dál nebo mu otevřela nové možnosti a opakovaně zdůrazňuje, že „by to nikomu nepřál“. Od doby existence zrakového postižení se cítí více zranitelný, má strach, že někde upadne, narazí, že si způsobí nějaké zranění, které ho imobilizuje a celkově tak ještě více sníží jeho samostatnost a soběstačnost. Snaží se být na sebe co nejvíce opatrný.

Pan A využívá dvě speciální pomůcky, a to kapesní příložní kamerovou lupu (Optelec) a filtrové brýle v oranžovém odstínu. Obě tyto pomůcky byly vybrány na základě konzultace s pracovníky Tyfloservisu, na něž dostal kontakt od ošetřující oftalmoložky. S pomůckami je velmi spokojen, umí je správně využívat a uvádí, že bez nich by si již život nedovedl představit. Zároveň ale vyslovuje obavu z toho, že jednou nastane chvíle, kdy již nebude zraková práce možná ani s využitím pomůcek. O pořízení dalších pomůcek, o výuce chůze s bílou holí ani dalších kurzech zatím neuvažuje, ale ví, že se v této věci může na pracovníky Tyfloservisu obrátit, změní-li své rozhodnutí. Z technických pomůcek pan A dále využívá mobilní telefon, ten ale není nijak speciálně upraven, jedná se o běžný typ. Uvádí, že samostatně hovory pouze přijímá, odeslání hovoru hodnotí jako velmi náročné s nejistým výsledkem. Vzhledem k tomu, že informace jsou aktuálně přijímány převážně sluchovou cestou, využívá pan A také výkonná sluchátka, zejména při poslechu rádia, či televize. Uvádí, že hlasitým poslechem by rušil ostatní obyvatele a potichý poslech by zase neuspokojoval jeho, protože by dobře neslyšel. Sluchátka tedy hodnotí jako ideální pomůcku pro seniory obecně a nechápe, proč ostatní senioři tuto pomůcku často odmítají.

V domově pro seniory žije pan A již sedmým rokem, pobírá příspěvek na péči ve výši 4000 Kč (II. stupeň závislosti). Svůj přesun do zařízení pobytových služeb považuje vzhledem ke snížené samostatnosti za jediné možné řešení, k tomuto rozhodnutí dospěl

pět let po diagnostikování oftalmologického onemocnění. V případě, že by jeho zrakové funkce byly v normě, býval by setrval v domácím prostředí, svou celkovou kondici hodnotí jako dostačující pro samostatný život v bytě v menším městě, odkud pochází (nepochází ze stejného města, ve kterém se nachází domov pro seniory). Na základě našeho pohledu a informací pracovníků zařízení by v jeho případě byl samostatný život za normálních okolností s největší pravděpodobností skutečně možný.

Zdravotní stav pana A je vzhledem k jeho věku velmi dobrý, jediná významná věc kterou uvádí v lékařské anamnéze je voperování kardiostimulátoru před několika lety, po němž je bez obtíží. Pan A je plně mobilní a kromě zrakových obtíží žádné jiné subjektivně významné neuvádí. Převážně se cítí dobře a fyzické změny související s věkem (bolest kloubů, snížení výkonnosti apod.) bere jakou přirozenou součást života. Pro zvýšení jistoty používá při delší chůzi vycházkovou hůl. Přítomná presbyakúzie je řešena sluchadlem, se kterým je pan A, na rozdíl od většiny ostatních oslovených seniorů, velmi spokojen, umí jej regulovat v závislosti na aktuální potřebě. Nechápe, proč ostatní senioři sluchadla neradi využívají, „stačí s tím umět“, dodává na vysvětlenou.

Pan A prožil velmi aktivní život. Jakožto dítě ze smíšeného manželství (matka češka, otec němec) byl znevýhodněn zejména v době nuceného odsunu německého obyvatelstva z příhraničních oblastí, který se ho ale nakonec, díky matčině české národnosti, netýkal. Většina jeho příbuzných ale byla nucena z Čech odejít, proto po zbytek života trpěl jistým osamocením, které vnímá nejintenzivněji právě nyní, v období stáří. Jediný člen rodiny, který dosud žije a se kterým je v pravidelném kontaktu, je jeho o devět let mladší bratr. V tehdejší zmatené době odsunu německého obyvatelstva nedokončil ani základní školu, vzdělání si již během svého života nikdy nerozšiřoval, nebylo třeba. Pracoval vždy manuálně, dlouhou dobu ve dřevovýrobě, následně jako údržbář. Velkým koníčkem a možností přivýdělku byla pro pana A vždy hudba, „muzicírování s kapelou“, jak on sám říká. Býval členem kapely, hrál na bicí nástroje a s kamarády jezdil po horských hotelích. Tato aktivita mu nyní velmi chybí, často ji zmiňuje, na zdi visí několik fotografií z jejich koncertů.

Celý život prožil s jednou ženou, se kterou měl jednoho syna. Syn, který nedávno, ve věku 57 let, zemřel, měl mentální postižení a bydlel vždy v domácím prostředí, v péči

rodičů. Dokud byla jeho manželka naživu, bylo vše v pořádku, společná péče o syna i domácnost byla harmonická. Manželka ovšem před cca 15 lety onemocněla rakovinou děložního čípku a velmi brzy po sdělení diagnózy zemřela. To hodnotí pan A jako nejtěžší období a ztrátu svého života a uvádí, že jej v té době posilovalo zejména vědomí, že se musí postarat o syna. Období po smrti manželky bylo spojeno se stěhováním z rodinného domu v podhorské vesnici do bytu v příhraničním městě. Práce okolo domu již začala být pro pana A časem náročná, a to zejména v souvislosti s úbytkem sil a také počínajícími zrakovými obtížemi. Celých sedm let se sám staral o syna i domácnost, nicméně stále více ho stresovala představa, kam půjde syn, pokud se on o něho ze zdravotních důvodů již nebude moci postarat, nebo pokud náhle zemře. Postupně došel k rozhodnutí, že nejrozumnější bude najít pro syna vhodné zařízení pobytových služeb v blízkém okolí, kde bude o něho postaráno a kde ho bude moci navštěvovat. Našel pro něj místo v domově pro seniory, kam zanedlouho poté, v závislosti na progresi očního onemocnění, odešel bydlet také. Nějakou dobu, do synovy smrti, tak sdíleli společný pokoj. Po synově smrti se pan A odstěhoval do jednolůžkového pokoje, ve kterém aktuálně bydlí. V domově pro seniory jej nejčastěji navštěvuje jediný žijící příbuzný, o devět let mladší bratr. Ten mu také povětšinou poskytuje asistenci při vyřizování záležitostí mimo domov. Jiné návštěvy pan A nemívá.

Kontakt s okolím je u pana A velmi omezen. Přímo v domově nemá v podstatě žádné přátele. Uvádí, že je obklopen převážně ženami a když už se najde nějaký mužský vrstevník, zpravidla je ve velmi špatné fyzické a zejména pak psychické kondici, že není pro pana A vhodným partnerem pro rovnocenný a konstruktivní přátelský vztah. Přátele – muže tedy žádné nemá, ačkoliv by velmi rád zašel třeba posedět a popovídat do hospůdky, kam zná cestu, nebo si zahrál šachy či kuželky. Sám vyráží pouze do bezprostředního okolí domova, kde je schopen se pohybovat samostatně, bez hole či průvodce (domov se nachází na velmi klidném místě). Snaží se realizovat alespoň jednu krátkou procházku denně, aby se udržel v kondici. Pohybové a sportovní aktivity nabízené přímo v domově hodnotí spíše s despektem, vadí mu, že jsou uzpůsobené převážně pro imobilní obyvatele a člověka v jeho kondici spíše demotivují. Účastní se jich ale ze slušnosti a s vidinou zpestření všedního dne a možnosti sociální interakce, ať už s některými obyvateli, nebo přímo s pracovníky domova. K vyřizování veškerých záležitostí mimo domov již potřebuje doprovod, ačkoliv ještě donedávna byl schopen např. lékaře na známém místě navštívit sám. Doprovod mu nejčastěji dělá jeho bratr,

který vlastní automobil, takže jej může, např. k očnímu lékaři, dovézt i na delší vzdálenost. Také mu doveze, co je třeba a co si pan A nemůže koupit v místě svého aktuálního bydliště.

Co se týče otázky nutné dopomoci, nyní v domově pro seniory je relativně samostatný, ovšem s tím, že veškeré úkony péče o domácnost zajišťují pracovníci domova. Právě snížená schopnost vykonávat běžné denní činnosti a úkony spojené se samostatným životem ve vlastní domácnosti (nákupy, vaření, praní, žehlení, úklid) byly důvodem pro přesun do domova. V oblasti osobní hygieny a pohybu ve známém prostředí je pan A prozatím samostatný, nicméně počítá s tím, že spolu s progresí očního onemocnění a postupným úbytkem sil se jeho samostatnost bude i v těchto oblastech snižovat. Velké omezení pociťuje pan A v oblasti získávání informací. Dříve hodně pracoval s textem, pročítal knihy, noviny, časopisy, sledoval dění ve světě, chodil mezi lidi, a diskutoval o aktuálních společenských problémech. Dnes je práce s textem možná pouze velmi omezené míře a kontakt se sociálním omezením je taktéž omezen. Jedinou možností získávání informací tak zůstává poslech rádia a televize.

Volný čas tráví pan A aktuálně nejčastěji poslechem rádia či televize. Rád si také popovídá, ale, jak uvádíme výše, nemá moc s kým. Občas se také zúčastňuje organizovaných aktivit v domově, asi nejvíce jej baví trénování paměti, zde ale opět uvádí, že úkoly a cvičení bývají velmi snadné, takže z jejich vyřešení nemívá velké uspokojení. Svůj čas vyplňuje také procházkami. Jinak moc příležitostí k trávení času nemá a často se zamýšlí nad tím, jaký smysl má jeho existence a existence ostatních seniorů, kteří mají podobný problém nebo již nejsou v dobré kondici. Převážně je ale i přes tyto úvahy v relativně dobré náladě, snaží se i za ztížených podmínek žít důstojně. Personál domova jej hodnotí jako gentlemana, který je navíc vždy dobře a čistě oblečen a upraven, což byl i v době našeho setkání.

Když se bavíme o tom, co by se muselo změnit, aby se mu se zrakovým postižením žilo lépe, uvádí, že lépe by se rozhodně cítil doma, i když pobytové služby hodnotí jako bezchybné. Ví, že doma by se o něho neměl kdo postarat, proto aktuální řešení hodnotí jako nejlepší možné. Jiné nápady na zlepšení své situace nemá, snad jen více volnočasových aktivit, které by byly uzpůsobené pro jedince se zrakovým postižením. Svou finanční situaci hodnotí jako uspokojivou, i když připouští, že více peněz by mu

umožnilo žít komfortněji. Užil by je zejména v oblasti stravování, kde jisté rezervy ze strany domova spatřuje, a to zejména ve skladbě stravy a v nedostatku ovoce, zeleniny a mléčných výrobků, hlavně jogurtů. Doplnil by je proto z vlastních zdrojů, kdyby mu to jeho finanční situace umožňovala. Tento fakt ovšem zmiňují bez výjimky všichni oslovení senioři.

Případová studie B

Panu B je 68 let a žije v domácím prostředí, v bytě na sídlišti ve středně velkém městě. Byt obývá se svou manželkou. Naše rozhovory probíhaly v prostředí klidné kavárny nedaleko jeho bydliště, protože v bytě se kromě manželky nacházela také vnoučata, díky nimž by nebyl zajištěn dostatečný klid. S rozhovorem souhlasí pan B ochotně, je velmi komunikativní, rozhovor pro výzkumné účely již poskytoval, je uživatelem služeb TyfloCentra, které je často oslovováno ve věci spolupráce na výzkumu v rámci kvalifikačních prací. Mým otázkám dobře rozumí, sám rozvádí své odpovědi, chápe, že informace pocházející od něho, jakožto od osoby se zrakovým postižením, mohou napomoci zlepšení situace v oblasti poskytování podpory lidem se zrakovým postižením. Je pěkně, moderně oblečen a upraven a o svém postižení hovoří s klidem, dokonce i nadsázkou, bez známek lítosti či rozrušení.

Pan B trpí suchou formou věkem podmíněné makulární degenerace (VPMD) s jejími typickými symptomy a progresí. První výraznější obtíže se zrakem v podobě zhoršeného, zamlženého vidění, začal pociťovat ve věku zhruba 60 let. Jisté, blíže nespécifikované, problémy se zrakem provázely pana B po celý život, ale nikdy nebyly takového rázu, aby nabyly podstaty zrakového postižení a měly zásadní funkční důsledky. K této změně došlo až přibližně ve věku 65 let. O VPMD pan B nikdy dříve neslyšel, samovyšetření nerealizoval. Aktuálně jsou zrakové funkce sníženy na úroveň praktické nevidomosti (počítání prstů před okem, rozlišení obrysu postavy), nedostatečné pro práci s tištěným textem či orientaci v neznámém prostředí. Veškerou zrakovou práci tedy realizuje s využitím pomůcek na bázi hmatového či zvukového výstupu, venku se pohybuje pouze po známých trasách.

Po sdělení diagnózy byl v šoku. Během života, díky tomu, že lehké problémy se zrakem měl, se připravoval na to, že možná ve stáří uvidí hůř, ale v žádném případě nepočítal s tím, že se stane prakticky nevidomým. Se situací se ale poměrně rychle vyrovnal ve chvíli, kdy zjistil, že za použití správných pomůcek, postupů a metod vykonávání běžných denních činností lze situaci zvládnout a žít poměrně kvalitní život. Ze strany svého nejbližšího okolí, rodiny a přátel, pocítoval v té době velkou podporu a snahu o jeho setrvání v běžném životě, o zapojení do společných aktivit. Vzhledem k tomu, že již byl v té době ve starobním důchodu, nemusel řešit případnou změnu zaměstnání či úpravy na stávajícím pracovišti. S nepatřičnou lítostí, nebo z jeho pohledu nepříjemnými postoji lidí ve svém okolí, se nesetkal. Hodnotí je spíše opačně, jako podpůrné. Zcela pozitivně vnímá, a v pohodě zvládá i nevyžádanou pomoc lidí na ulici, ví, že je potřeba veřejnost motivovat k pomoci. Převážně pomoc přijímá, když ji odmítá, dělá to s úsměvem a prosbou, aby dotyčný neztrácel chuť pomoci, že může nastat situace, kdy to bude skutečně potřeba a pak jeho pomoc velmi ocení.

Pan B využívá několik kompenzačních pomůcek. S výběrem i zácvikem mu byli nápomocni pracovníci Tyfloservisu a TyfloCentra, kteří ho i nadále informují o novinkách a možnostech v této oblasti. Základní pomůckou je orientační bílá hůl, kterou používá při samostatném pohybu v terénu (na známých trasách v okolí svého bydliště – kavárna, hospůdka, praktický lékař, zastávka autobusu apod.). Pro práci s textem užívá počítač s odečítačem obrazovky, pro práci s tištěnou předlohou pak počítačovou sestavu, jejíž součástí je skener a OCR program FineReader. Braillovo písmo se začal učit, ale jeho výuku zhodnotil vzhledem k pokroku v technice jako zbytečnou a soustředil se na zdokonalení práce s počítačem. Dále využívá mobilní klávesnicový (tlačítkový) telefon s hlasovým výstupem, a s lítostí mě upozorňuje na známou skutečnost, že v současné době jsou pro uživatele se zrakovým postižením k dispozici již pouze telefony dotykové, které neshledává ideálními. Z pomůcek pro domácnost vlastní indikátor hladiny a světla, ale uvádí, že na základě zkušeností je pro něj již rychlejší řídit se při nalévání tekutiny sluchem a proto indikátor příliš nepoužívá. Své pomůcky pan B využívá bez problémů a samostatně, jejich nabídku hodnotí jako dostačující a uvádí, že technický pokrok mu připadá neuvěřitelný a že je vlastně rád, že nevidomým v dnešní době, když je možné ztrátu zraku poměrně dobře kompenzovat. Pomůcky považuje za samozřejmou součást svého života.

Pan B žije v domácím prostředí, pobírá starobní důchod a také příspěvek na péči ve výši 4000 Kč (II. stupeň závislosti). Aktuálně využívá služeb TyfloCentra, kam dochází a účastní se akcí a aktivit, které ho zajímají. Má zde přátele, se kterými může sdílet případné problémy plynoucí ze zrakového postižení. Dříve, v době výraznějšího zhoršení zrakových funkcí a nutnosti adaptace na novou životní situaci života se zrakovým postižením, intenzivně využíval také služeb Tyfloservisu, kterým byl kontaktován. Zde se konkrétně jednalo o výuku prostorové orientace a samostatného pohybu, výuku psaní na klávesnici počítače deseti prsty a výuku některých prvků sebeobsluhy. V TyfloCentru pak proběhl zácvik práce se speciální výpočetní technikou. Nabídku služeb hodnotí pan B jako zcela dostatečnou, i pro aktivního člověka, za něhož se sám považuje. Nenapadá jej, co více by mohl ještě potřebovat. Kladně hodnotí také lidský přístup a profesionalitu pracovníků těchto organizací a je patrné, že na čas strávený s nimi vzpomíná rád. Přiznává ale zároveň, že k výuce nových dovedností ho museli pracovníci zpočátku spíše přemlouvat, nedokázal si představit, jak by mu mohly být prospěšné. Nyní už by neváhal.

Zdravotní stav pana B je velmi dobrý, je ve výborné kondici, která mu umožňuje samostatný pohyb v okolí bydliště i účast na nabízených akcích. Neuvádí žádné zdravotní problémy, které by jej v životě jakkoliv omezovaly.

Pan B byl po celý svůj život aktivní, v čemž pokračuje i v seniorském věku, vždy rád trávil čas v přírodě a věnoval se kinologii. Práce se psy je snad jediným koníčkem, který považuje po vzniku zrakového postižení za již nerealizovatelný. Všechny ostatní, byť v upravené formě nebo s využitím speciálních pomůcek, realizuje dál (čtení, styk s přáteli, chataření, turistika). Vystudoval střední průmyslovou školu a v oboru zůstal i po jejím dokončení. Nejprve zpracovával výkresy a projektové dokumentace, později působil v administrativě. Aktuálně je ženatý, s manželkou žije v bytě na menším sídlišti v docházkové vzdálenosti do centra města. Má dvě vnoučata, která s manželkou často hlídají, on se s nimi z důvodu bezpečnosti ale bojí zůstat sám, o péči se tedy dělí se ženou. V bytě nemá pan B provedeny žádné úpravy vzhledem ke svému zrakovému postižení, orientuje se dobře jak v prostoru jako takovém, tak v osobních věcech. Ví přesně, kam se co ukládá, úložný prostor ve skříních má rozdělený na jednotlivé sektory, ve kterých se nachází oblečení různých barev nebo předměty a pomůcky pro

různé činnosti. Oblečení si pořizuje převážně takové, aby se od sebe lišilo hmatově (materiálem, aplikacemi apod.), ví pak přesně, jaký kus drží v ruce.

Běžné denní činnosti zvládá pan B bez problémů, je schopen zastat i úklid (vytírání, luxování), i když běžně nemusí, protože kompletní péče o domácnost je zajišťována manželkou. Pan B obstarává i menší nákupy v nedaleké pultové prodejně. Má už ale promyšleno, jak by se zařídil, kdyby bylo potřeba realizovat větší nákup v samoobsluze, kde se sám orientovat nedokáže. Ví, že v prodejnách Billa dobře funguje asistenční servis pro zákazníky se zrakovým postižením, proto by v případě nutnosti realizoval nákup po dohodě právě tam. Co se týče kontaktu se společenským okolím, pan B jej hodnotí jako zcela dostatečný. Trasy k nejbližším přátelům zvládá po zácviku sám, pokud si trasou ke konkrétnímu člověku není jistý, raději ho pozve k sobě. V případě návštěvy lékaře je samostatný pokud jde o praktického lékaře, kterého navštěvuje nejčastěji. Pakliže se chystá k jinému specialistovi do neznámého místa, doprovází ho manželka. Doprovod je nezbytný také při vyřizování úředních záležitostí, které bez doprovodu a asistence považuje za nerealizovatelné. Teprve při našich rozhovorech si uvědomuje, že častokrát vlastně vůbec neví, co podepisuje, např. když přebírá něco od poštovní doručovatelky nebo v rychlosti podepíše něco v bance či na úřadě. Tuto skutečnost následně hodnotí jako omezující.

V oblasti získávání informací se necítí pan B nijak zvlášť omezen. Před vznikem zrakového postižení převažovala četba tištěného textu, nyní dominuje poslech rádia a televize. Televizi obecně sleduje rád, i když mu chybí vizuální kontrola. Pokud je to nezbytné, pracuje prostřednictvím počítače se speciálním software a hardware i s tištěnými předlohami. Nejčastěji se jedná o úřední a jiné dopisy a dokumenty, návody k obsluze či příbalové letáky léků. Počítač, který využívá, zatím není připojen do internetu, tento stav ale hodnotí pan B jako neúnosný pro člověka, který chce obstát v dnešním světě. V nejbližší době proto uvažuje o tom, že si připojení k internetu také zřídí.

Aktuálně, po vzniku zrakového postižení, se pan B celkově necítí hůře. Po konzultaci s odborníky ví, že pro kompenzaci zrakového deficitu dělá maximum a toto „objektivní maximum“ je i pro něj subjektivně vyhovující. V některých ohledech má pocit, že ho jeho postižení skutečně posunulo dál, motivovalo ho k osvojení mnoha nových

dovedností, ke kterému by za normálních okolností pravděpodobně nedošlo. Vždy ho potěší, když se naučí nějakou novou dovednost, která mu pomůže lépe zvládat běžné denní činnosti a která podpoří jeho samostatnost.

Subjektivně hůře je ze strany pana B hodnocen pocit bezpečí. Od doby vzniku zrakového postižení se cítí být více zranitelný při běžných denních činnostech, pociťuje zvýšený strach z pořezání, popálení či úrazu při pohybu v terénu. Při pohybu venku je na sebe opatrný, uvádí např., že by nikdy nepřešel silnici mimo přechod pro chodce, i když si je po sluchové kontrole prakticky jistý, že žádné auto nejede. Oproti tomu žádné obavy, že by se mohl stát obětí trestného činu, nemá.

Když se bavíme o tom, co by se muselo změnit, aby se mu se zrakovým postižením žilo lépe, ujišťuje mě, že je aktuálně spokojen. Jeho finanční situace je uspokojivá, zdravotně se cítí velmi dobře, nabídka služeb pro osoby se zrakovým postižením je pro něj zajímavá a dostačující, má pocit, že žije aktivní a plnohodnotný život.

11.4.1 Porovnání sledovaných oblastí

Sebeobsluha

V oblasti sebeobsluhy je možno popsat některé rozdíly, zároveň je ale třeba konstatovat, že oblast sebeobsluhy není tou, ve které by sledované rozdíly byly nejvýznamnější. Na informanta žijícího v zařízení pobytových služeb je kladen menší nárok, co do množství samostatně vykonávaných aktivit. Není tak ničím motivován k tomu, aby se účastnil úklidu, přípravy stravy či péče o své šatstvo (praní, žehlení). V tomto směru je mu poskytován ze strany domova servis, který si také hradí. Jeho samostatnost není cíleně posilována, neočekává se od něj, nízká míra samostatnosti a soběstačnosti je v domově normální. Pokud o to požádá, je mu poskytována také asistence při výkonu osobní hygieny. Současně je ale nutné uvést, že právě snížená schopnost sebeobsluhy byla pro něho jedním z hlavních důvodů přesunu z domácího prostředí do prostředí pobytových služeb. Oproti tomu informant žijící v domácím prostředí, ačkoliv má podporu rodinných příslušníků, je silně motivován k tomu, aby míra jeho samostatnosti a soběstačnosti byla co nejvyšší. Jednak nechce být závislý na svém okolí, a jednak ví,

že jeho okolí ho hodnotí mimo jiné také podle toho, jak je schopen se o sebe postarat, obstat v dnešním světě. Jako člověk, který potřebuje všestrannou péči, by mezi své přátele a známé nezapadal.

Prostorová orientace a samostatný pohyb

V oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu jsou mezi informanty významné rozdíly. Informant A, žijící v domově pro seniory, neprošel výukou prostorové orientace, nepoužívá bílou hůl (případně jiné pomůcky) a neřídí se zásadami a doporučeními pro bezpečný pohyb osob se zrakovým postižením (nezná např. bezpečnostní držení, techniku trailingu apod.), ačkoliv jej v prostorách domova a jeho bezprostředním okolí realizuje. Dodržování těchto zásad by přinejmenším objektivně i subjektivně zvýšilo jeho bezpečnost při pohybu, která ho velmi trápí. Svou subjektivní jistotu při pohybu zvyšuje užíváním vycházkové hole, která ale pro udržení stability jako takové nemá funkční význam. Ten je v tomto případě spíše psychologický. Prostředí domova, stejně jako v případě sebeobsluhy, nemotivuje jedince k tomu, aby výcvik prostorové orientace absolvoval. Přesun z domácího prostředí do prostředí pobytových služeb je v podstatě všemi stranami chápán jako řešení tohoto problému. S tímto fenoménem jsme se setkali u většiny seniorů, kteří byli v rámci výzkumu osloveni (byť jen v jeho kvantitativní části). Neschopnost samostatného přesunu jinak aktivního a plně mobilního seniora v dobré fyzické kondici jej navíc limituje v oblasti uspokojování potřeby sociálního kontaktu (realizovaného formou setkání s přáteli či známými mimo domov).

Oproti tomu informant žijící v domácím prostředí prošel výcvikem prostorové orientace a samostatného pohybu, aktivně užívá orientační bílou hůl a aplikuje zásady bezpečného pohybu. Výcvik pokládá za samozřejmost. Bez problémů zvládá pohyb po známých trasách a je tak schopen zajistit si většinu pochůzek mimo domov, aniž by vyžadoval průvodcovské služby jiné osoby. Není tedy limitován v oblasti uspokojování potřeby sociálního kontaktu. Schopnost samostatného pohybu zvyšuje sebevědomí informanta B a umožňuje mu vnímat jeho životní situaci pozitivněji.

Oblast využívání pomůcek

V oblasti využívání pomůcek taktéž existují mezi informanty rozdíly. Informant A, žijící v zařízení pobytových služeb, využívá pouze dvě speciální pomůcky, a to lupu a filtrové brýle. Další pomůcky, které mu sice pomáhají kompenzovat smyslový deficit (zrakový a sluchový), již nemůžeme považovat z pohledu tyflopédie za speciální (sluchadla, sluchátka, mobilní telefon). S pomocí kapesní kamerové lupy Optelec je schopen přečíst kratší text typu jídelníček, čtení delších textů, které by pan A uvítal, a které by mu umožnilo smysluplně trávit volný čas, je tímto způsobem nerealizovatelné. O tom, že by se pokusil naučit se pracovat s počítačem, což by mu otevřelo zcela nové možnosti práce s textem, neuvažuje. Opět neexistuje žádná vnější motivace, v domově pro seniory je normální počítač nevyužívat.

Za zcela nevyhovující, dokonce i nebezpečné, považujeme absenci užívání bílé hole. Důležitým faktorem, který negativně ovlivňuje motivaci k výuce prostorové orientace a samostatného pohybu, je lokalita, ve které se domov pro seniory nachází. Jedná se o malou obec s prakticky nulovou občanskou vybaveností, za vyřizováním veškerých záležitostí je proto třeba cestovat do sousedního většího města. Přímo v obci tedy nejsou žádné cíle, které by senior mohl navštěvovat. Vzhledem k tomu, že domov se nenachází ve stejném městě, v jakém informant prožil celý život a má v něm přátele a známé, nejsou zde ani osoby, za kterými by chtěl docházet. Je nutno poznamenat, že tato situace je velmi častá a stěhování do domova pro seniory znamená pro jedince zpřetrhání veškerých vazeb.

Oproti tomu informant žijící v domácím prostředí je pomůckami vybaven výborně a využívá prakticky vše, co je v podmínkách České republiky možné a dostupné. Dobře a efektivně ovládá jak složité technické pomůcky (počítač s příslušným software a hardware, ozvučený mobilní telefon apod.), tak pomůcky jednodušší (bílá hůl, indikátor hladiny a světla apod.). K využívání pomůcek je dobře motivován, chce-li držet krok s ostatními členy rodiny a přáteli, je nezbytné, aby s využitím pomůcek kompenzoval deficit zrakových funkcí v nejvyšší možné míře. Zároveň výstupy výzkumu naznačují, že efektivní využívání speciálních pomůcek pro osoby se zrakovým postižením má pozitivní vliv na přijetí sebe sama v nové situaci života s postižením a na zvýšení kvality života.

Ve vztahu k moderním technickým pomůckám se v případě porovnání těchto dvou konkrétních informantů výrazně promítá také osobní anamnéza. Jedinec, který celý život pracoval manuálně a má pouze základní vzdělání, má k technice méně vřelý vztah, než jedinec, který pracoval intelektuálně a má středoškolské vzdělání technického směru.

Oblast kontaktu se sociálním prostředím

V oblasti kontaktu se sociálním prostředím lze mezi informanty sledovat velmi výrazné rozdíly, ze všech oblastí snad nejvýraznější. Informant A žijící v zařízení pobytových služeb subjektivně cítí silný nedostatek rovnocenných přátelských vztahů a vazeb. V domově mu schází přátelé a známí, které měl v místě svého předchozího bydliště. Vzhledem k tomu, že aktuálně nezvládá samostatný pohyb a orientaci v terénu, není schopen tento stav změnit. Na druhou stranu část přátel již není schopna cestovat za ním do odlehlého místa bydliště. Nedostatečný kontakt uvádí také s bratrem, musí se spoléhat na to, až za ním bratr přijede. Problémy ve styku se společenským prostředím pociťuje jako velmi tíživé.

Naproti tomu informant žijící v domácím prostředí si na obtíže ve styku se společenským prostředím nestěžuje. Své přátele navštěvuje, jak uzná za vhodné, dovednosti v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu mu to umožňují. Zároveň také, právě proto, že žije v domácím prostředí, žijí v blízkosti jeho bydliště přátelé a známí.

12 DISKUZE

Tato kapitola disertační práce je věnována interpretaci dat, shrnutí výsledků výzkumu a jejich uvedení do vzájemných souvislostí.

Cílem práce bylo určit charakteristiky informovanosti a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku ve vztahu k očním onemocněním a zrakovému postižení jako takovému, dále pak identifikovat specifika a nejvíce problémové oblasti života seniorů se zrakovým postižením a konečně popsat některé příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí a možnosti inspirace těmito příklady v prostředí České republiky.

Třemi oslovenými skupinami respondentů byli presenioři bez zrakového postižení, senioři bez zrakového postižení a senioři se zrakovým postižením. Hlavním nástrojem sběru dat byl anonymní dotazník, distribuovaný mezi všechny tři skupiny respondentů. Součástí dotazníku byla i specifická příloha pro seniory se zrakovým postižením. Doplnkovým nástrojem byl polostrukturovaný rozhovor.

V rámci práce byly na základě studia odborné literatury stanoveny tři základní výzkumné cíle, v souladu s těmito výzkumnými cíli také tři výzkumné záměry se svými specifickými (dílčími) otázkami a v neposlední řadě bylo stanoveno a následně ověřováno 5 věcných hypotéz, pro potřeby výzkumu formulovaných také jako nulové H_0 a alternativní H_A statistické hypotézy. Následující text představuje prezentaci zjištěných skutečností, jejich shrnutí a naplnění cílů výzkumu.

Jednou ze dvou hlavních oblastí, na které jsme se v rámci výzkumu zaměřili, byla oblast informovanosti o problematice očních onemocnění a zrakového postižení. Cílem bylo **určit charakteristiky informovanosti** a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku ve vztahu k očním onemocněním a zrakovému postižení jako takovému. Předpokládali jsme, že v populaci panuje vyšší informovanost o problematice civilizačních onemocnění, která jsou široce propagována v médiích a jejich prevence je z pochopitelných důvodů podporována i ze strany zdravotních pojišťoven. Proto jsme si

tuto oblast zvolili pro srovnání s oblastí očních onemocnění a zrakového postižení. Na základě analýzy a interpretace dat lze konstatovat, že míra informovanosti vykazuje u sledované skupiny značné rezervy, které jsou negativním faktorem jednak v rámci prevence, jednak v rámci včasného odhalování počátečních příznaků očního onemocnění a včasného zahájení léčby tohoto onemocnění, a jednak v pozitivním a věcném přijímání zrakového postižení a osob se zrakovým postižením. Respondenti dokážou jmenovat poměrně širokou škálu civilizačních onemocnění, některé možnosti realizace prevence, přičemž ve většině případů tuto prevenci také realizují (72,94 % preseniorů, 52,17 % seniorů a 91,30 % seniorů se zrakovým postižením). Oproti tomu v případě očních onemocnění, jakožto možných příčin zrakového postižení, respondenti většinou uváděli jen glaukom a kataraktu, navíc tato dvě onemocnění, která vznikají na odlišném podkladě, uváděli souhrnně jako „zákaly“, bez bližší specifikace. Prevenci očních onemocnění přitom realizuje pouze 43,53 % preseniorů a 39,13 % seniorů (senioři se zrakovým postižením v této otázce z pochopitelných důvodů osloveni nebyli). Cílený zájem respondentů o obě oblasti je přitom přibližně podobný, a je také podobným způsobem motivován. Motivací je nejčastěji vlastní onemocnění nebo onemocnění či úmrtí v rodině nebo mezi přáteli.

Informovanost o zrakovém postižení jako takovém také není z našeho pohledu v preseniorské a seniorské populaci ideální. Mezi její hlavní charakteristiky patří nedostatek relevantních a ověřených informací, nedostatečná nebo zcela absentující zkušenost s osobami se zrakovým postižením, zevšeobecňování, a velký podíl mýtů a polopravd, které často vedou k demonizaci zrakového postižení (zde můžeme spatřovat souvislost s obrovským strachem ze vzniku zrakového postižení, tak jak se o něm zmiňuje Renaud, Bédard, 2013). Výčet definic zrakového postižení v podání respondentů byl sice rozmanitý, ale ve většině případů ne správný a zkreslený. Nejčastější definicí byla nevidomost (v podání respondentů často „slepota“), následována „zhoršeným“ a „špatným“ viděním. V celkovém zhodnocení pak lze konstatovat, že z celkového počtu 85 respondentů seniorského věku pouze 16 přibližně správně definovalo, co je to zrakové postižení a pouze 17 definovalo správně, kdo je to osoba se zrakovým postižením. Z celkového počtu 46 respondentů seniorského věku pouze 2 přibližně správně definovali, co je to zrakové postižení a pouze 6 definovalo správně, kdo je to osoba se zrakovým postižením. Z celkového počtu 23 respondentů seniorského věku se zrakovým postižením pouze 2 přibližně správně definovali, co je to

zrakové postižení a 12 definovalo správně, kdo je to osoba se zrakovým postižením. Za pozitivní a charakteristickou v této oblasti informovanosti lze tedy považovat skutečnost, že u skupiny respondentů se zrakovým postižením povědomí o tomto postižení vzrůstá.

Chceme-li odpovědět na **dílčí otázky výzkumného záměru č. 1**, konstatujeme v první řadě, že míra informovanosti respondentů preseniorského a seniorského věku o možných příčinách vzniku zrakového postižení v seniorském věku a zrakovém postižení jako takovém je nedostatečná (viz výše) a vyžaduje cílené zvyšování. Vzhledem k této, předpokládané, potřebě bylo v rámci výzkumu dále zjišťováno, jak by dle potřeb a preferencí všech respondentů vypadal ideální způsob informování a osvěty ve vztahu k možným příčinám vzniku zrakového postižení v preseniorském a seniorském věku. Na základě analýzy dat je zřejmé, že respondentům se jako nejideálnější jeví osobní rozhovor s lékařem, ideálně praktickým, ve kterého má preseniorská a seniorská populace důvěru. Dále byla nejčastěji zmiňována média (internet a televize). Nejméně vhodný způsob informování respondenti ve většině případů nedokázali uvést. V několika odpovědích se v této souvislosti objevovaly např. nevyžádané telefonní akce, akce na ulici či letáky do schránky. Na způsobu informování by se dle samotných respondentů mělo změnit zejména následující: informace by měly být srozumitelnější a jasnější, měly by být dostupnější a sdělované zejména lékařem a v médiích. V oblasti informování o problematice očních onemocnění a zrakového postižení je opakovaně zmiňována úloha lékaře. Z výsledků výzkumu vyplývá, že ačkoliv mají respondenti ve svého praktického lékaře důvěru a většina svého praktika pravidelně navštěvuje (67,06 %, preseniorů, 86,96 % seniorů a 82,61 % seniorů se ZP), žádný presenior a senior se ZP a pouze 10,87 % seniorů obdrželo od svého praktického lékaře informace o riziku vzniku zrakového postižení v seniorském věku a o možnostech prevence či samovyšetření. Aktivnější roli plní v této oblasti oftalmolog, který informoval 12,94 % preseniorů, 23,91 % seniorů a 8,70 % seniorů se ZP. Velkým negativem, které v této souvislosti spatřujeme, je nízký počet respondentů, kteří pravidelně navštěvují očního lékaře a jsou tak potenciaálními příjemci těchto informací.

Druhou ze dvou hlavních oblastí, na kterou jsme se v rámci výzkumu zaměřili, byla oblast vlivu zrakového postižení na život seniorů, cílem bylo **identifikovat specifika**

a nejvíce problémové oblasti života seniorů se zrakovým postižením. Potvrdil se náš předpoklad, že tento vliv je negativní, většina respondentů se vyjadřovala v tom smyslu, že vznik zrakového postižení neznamenal v jejich životě změnu k lepšímu, že zrakového postižení změnilo jejich život negativním způsobem a znamenalo i snížení jeho kvality. Specifikem u cílové skupiny seniorů se ZP, kteří žijí v zařízení pobytových služeb je skutečnost, že pro většinu z nich byla důvodem pro přesun do tohoto zařízení právě přítomnost zrakového postižení a omezení z něj plynoucí. Samotné postižení tak senioři subjektivně vnímají jako příčinu obávané životní změny, a totiž stěhování z domácího prostředí do prostředí sociálních služeb. V zařízení pobytových služeb jsou pak na samostatnost seniora kladeny minimální nároky, senioři, kteří byli respondenty našeho výzkumu, zpravidla neprošli výcvikem prostorové orientace a samostatného pohybu, sebeobsluhy či práce s technickými pomůckami a neovládají žádné specifické dovednosti. O tyto kurzy a dovednosti již povětšinou nemají zájem a svůj přesun do zařízení pobytových služeb vnímají jako definitivní a komplexní řešení omezení, která plynou z jejich postižení. Tento způsob řešení s sebou ale nese i řadu negativ a specifík, která sami senioři vnímají. V zařízení se často zhorší možnosti kontaktu s rodinou, přáteli a ostatním společenským prostředím. Vymizí možnost rozhodovat o záležitostech běžného života (kdy budu obědvat, kdy a jakým způsobem budu uklízet, jak budu pečovat o své prádlo apod.), protože tyto jsou zpravidla plně v kompetenci zařízení.

Chceme-li odpovědět na **dílčí otázky výzkumného záměru č. 2**, konstatujeme v první řadě, že mezi nejvíce problémové situace a oblasti v životě seniorů po vzniku zrakového postižení patří dle analýzy výzkumných dat na prvním místě pohyb a přesuny mimo zařízení (69,57 % všech respondentů se zrakovým postižením uvádí plnou mírou souhlasu s tvrzením, že potřebuje dopomoc při přesunu z domova do zvoleného cíle). To znamená veškeré nákupy a pochůzky po městě, návštěva úřadu, návštěva lékaře mimo zařízení, procházky, návštěvy přátel a rodiny. Někteří senioři zvládají samostatnou procházku v bezprostředním okolí zařízení, někteří i k této činnosti potřebují průvodce, byť jsou často plně mobilní a v dobré fyzické kondici. Vyřizování úředních záležitostí je problematické samo o sobě, odmyslíme-li si přesun na úřad (95,65 % respondentů uvádí plný souhlas s tvrzením, že potřebuje dopomoc při vyřizování úředních záležitostí). Další oblastí, kterou většina respondentů určila jako problémovou, je smysluplné trávení volného času, realizace volnočasových aktivit

a koníčků. Problémovou oblastí je také využívání speciálních pomůcek (73,92 % respondentů vyjadřuje minimální až střední míru souhlasu s tvrzením, že umím využívat speciální pomůcky pro osoby se zrakovým postižením). Máme-li na základě výpovědí respondentů určit činnosti, které oni sami považují po vzniku zrakového postižení za již nerealizovatelné, bude se jednat zejména o samostatný pohyb mimo domov, vyřizování úředních záležitostí, návštěvu lékaře mimo domov, nákupy a práci s textem. Aby se seniorům se zrakovým postižením žilo lépe, muselo by se, jak vyplývá z analýzy výzkumných dat, změnit několik věcí. Pomineme-li nerealizovatelné navrácení normálních zrakových funkcí, které by si pochopitelně výslovně přáli všichni respondenti, jedná se zejména o zlepšení finanční situace (střední až maximální míru souhlasu s tvrzením, že více peněz by jim umožnilo žít lépe, uvedlo 52,17 % respondentů) a zvětšení nabídky volnočasových aktivit uzpůsobených pro zapojení osob se zrakovým postižením. Posuzujeme-li na základě výsledků výzkumu subjektivní míru samostatnosti a soběstačnosti seniorů se zrakovým postižením žijících v zařízení pobytových služeb, je třeba konstatovat, že právě subjektivní pocit soběstačnosti je u těchto seniorů velmi slabý a byl ve většině případů důvodem pro stěhování do těchto zařízení. Na otázky potřeby dopomoci ve zvolených oblastech vždy většina seniorů uvádí střední až maximální míru souhlasu, tedy uvádí, že v těchto oblastech dopomoc potřebuje (zejména v oblasti péče o domácnost – 73,91 % respondentů, nákupů – 73,92 % respondentů, vyřizování úředních záležitostí – 95,65 % respondentů, návštěv lékaře – 78,26 % respondentů, pohybu v terénu a přesunu z domova do zvoleného cíle – 82,60 % respondentů). Subjektivní pocit spokojenosti seniorů je zrakovým postižením taktéž negativně ovlivněn, výsledky naznačují, že senioři byli subjektivně spokojenější v době před vznikem postižení. Většina uvádí střední až maximální míru souhlasu s tvrzením, že jejich život byl lepší, kvalitnější v době, kdy viděli normálně (95,65 % respondentů) a že zrakové postižení změnilo jejich život negativním způsobem (82,60 % respondentů).

Speciálněpedagogická intervence by se tedy, na základě zjištěných potřeb cílové skupiny, měla orientovat zejména na oblast samostatnosti a soběstačnosti (a všech jejích dílčích podoblastí) seniorů se zrakovým postižením, a to i těch, kteří žijí v zařízení pobytových služeb. Vědomí snížené samostatnosti a soběstačnosti, která je ovšem v mnoha případech řešitelná a pozitivně ovlivnitelná, snižuje také vědomí vlastní hodnoty a sebeúcty a zvyšuje pocity méněcennosti a nepotřebnosti.

Speciálněpedagogická intervence by měla být orientována taktéž na zvyšování subjektivní spokojenosti, která ovšem velmi úzce souvisí právě se subjektivním pocitem samostatnosti a soběstačnosti a často z něho i vyplývá. Z vyjádření respondentů dále soudíme, že subjektivní pocit spokojenosti by mohl být zvýšen také širší nabídkou smysluplných volnočasových aktivit, uzpůsobených pro osoby se zrakovým postižením a zvýšením počtu aktivit realizovaných mimo prostředí domova. Tím by byl podpořen kvalitní a dostatečný kontakt se společenským prostředím.

Třetí, doplňkovou oblastí, která stojí na pomezí mezi teoretickou a praktickou částí práce, je oblast možné inspirace zahraničními příklady podpory seniorů se zrakovým postižením. Cílem bylo **popsat některé příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí** a navrhnout, jakým způsobem by se touto podporou mohla v rámci svých možností inspirovat česká speciálněpedagogická praxe. Jednotlivé příklady popisujeme v kapitole 4.

Máme-li odpovědět na dílčí **otázky výzkumného záměru č. 3**, musíme konstatovat, že podpora seniorů se zrakovým postižením je v mnohém realizována podobným způsobem, jako podpora v rámci České republiky. Co ale v českém prostředí stále ve větší míře schází, je komunitní model poskytování podpory a zejména podpora vrstevnická, formou tzv. „peer programů“. Tento model není u nás příliš zažitý, ačkoliv dle našeho mínění neexistují žádné objektivní překážky pro jeho realizaci. V této souvislosti se nabízí možná spolupráce mezi jednotlivými domovy pro seniory, ve kterých tito senioři žijí. Pro úplnost je třeba uvést, že jistý náznak vrstevnického sdílení daného problému nacházíme např. v pravidelném setkávání seniorů se zrakovým postižením v rámci oblastních odboček SONS nebo TyfloCenter.

Na základě analýzy dat a aplikace příslušných testů došlo k **ověření stanovených hypotéz**. V případě hypotézy H1 **přijímáme alternativní hypotézu H1_A** a konstatujeme, že osoby seniorského věku se zrakovým postižením vykazují vyšší míru informovanosti o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení. U seniorů se zrakovým postižením shledáváme celkově vyšší informovanosti v oblasti zdraví a péče o něj. Tato skutečnost odpovídá zjištění, že největší motivací respondentů pro to, aby se cíleně zajímali

o problematiku zdraví, jsou jejich vlastní zdravotní problémy, kterými oční onemocnění a na jeho podkladě vzniklé zrakové postižení bezesporu jsou.

V případě hypotézy H2 **přijímáme alternativní hypotézu H2_A** a konstatujeme, že osoby preseniorského a seniorského věku se více věnují obecné prevenci civilizačních nemocí, než specifické prevenci očních onemocnění. Toto zjištění odpovídá našemu předpokladu, že prevence civilizačních onemocnění je v populaci více známá a více propagována jak médii, tak lékaři a zdravotními pojišťovkami. Také prevalence a incidence těchto chorob je v populaci vyšší, než u očních onemocnění.

V případě hypotézy H3 **přijímáme nulovou hypotézu H3₀** a konstatujeme, že mezi mírou informovanosti o problematice zrakového postižení a mírou informovanosti o onemocněních, která mají civilizační charakter, není statisticky významný rozdíl. Ačkoliv tedy o prevenci ve vztahu k civilizačním onemocněním vykazují zkoumané osoby vyšší informovanosti, v případě samotných znalostí o těchto onemocněních tomu tak není.

V případě hypotézy H4 **přijímáme alternativní hypotézu H4_A** a konstatujeme, že osoby seniorského věku se zrakovým postižením jsou schopny lépe specifikovat ideální způsob informování o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení. Tato schopnost vyplývá z praktických zkušeností, které s sebou zrakové postižení přineslo.

V případě hypotézy H5 **přijímáme nulovou hypotézu H5₀** a konstatujeme, že mezi množstvím informací z médií a množstvím informací přímo od lékaře není statisticky významný rozdíl. V rámci stanovení této hypotézy jsme předpokládali, že vzhledem k tomu, že informační role lékaře v oblasti očních onemocnění a zrakového postižení je slabá a respondenti tak mají potřebu získávat tyto informace jinde, např. z médií. Celková informovanost o problematice očních onemocnění a zrakového postižení je ovšem tak nízká, že nebylo možné prokázat, zda bylo více informací zjištěno od lékaře, či z médií.

Otázkou do diskuze je na závěr možnost dalších výzkumných aktivit v této oblasti, a totiž v oblasti zrakového postižení u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením.

Aktivita, které by navazovaly na realizovaný výzkum, případně jej rozšířily a daly mu nový rozměr. Jednou z těchto možností je rozšíření výzkumného souboru na seniory se zrakovým postižením žijící v domácím prostředí. Porovnání specifik života u těchto dvou skupin respondentů by nabízelo potenciální možnost zlepšit kvalitu života seniorů v zařízení pobytových služeb a zvýšit subjektivní pocit spokojenosti s vlastním životem na základě doporučení z domácího prostředí.

13 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Senior se zrakovým postižením je typ klienta, se kterým se ve speciálněpedagogické praxi setkáváme a budeme setkávat stále častěji. Je proto třeba tuto praxi optimalizovat, a to i prostřednictvím doporučení vzešlých z realizovaných výzkumů, jakým je např. tento.

Jednou z oblastí, které jsme se v rámci výzkumu věnovali, je oblast informovanosti ve vztahu k očním onemocněním, na jejich podkladě vzniklému zrakovému postižení a zrakovému postižení jako takovému v preseniorské a seniorské populaci. Na základě analýzy výzkumných dat byla tato informovanost shledána jako nedostatečná a nepodporující realizaci prevence, schopnost včasného odhalení očního onemocnění a pozitivního přijetí vlastního zrakového postižení nebo ostatních osob se zrakovým postižením. Doporučením je tedy míru informovanosti neustále zvyšovat a to způsoby, které samy osoby považují za ideální a plně vyhovující. Mezi tyto způsoby patří na prvním místě komunikace s praktickým lékařem, ve kterého má zkoumaná cílová skupina největší důvěru a řeší s ním své zdraví a problémy s ním spojené. Na místě druhém se jedná o propagaci problematiky v médiích. Pro informace jako takové platí, že by měly být jasné, srozumitelné a mělo by jich být všeobecně více, než je aktuálně. Zdokonalena by měla být spolupráce speciálních pedagogů nejen s očními lékaři, ale zejména s lékaři praktickými, se kterými se většina populace více či méně pravidelně setkává. Toto doporučení je v souladu s aktuálním požadavkem speciální pedagogiky na transdisciplinaritu týmu odborníků.

Druhou z hlavních oblastí, které jsme se v rámci výzkumu věnovali, byla specifika života seniorů se zrakovým postižením v zařízení pobytových služeb a určení nejvíce problémových oblastí jejich života. Na základě zjištěných skutečností doporučujeme zkvalitnit v domovech pro seniory nabídku smysluplných volnočasových aktivit uzpůsobených pro osoby se zrakovým postižením. Dále lze doporučit posilování samostatnosti a soběstačnosti těchto seniorů, které bude mít všeobecně pozitivní vliv. Za tímto účelem je rovněž vhodná spolupráce se speciálním pedagogem – tyflopodem, který by zajišťoval metodické vedení pracovníků domova pro seniory.

ZÁVĚR

Předložená disertační práce na téma *Zrakové postižení a jeho vliv na osoby seniorského věku* si kladla za cíl jednak nastínit teoretická východiska a poskytnout ucelený pohled na řešenou problematiku, a jednak prezentovat analýzu a interpretaci výsledků výzkumu v této oblasti.

Teoretická část práce reflektuje klíčová témata, která se vztahují k řešenému tématu. Jednotlivé její kapitoly tak sumarizují poznatky z oblasti specifík seniorského a preseniorského věku, specifík zrakového postižení u seniorů, věkem podmíněné makulární degenerace jakožto nejvýznamnější příčiny zrakového postižení u osob nad 65 žijících v průmyslově rozvinutých zemích, vybraných aspektů speciálněpedagogické intervence u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením, prevence jakožto jednoho z prediktorů ochrany zdraví a oblasti informovanosti vztažené ke kvalitě života. Pozornost byla věnována vzájemnému propojení jednotlivých kapitol tak, aby tvořily přirozený celek a poskytovaly kvalitní teoretickou základnu pro praktickou část práce.

Cílem praktické části práce bylo v první řadě určit, jaké jsou charakteristiky informovanosti a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku s akcentem na potencionální etiologické faktory vzniku zrakového postižení v seniorském věku a na problematiku zrakového postižení jako takového. Dále pak identifikovat specifika a nejvíce problémové oblasti života seniorů se zrakovým postižením a nakonec popsat některé příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí a navrhnout, jakým způsobem by se touto podporou mohla v rámci svých možností inspirovat česká speciálněpedagogická praxe.

Závěrem konstatujeme, že stanovených cílů bylo v rámci předkládané disertační práce dosaženo. Navíc byla předložena některá doporučení pro speciálněpedagogickou praxi, která by měla jednak napomoci zlepšení situace na poli informovanosti preseniorské a seniorské populace o problematice očních onemocnění a zrakového postižení v seniorském věku, a jednak přispět ke zkvalitnění přístupu k seniorům se zrakovým postižením žijícím v zařízení pobytových služeb, nejčastěji v domovech pro seniory.

SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. BEATTY, S. et al. The role of oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. In *Survey of Ophthalmology*. Vol 45: N. 2: pp 115–34, September 2000. Dostupné z: interní databáze VSU.
2. BIRD, A. C. Pathophysiology of Age-Related Macular Disease. In *Retina and Vitreous*. Proceeding of the Symposium on Retina and Vitreous. Kugler Publications, 1993. pp 15–27. [online]. Dostupné na WWW: <http://www.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=HEz-SzdT2c8C&oi=fnd&pg=PA7&dq=age+related+macular+degeneration&ots=cKgJMMQyw3&sig=2rtQomYqIsWyUEit8Bplt0lwLqs&redir_esc=y#v=onepage&q=age%20related%20macular%20degeneration&f=false>, [cit. 24. 1. 2013]
3. BUBENÍČKOVÁ, H. a kol. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. 1. vyd. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012. ISBN 978-80-260-1538-3.
4. BUNTING, R.; GUYMER, R. Treatment of age related macular degeneration. In *Australian Prescriber*. Vol 35: N. 3: June 2012. Dostupné z: interní databáze VSU.
5. CABEDO, S.; ESCUDER-MOLLON, P. *Improving seniors' quality of life: a toolkit to evaluate education for elderly learners*. Castellón, Spain, 2013. [online]. Dostupné z WWW: <http://edusenior.uji.es/data/outcomes/wp6/QEduSen_booklet.pdf>, [cit. 13. 5. 2013].
6. ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ L. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
7. BURIANOVÁ, T. *Závažná onemocnění zraku a jak jim předcházet*. 2007. [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/zavazna-onemocneni-zraku-a-jak-jim-predchazet/>>, [cit. 1. 8. 2014]
8. DOLINA, J. (vedoucí kol. autorů) *Civilizace a nemoci*. 1. vyd. Praha: FUTURA, 2009. 272 s. ISBN 978-80-86844-53-4.

9. DRAGOMIRECKÁ, E. *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Disertační práce. Školitel doc. PhDr. Jan Srnec, CSc. Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2007.
10. DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. *SQUALA – Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
11. DRAGOMIRECKÁ, E.; BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006.
12. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3
13. DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. 221 s. ISBN 80-902536-2-8.
14. FELCE, D.; PERRY, J. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 1995, vol. 16, č. 1, s. 51–74. [online]. Dostupné na WWW: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VDN-3Y5FP8TX&_user=990403&_coverDate=02%2F28%2F1995&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000049942&_version=1&_urlVersion=0&_userid=990403&md5=afa881cf6cb8a5605867ecb4b0259ca0 ISSN 0891-4222. [cit. 10. 12. 2012]
15. FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; SANTACREU IVARS, M. *Aging and Quality of Life*. 2013. [online]. Dostupné na WWW: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/296/>, [cit. 13. 5. 2013].
16. FLENEROVÁ, H. *Kapitoly z tyflopédie. Základy tyflopédie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1985
17. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
18. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
19. HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ J. *Aktivita jako projekt – Diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a senierek*. 1 vyd. Praha: SLON, 2013. 170 s. ISBN 978-80-7419-152-7.

20. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
21. HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
22. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
23. HOLZ, F. G.; PAULEIKHOFF, D. et al. *Age Related Macular degeneration*. Sprinter-Verlag Berlin Heidelberg, 2004. Printed in Germany. ISBN 3-540-06493-1.
24. HORNOVÁ, J. *Oční propedeutika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 112 s. ISBN 978-80-247-4087-4.
25. HOROWITZ, H.; REINHARDT, J. P.; BOERNER, K. The Effect of Rehabilitation on Depression among Visually Disabled Older Adults.. In *Aging and Mental Health*. [online]. Vol 9:6, 2005. Dostupné na WWW: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607860500193500#U_ERKPvx40>, [cit. 5. 5. 2014].
26. HORSKÁ, P. a kol. *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. Praha: Panorama, 1990. 474 s. ISBN 80-7038-011-X.
27. HRABÁKOVÁ, J.; HEJLOVÁ, M. Na prohlídku po čtyřicítce. In *Moje zdraví*. č. 4, 2010. Dostupné na WWW: <<http://www.medispot.cz/od-55-let/na-prohlidku-po-ctyricitce.html>> [cit. 22. 7. 2014]
28. HRUBÁ, M.; FORETOVÁ, L.; VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 79 s. ISBN 80-238-7618-X.
29. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
30. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
31. JELÍNKOVÁ, J.; KRIVOŠÍKOVÁ, M.; ŠAJTAROVÁ, M. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
32. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
33. JESENSKÝ, J. *Přehled systému komprehenzivní tyflopédie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. 60 s. ISBN 80-7041-329-8.

34. JEŘÁBEK, H. a kol. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: SLON, 2013. 316 s. ISBN 978-80-7419-117-6.
35. JOKLÍKOVÁ, H. *Senior se zrakovým postižením*. Diplomová práce. Vedoucí doc. Mgr. Dita Finková, Ph.D. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. 2010.
36. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
37. KOLÁŘ, P. a kol. *Věkem podmíněná makulární degenerace*. Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2605-2.
38. KOLÍN, J. *Oční lékařství*. 2. přepr. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 109 s. ISBN 978-80-246-1325-3.
39. KRAHULCOVÁ, B. a kol. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova, 2002. ISBN 80-7290-094-3.
40. KRÁLOVÁ, M. *Fyzika v pozadí. Hygiena osvětlování*. 2008. Dostupné na WWW:
<http://www.techmania.cz/edutorium/art_exponaty.php?xkat=fyzika&xser=8aedf8656eed207376ec746c61h&key=771> [cit. 1. 8. 2014]
41. KRAUS H. a kol. *Kompendium očního lékařství*. Vyd. 1. Praha : Grada, 1997. 360 s. ISBN 80-7169-079-1.
42. KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
43. KUČYHNKA, P. a kol. *Oční lékařství*. Praha: Grada, 2007. 812 s. ISBN 978-80-247-1163-8.
44. KVĚTOŇOVÁ, L. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-50-8
45. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000. 70 s. ISBN 80-85931-84-2.
46. KYSUČAN, J.; KUJA, J. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. Olomouc: UP, 1999. ISBN 80-7067-677-9.
47. LUŽNÝ, J. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2012. 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
48. MACNICOL, J. *Age Discrimination: An Historical and Contemporary Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. ISBN 0521612608.
49. MACHÁČEK, P. *Osvětlení a slabozrakost*. 1. vyd. Praha: Tyfloservis, 2002. 48 s. ISBN 80-238-9231-2.

50. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
51. MATTEUCCI, R.; URIBE, L. M. *Macular Degeneration, Age-related*. Published by Cinahl Information Systems. N. 2 Semptember 2011. Dostupné z: interní databáze VSU.
52. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2009. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
53. MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 203 s. ISBN 80-7254-476-4.
54. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.
55. OLÁH, Z., et al. *Očné lékařstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1998. 255 s. ISBN 80-88824-74-5.
56. ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
57. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
58. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: MU, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.
59. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80247-3271-8.
60. POTMĚŠILOVÁ, P.; SOBKOVÁ, P. *Arteterapie a artefietika nejen pro sociální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3120-8.
61. PREISS, M.; KŘIVOHLAVÝ, J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 208 s. ISBN 978-80-247-2738-7.
62. PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 3. rozš. a aktual. vyd. Praha: Portál, 2001. 328 s. ISBN 80-7178-579-2.
63. RABUŠIC, L. *Vzdělávání dospělých v předseniorském a seniorském věku*. In *Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské Univerzity*. U11. Brno: MU, 2006.
64. RAPHAEL, D. *Seniors quality of life*. [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.utoronto.ca/qol/seniors.htm>>, [cit. 13. 5. 2013].
65. REGEC, V.; STEJSKALOVÁ, K.; et al. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2012. 204 s. ISBN 978-80-244-3203-8.

66. REJMONT, L. (odborný garant webu) *Věkem podmíněná makulární degenerace*. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.degeneracemakuly.cz>>, [cit. 8. 2. 2013].
67. RENAUD, J.; BÉDARD, E. Depression in the Elderly with Visual Impairment and its Association with Quality of Life. In *Clinical Intervention in Aging*. [online]. Vol. 2013:8, pp. 931–943. Dostupné na WWW: <<http://www.dovepress.com/depression-in-the-elderly-with-visual-impairment-and-its-association-w-peer-reviewed-article-CIA>>, [cit. 22. 7. 2014].
68. RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.
69. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
70. ROZSÍVAL, P. et al. *Oční lékařství*. Praha: Galén, 2006. 373 s. ISBN 80-7262-404-0.
71. RYAN, K. M. Rehabilitation Services for Older People with Visual Impairments. In *RE:wiev*. [online]. v34 n1 p31-48 Spr 2002.
72. ŘEHULKOVÁ, O.; ŘEHULKA, E., et al. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.
73. SAK, P.; KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
74. SELBY, J. *Pro zdravé oči*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1995. 240 s. ISBN 80-7176-178-8.
75. SCHALOCK, R. L. *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. [online]. Washington DC: American Association on Mental Retardation, 2002. ISBN 0-940898-77-2. Dostupné na WWW: <https://bookstore.aaid.org/BookChapterExcerpt%5CHandbk_Human_Service.pdf>. [cit. 3. 12. 2012].
76. SCHALOCK, R. L. The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2004, vol. 48, part 3, s. 203 – 216.. Dostupné na WWW: <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118795463/issue>>, [cit. 3. 12. 2012]

77. SHARMAN, E. H. Sirtuins and Mammalian Aging. In BONDY, S.; MAIESE, K. (ed.) *Aging and Age-Related Disorders*. Springer Science+Business Media, LLC 2010. Printed in USA. ISBN 978-1-60761-602-3.
78. SIMPSON, J. Elderspeak – Is it helpful or just baby talk? In *In The Know*. [online]. The University of Kansas Merrill Advanced Studies Center: Kansas, 2002. Dostupné z: <<http://www2.ku.edu/~masc/PDFfiles/Elderspeak.pdf>>, [cit. 10. 6. 2014].
79. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
80. SPILKER, B. (ed.) *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York : Raven Press Ltd, 1990. ISBN 0881675903.
81. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
82. STUDNIČKA, J. Věkem podmíněná makulární degenerace. In *Interní medicína pro praxi*. 2008; 10(5): s. 240–244. Dostupné z: <<http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200805-0009.php>>, (cit. 8. 2. 2013)
83. SYNEK, S.; SKORKOVSKÁ, Š. *Fyziologie oka a vidění*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2004. 93 s. ISBN 80-247-0786-1.
84. ŠICKOVÁ–FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
85. ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
86. TAVEL, P. *Psychologické problémy v starobe I*. Pusté Úľany: Schola Philosophica, 2009. 278 s. ISBN 978-80-969-823-70.
87. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
88. ÚZIS ČR. kol. autorů. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize. Aktualizovaná verze k I. 4. 2014*. WHO: Ženeva, 2008. ISBN 92-4-154649-2. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>> (cit. 1. 8. 2014)
89. VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života – Teoretická a Metodologická východiska*. Brno: MU v Brně – Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

90. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. – Dospělost a stáří*. Dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
91. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
92. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144. ISBN 80-247-1262-8.
93. VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: mezinárodní politologický ústav MU, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
94. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Vyd. 8. Praha: MAXDORF, 2008. ISBN 978-80-7345-166-0.
95. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0253-3.
96. VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0057-9.
97. WAHL, H. W.; SCHULZE, H. E. *On the Special Needs of Blind and Low Vision Seniors*. [online]. Amsterdam: IOS Press, 2001. ISBN 58603 152 X. Dostupné na WWW: <http://books.google.cz/books?id=et3HUYNUNkoC&pg=PA88&lpg=PA88&dq=social+support+in+visually+impaired+seniors&source=bl&ots=Sm9unQxT-x&sig=rhAnaSV1mbaR_0e39lfs18yref4&hl=cs&sa=X&ei=FXIAVOTjK9HH7Abt3oDoAw&ved=0CFEQ6AEwBQ#v=onepage&q=social%20support%20in%20visually%20impaired%20seniors&f=false>, [cit. 10. 6. 2014].
98. WANG, J. J. et al. Impact of Visual Impairment on Use of Community Support Services by Elderly Person: The Blue Mountains Eye Study. In *Investigative Ophthalmology and Visual Science*. Vol. 40, no. 1, January 1999, pp. 12–19. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.iovs.org/content/40/1/12.full.pdf+html>>, [cit. 12. 6. 2014].
99. WIENER, P.; RUCKÁ, R. *Terapie zrakového handicapu*. 1. vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených, 2006. 94 s. ISBN 80-239-6774-6.
100. WIENER, P. *Základy komunikace se zrakově postiženými*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-12-2.

101. WORLD HEALTH ORGANISATION. *Universal Eye Health – A Global Action Plan 2014–2019*. [online]. WHO, 2013. Printed in Spain. ISBN 978-92-4-150656-4. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/blindness/AP2014_19_English.pdf?ua=1>, [cit. 1. 8. 2014].
102. ZAREMBA, V. a kol. Srovnání zdravotní situace pacientů ve věku 50–64 let podle pětiletých věkových skupin. In *Geriatrics*, nr. 2, 2007, pp. 15–20. ISSN 1335–1850.
103. ŽALOUDÍK, J. *Vyhňte se rakovině*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 192 s. ISBN 978-80-247-2307-5.

Internetové zdroje

104. *Centrum sociálních služeb pro osob se zrakovým postižením v Brně Chrlicích*. Dostupné na: <www.centrumchrlice.cz>, [cit. 6. 6. 2014].
105. *Centrum Zrakových vad*. Dostupné na: <<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/centrum-zrakovych-vad-czv/>>, [cit. 28. 6. 2014].
106. *Domov pro zrakově postižené Palata*. Dostupné na <www.palata.cz>, [cit. 6. 6. 2014].
107. *Georgia Vision Program for Seniors*. Dostupné na: <<http://gvra.georgia.gov/vocationalrehab/sites/gvra.georgia.gov.vocationalrehab/files/VRProgram/Resources/Older%20Blind%20Program.pdf>>, [cit. 31. 7. 2014].
108. *Kansas Department for Children and Families*. Dostupné na: <<http://www.dcf.ks.gov/services/rs/pages/blind.aspx>>, [cit. 31. 7. 2014].
109. *NHS Choices – Visual Impairment*. Dostupné na: <<http://www.nhs.uk/Conditions/Visual-impairment/Pages/Help-and-support.aspx>>, [cit. 30. 7. 2014].
110. *Royal National Institut of Blind People*. Dostupné na: <<http://www.rnib.org.uk/>>, [cit. 30. 7. 2014].
111. *Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých*. Dostupné na: <<http://www.sons.cz/>>, [cit. 6. 6. 2014].
112. *Společnost pro trénování paměti a mozkový jogging*. Dostupné na: <www.trenovanipameti.cz>, [cit. 30. 6. 2014].

113. *TyfloCentrum*. Dostupné na: <www.tyflocentrum.cz>, [cit. 6. 6. 2014].
114. *Tyfloservis*. Dostupné na: <www.tyfloservis.cz>, [cit. 6. 6. 2014].
115. *U.S. Department of Education*. Dostupné na: <<http://www2.ed.gov/programs/rsailob/index.html>>, (<http://www.okdrs.org/drupal/independence/older-blind>>, [cit. 31. 7. 2014].
116. *Visionary*. Dostupné na: <<http://www.visionary.org.uk/index.php>>, [cit. 30. 7. 2014].

Zákony a legislativní normy

117. Zákon č. 329/2011 Sb., *o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením*.
118. Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. Hana Joklíková
Název práce:	Zrakové postižení a jeho vliv na osoby seniorského věku
Název práce v anglickém jazyce:	The Impact of a Visual Impairment in the Elderly
Školitel:	doc. Mgr. Dita Finková, Ph.D.
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Obor:	Speciální pedagogika
Počet stran:	249
Počet užitých informačních zdrojů:	118
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2014

Klíčová slova:

senior, zrakové postižení, informovanost, prevence, speciálněpedagogická intervence

Resumé:

Disertační práce se zaměřuje na problematiku zrakového postižení u jedinců seniorského věku a otázky informovanosti preseniorské a seniorské populace ve vztahu ke zrakovému postižení v tomto období života člověka. Práce je tradičně členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je sumarizací poznatků o zrakovém postižení v seniorském věku, s přesahem do oblasti prevence a informovanosti. Jednotlivé její kapitoly jsou proto věnovány specifikům seniorského a preseniorského věku, specifikům zrakového postižení u seniorů, věkem podmíněné makulární degeneraci jakožto nejvýznamnější příčině zrakového postižení u osob nad 65 žijících v průmyslově rozvinutých zemích, vybraným aspektům speciálněpedagogické intervence u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením, prevenci jakožto jednomu z prediktorů ochrany zdraví a oblasti informovanosti vztážené ke kvalitě života.

Praktická část práce, na kterou byl aplikován smíšený výzkumný design, je zaměřena na analýzu situace na poli informovanosti a osvěty ve vztahu k očním onemocněním a zrakovému postižení v preseniorské a seniorské populaci, a specifikaci nejvíce problémových oblastí života seniorů se zrakovým postižením žijících v zařízení pobytových služeb. Výzkumu v oblasti prevence a informovanosti realizovaného formou dotazníkového šetření se zúčastnily tři skupiny respondentů, presenioři, senioři a senioři se zrakovým postižením. Vznikl tak prostor pro komparaci jednotlivých vzorků respondentů. Analýza výzkumných dat přinesla podněty pro diskuzi i doporučení pro speciálněpedagogickou praxi.

SUMMARY

This dissertation focuses on the issues of visual impairment in the elderly and the question of awareness in pre-senior and senior populations regarding visual impairment during this stage in life. As per tradition, this work too is divided into a theoretical section and a practical section. The theoretical section is a summarization of information on visual impairment in the elderly, extending into the areas of prevention and awareness. Its individual chapters therefore deal with the specifics of the senior and pre-senior stages of life, the specifics of visual impairment in the elderly, age-related macular degeneration as the most significant cause of visual impairment in people over the age of 65 living in industrialised nations, selected aspects of the special education of target groups of senior citizens with visual impairment, prevention as one of the predictors of health protection, and the area of awareness related to quality of life.

The practical section of the dissertation, which utilised a mixed method research design, focuses on an analysis of the situation in the field of awareness and education in relation to ophthalmologic disease and visual impairment in the pre-senior and elderly population, and the specifications of the most problematic areas of life for elderly people with visual disabilities living in residential care facilities. Research in the area of prevention and awareness was conducted using questionnaire surveys with three groups of respondents: pre-seniors, seniors, and seniors with visual impairment. This allowed for the comparison of the individual examples of respondents. The analysis of research data resulted in suggestions for discussions and recommendations for special education training.

RESÜMEE

Die Dissertationsarbeit konzentriert sich auf die Problematik der Sehbehinderungen bei Einzelpersonen im Seniorenalter und auf Fragen der Informiertheit der Präsenioren und Senioren in Bezug auf die Sehbehinderungen in diesem Lebensabschnitt des Menschen. Die Arbeit ist traditionell in den theoretischen und in den praktischen Teil gegliedert. Der theoretische Teil ist die Summierung der in den Bereich der Vorbeugung und der Informiertheit übergreifenden Erkenntnisse zur Sehbehinderung im Seniorenalter. Seine einzelnen Kapitel sind daher den Spezifika des Senioren- und Präseniorenlalters, der altersbedingten Makuladegeneration, der wesentlichsten Ursache der Sehbeschwerden bei, in den industriell entwickelten Ländern lebenden Personen über 65, ausgewählten Aspekten der spezialpädagogischen Intervention bei der Zielgruppe der Senioren mit einer Sehbehinderung, der Prävention als einer der Prädiktoren des Schutzes der Gesundheit sowie dem Bereich der Informiertheit bezüglich der Lebensqualität gewidmet.

Der praktische Teil der Arbeit, auf welchen das gemischte Forschungsdesign angewendet wurde, ist auf die Analyse der Situation auf dem Gebiet der Informiertheit und der Aufklärung in Bezug auf die Augenerkrankungen und die Sehbehinderung des Bevölkerungsteils im Präsenioren- und Seniorenalter sowie auf die Spezifikation der problemreichsten Lebensbereiche der in einer Betreuungs- und Pflegeeinrichtung lebenden, sehbehinderten Senioren gerichtet. An der Erhebung im Bereich der Prävention und der Informiertheit in Form einer Fragebogenumfrage beteiligten sich drei Gruppen der Befragten, Präsenioren, Senioren und Senioren mit einer Sehbehinderung. Somit entstand genügend Raum für eine Komparation der einzelnen Muster der Befragten. Die Analyse der Erhebungsdaten brachte Anregungen für die Diskussion sowie Empfehlungen für die spezialpädagogische Praxis.

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1: Změny ve stáří a jejich obraz v chování seniora v ústavní péči
- Tabulka 2: Změny a ztráty ve stáří
- Tabulka 3: Klasifikace zrakových vad
- Tabulka 4: Komunikační problémy spojené se stárnutím
- Tabulka 5: Domény a položky WHOQOL-BREF
- Tabulka 6: Dotazník WHOQOL-OLD – česká verze
- Tabulka 7: Srovnání kvalitativního a kvantitativního přístupu
- Tabulka 8: Rozložení respondentů dle skupin
- Tabulka 9: Rozložení respondentů dle pohlaví
- Tabulka 10: Rozložení respondentů dle krajů
- Tabulka 11: Rozložení seniorů se zrakovým postižením dle krajů
- Tabulka 12: Příčiny vzniku ZP u seniorů se ZP
- Tabulka 13: Realizace pravidelných lékařských prohlídek
- Tabulka 14: Rozložení lékařů, u kterých jsou pravidelné prohlídky realizovány
- Tabulka 15: Uváděná civilizační onemocnění
- Tabulka 16: Předcházení civilizačním onemocněním
- Tabulka 17: Konkrétní možnosti předcházení civilizačním onemocněním
- Tabulka 18: Míra obav ze vzniku civilizačních onemocnění
- Tabulka 19: Realizace prevence civilizačních onemocnění
- Tabulka 20: Cílený zájem o problematiku civilizačních onemocnění
- Tabulka 21: Důvod zájmu o problematiku civilizačních onemocnění – presenioři
- Tabulka 22: Důvod zájmu o problematiku civilizačních onemocnění – senioři
- Tabulka 23: Důvod zájmu o problematiku civilizačních onemocnění – senioři se ZP
- Tabulka 24: Sledování pořadů o zdravém životním stylu
- Tabulka 25: Informace o civilizačních onemocněních v čekárně lékaře
- Tabulka 26: Studium informací (letáků) o civilizačních onemocněních v čekárně lékaře
- Tabulka 27: V minulosti realizovaná návštěva očního lékaře
- Tabulka 28: Pravidelné návštěvy očního lékaře
- Tabulka 29: Znalost příznaků očního onemocnění
- Tabulka 30: Konkrétní jmenované příznaky – presenioři

Tabulka 31: Konkrétní jmenované příznaky – senioři

Tabulka 32: Konkrétní jmenované příznaky – senioři se ZP

Tabulka33: Obavy ze vzniku očního onemocnění

Tabulka 34: Realizace prevence ve vztahu k očním onemocněním

Tabulka 35: Konkrétní způsob realizace prevence ve vztahu k očním onemocněním

Tabulka 36: Návštěva očního lékaře neprodleně po zaznamenání příznaků

Tabulka 37: Znalost očních onemocnění

Tabulka 38: Konkrétní jmenovaná oční onemocnění

Tabulka 39: Definice pojmu „zrakové postižení“

Tabulka 40: Osoba se zrakovým postižením

Tabulka 41: Informace o riziku vzniku očního onemocnění či zrakového postižení

Tabulka 42: Případný zdroj informací o problematice ZP v seniorském věku

Tabulka 43: Nález letáků na téma oční onemocnění a ZP v čekárně lékaře

Tabulka 44: Studování letáků na téma oční onemocnění a ZP v čekárně lékaře

Tabulka 45: Cílený zájem o problematiku očních onemocnění

Tabulka 46: Důvod zájmu o problematiku očních onemocnění

Tabulka 47: Znalost samovyšetření zraku

Tabulka 48: Znalost jedince se zrakovým postižením

Tabulka 49: Přehled obtíží jedince se ZP z pohledu respondentů

Tabulka 50: Možnosti kompenzace zrakového deficitu z pohledu respondentů

Tabulka 51: Znalost organizací

Tabulka 52: Nejvhodnější způsob informování o problematice ZP z pohledu respondentů

Tabulka 53: Nejméně vhodný způsob informování o problematice ZP z pohledu respondentů

Tabulka 54: Navrhované změny v systému informování

Tabulka 55: Četnost odpovědí k jednotlivým mírám souhlasu na škále (1–3)

Tabulka 56: Četnost odpovědí k jednotlivým mírám souhlasu na škále (4–5)

Tabulka 57: Podklady k hypotéze H1

Tabulka 58: Podklady k hypotéze H2

Tabulka 59: Podklady k hypotéze H3

Tabulka 60: Podklady k hypotéze H4

Tabulka 61: Podklady k hypotéze H5

Tabulka 62: Výpočty k hypotéze H1

Tabulka 63: Výpočty k hypotéze H2

Tabulka 64: Výpočty k hypotéze H3

Tabulka 65: Výpočty k hypotéze H4

Tabulka 66: Výpočty k hypotéze H5

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1: Rozložení respondentů dle pohlaví
- Graf 2: Rozložení respondentů dle krajů
- Graf 3: Rozložení seniorů se ZP dle krajů
- Graf 4: Rozložení seniorů se ZP dle věku
- Graf 5: Rozložení lékařů, u kterých jsou realizovány pravidelné prohlídky
- Graf 6: Míra obav ze vzniku civilizačního onemocnění
- Graf 7: Způsob realizace prevence civilizačních onemocnění
- Graf 8: Cílený zájem o problematiku civilizačních onemocnění
- Graf 9: Studium informací (letáků) o civilizačních onemocněních v čekárně lékaře
- Graf 10: Návštěvy očního lékaře
- Graf 11: Znalost příznaků očního onemocnění
- Graf 12: Obavy ze vzniku očního onemocnění
- Graf 13: Realizace prevence ve vztahu k očním onemocněním
- Graf 14: Druh navštíveného lékaře
- Graf 15: Informace o riziku vzniku očního onemocnění či zrakového postižení
- Graf 16: Studování letáků na téma oční onemocnění a ZP v čekárně lékaře
- Graf 17: Cílený zájem o problematiku očních onemocnění
- Graf 18: Znalost samovyšetření zraku
- Graf 19: Znalost organizací
- Graf 20: Navrhované změny v systému informování
- Graf 21: Zhodnocení tvrzení 1
- Graf 22: Zhodnocení tvrzení 2
- Graf 23: Zhodnocení tvrzení 3
- Graf 24: Zhodnocení tvrzení 4
- Graf 25: Zhodnocení tvrzení 5
- Graf 26: Zhodnocení tvrzení 6
- Graf 27: Zhodnocení tvrzení 7
- Graf 28: Zhodnocení tvrzení 8
- Graf 29: Zhodnocení tvrzení 9

Graf 30: Zhodnocení tvrzení 10
Graf 31: Zhodnocení tvrzení 11
Graf 32: Zhodnocení tvrzení 12
Graf 33: Zhodnocení tvrzení 13
Graf 34: Zhodnocení tvrzení 14
Graf 35: Zhodnocení tvrzení 15
Graf 36: Zhodnocení tvrzení 16
Graf 37: Zhodnocení tvrzení 17
Graf 38: Zhodnocení tvrzení 18
Graf 39: Zhodnocení tvrzení 19
Graf 40: Zhodnocení tvrzení 20
Graf 41: Zhodnocení tvrzení 21
Graf 42: Zhodnocení tvrzení 22
Graf 43: Zhodnocení tvrzení 23
Graf 44: Zhodnocení tvrzení 24
Graf 45: Zhodnocení tvrzení 25
Graf 46: Zhodnocení tvrzení 26
Graf 47: Zhodnocení tvrzení 27
Graf 48: Zhodnocení tvrzení 28
Graf 49: Zhodnocení tvrzení 29
Graf 50: Zhodnocení tvrzení 30
Graf 51: Zhodnocení tvrzení 31
Graf 52: Zhodnocení tvrzení 32
Graf 53: Zhodnocení tvrzení 33
Graf 54: Zhodnocení tvrzení 34
Graf 55: Zhodnocení tvrzení 35
Graf 56: Podklady k hypotézy H1
Graf 57: Podklady k hypotéze H2
Graf 58: Podklady k hypotéze H3
Graf 59: Podklady k hypotéze H4
Graf 60: Podklady k hypotéze H5

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Amslerova mřížka

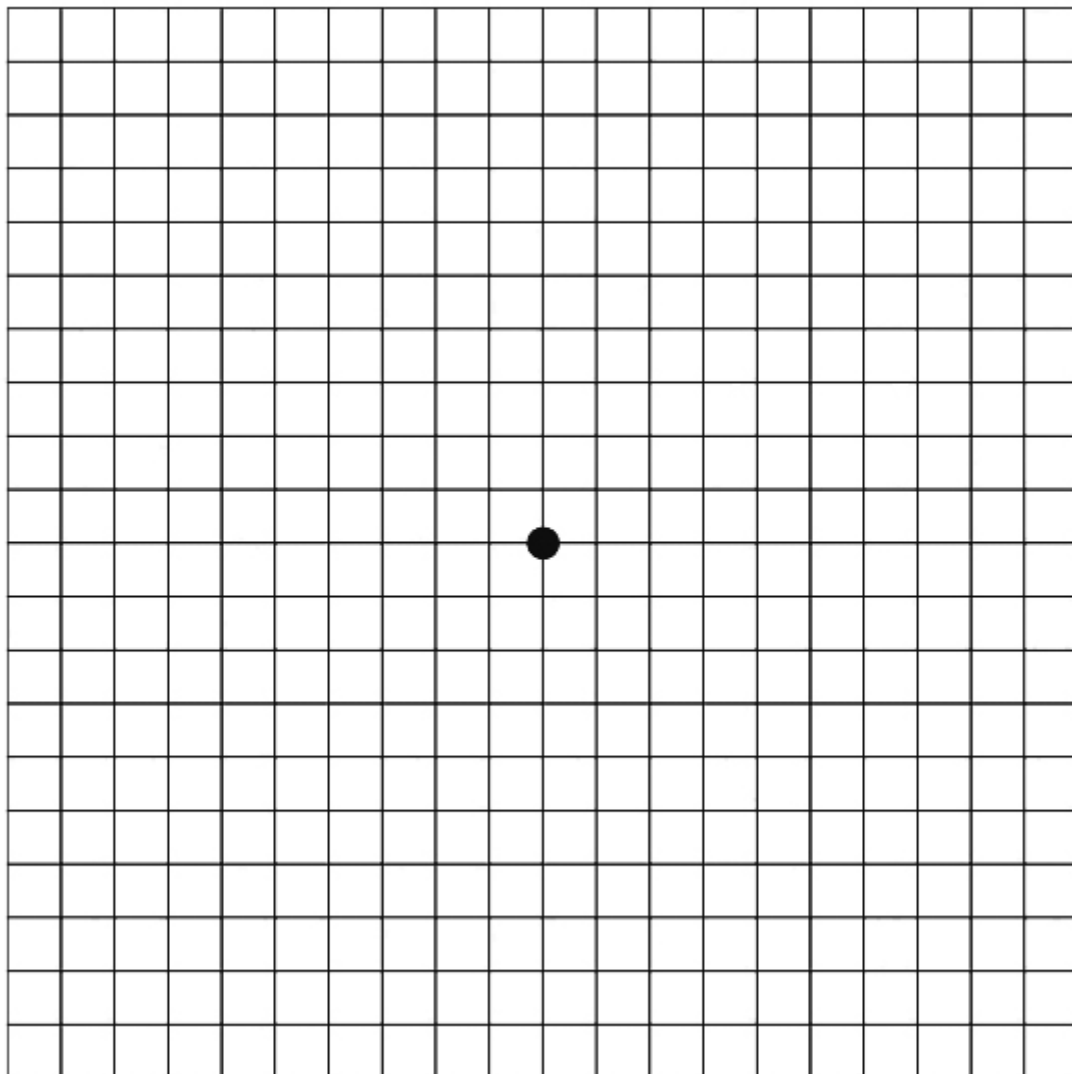
Příloha č. 2 – Dotazník

Příloha č. 3 – Specifická součást dotazníku pro respondenty seniorského věku se zrakovým postižením (škály)

Příloha č. 4 – Struktura rozhovoru

Příloha č. 5 – Podklady ke statistickým výpočtům

PŘÍLOHA Č. 1 – Amslerova mřížka



PŘÍLOHA Č. 2 – Dotazník

Vážené dámy, vážení pánové.

Obracíme se na Vás s žádostí o pomoc při realizaci výzkumu, který je zaměřen na problematiku informovanosti dospělé populace o riziku vzniku zdravotních obtíží souvisejících se zvyšujícím se věkem. Svou, zcela anonymní účastí ve výzkumu, pomůžete ke zmapování situace v této oblasti. Výsledky výzkumu budou následně prezentovány v disertační práci, která bude v případě Vašeho zájmu dostupná na webových stránkách Univerzity Palackého v Olomouci.

U položek, které nabízejí konkrétní odpověď (např. ANO – NE), označte prosím Vaši odpověď křížkem. Označit můžete i více odpovědí najednou. U položek, kde je ponechán prostor pro Vaši odpověď, napište tuto odpověď na vyznačenou linku. Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně 15–20 minut.

Předem děkujeme za Váš čas!

Mgr. Hana Joklíková

Univerzita Palackého v Olomouci, PdF, Ústav speciálněpedagogických studií

Tel. 737633878, email: hanka.joklikova@seznam.cz

Základní údaje o respondentovi:

Jste:

- žena
- muž

Váš věk je:

- 50–64 let
- 65 let a více

Pokud je Vám 65 a více let, prosím uveďte, kde žijete:

- v domácím prostředí
- v domově pro seniory

Kraj, ve kterém žijete: _____

Vaše profese je (pokud jste již v důchodu, uveďte jaká je Vaše bývalá profese):

- manuální
- intelektuální
- kombinace obou

1. Chodíte pravidelně na lékařské prohlídky?

- ANO
- NE

Pokud jste odpověděli **ano**, označte prosím, k jakým lékařům:

- praktický lékař
- gynekolog (ženský lékař)
- stomatolog (zubní lékař)
- kardiolog (léčba srdečních nemocí)
- neurolog (onemocnění nervového systému)
- oftalmolog (oční lékař)
- diabetolog (léčba cukrovky)
- ortoped (nemoci pohybového ústrojí)
- alergolog (léčba alergií, astmatu apod.)
- ORL (ušní, nosní, krční)
- endokrinolog (např. léčba onemocnění štítné žlázy)
- urolog (nemoci ledvin, močových cest, prostaty apod.)
- jiný lékař _____

2. Uveďte prosím, jaká onemocnění patří podle Vás mezi civilizační onemocnění (civilizační choroby):

3. Domníváte se, že existují nějaké možnosti, jak těmto onemocněním předcházet?

- ANO
- NE

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím, o jaké možnosti se podle Vás může jednat?

4. Pociťujete obavu z toho, že by u Vás mohlo dojít ke vzniku civilizačního onemocnění?

- ROZHODNĚ ANO
- SPÍŠE ANO
- ČÁSTEČNĚ
- VŮBEC NE
- NIKDY JSEM SE NAD TÍM NEZAMÝŠLEL/A

5. Věnujete se prevenci vzniku civilizačních onemocnění?

- ANO
- NE

Pokud jste odpověděli **ano**, označte prosím, o jakou prevenci se jedná konkrétně:

- preventivní lékařské prohlídky
- správná životospráva (odpovídající strava, pohyb...)
- samovyšetření – popř. sledování změn ve Vašem organismu
- užívání doplňků stravy, vitamínů apod.

6. Zajímáte se cíleně o problematiku civilizačních onemocnění?

- ANO
- NE

Pokud **ano**, od jaké doby? Z jakého důvodu? _____

7. Sledujete v televizi (v rozhlase, na internetu) pořady věnované zdraví a zdravému životnímu stylu?

- ANO
- NE

8. Našel/našla jste někdy u lékaře letáčky (brožury, plakáty) týkající se problematiky civilizačních onemocnění?

- ANO
- NE

Pokud **ano**, četl/a jste jej?

- ANO
- NE

9. Navštívil/a jste již někdy očního lékaře?

- ANO
- NE

10. Chodíte na pravidelné prohlídky k očnímu lékaři?

- ANO
- NE

11. Znáte některé varovné projevy, které mohou být příznakem očního onemocnění?

- ANO
- NE

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím, o jaké projevy by se například mohlo jednat:

12. Pociťujete obavu, že by u Vás mohlo dojít ke vzniku takového onemocnění?

- ROZHODNĚ ANO
- SPÍŠE ANO
- ČÁSTEČNĚ
- VŮBEC NE
- NIKDY JSEM SE NAD TÍM NEZAMÝŠLEL/A

13. Věnujete se prevenci vzniku očních onemocnění?

- ANO
- NE

Pokud jste odpověděli **ano**, označte prosím, o jakou prevenci se jedná konkrétně:

- preventivní lékařské prohlídky
- správná životospráva (odpovídající strava, pohyb...)
- zraková hygiena (správné osvětlení, používání vhodných brýlí, nepřetěžování zraku...)
- samovyšetření – popř. sledování změn ve Vašem organismu

- užívání doplňků stravy, vitamínů apod.

14. Pokud zaznamenáte nějaký varovný příznak, který by mohl souviset s onemocněním očí (např. bolest hlavy, rozostřené vidění a podobně), navštívíte okamžitě lékaře?

- ANO
 NE

Pokud jste odpověděli **ano**, označte prosím, k jakému lékaři půjdete:

- praktický lékař
 oční lékař
 jiný lékař: _____

15. Znáte nějaká oční onemocnění, která mohou vést k poškození nebo ztrátě zraku v dospělém věku?

- ANO
 NE

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím příklad takového/takových onemocnění:

16. Co si představujete pod pojmem zrakové postižení?

17. Kdo je podle Vás osobou se zrakovým postižením?

- každý člověk, který nosí brýle
 člověk, který má potíže se zrakem a už mu nestačí brýle
 člověk, který potřebuje používat speciální pomůcky (např. lupy na čtení)
 člověk, který je nevidomý (nevidí)

18. Informoval Vás někdy lékař o riziku vzniku očního onemocnění (popř. zrakového postižení) v seniorském věku?

- ANO
 NE

Pokud **ne**, získali jste tyto informace někde jinde (např. v TV, rozhlase...)?

ANO

NE

Pokud **ano**, jaký lékař Vás informoval? _____

Kdy to bylo? _____

19. Kam konkrétně (nebo na koho) se v případě potřeby obrátíte pro další informace o očních onemocněních?

20. Našel/našla jste již u svého lékaře brožuru (letáček, plakát) týkající se problematiky očních onemocnění?

ANO

NE

Pokud **ano**, četl/a jste jej?

ANO

NE

21. Zajímáte se cíleně o problematiku očních onemocnění?

ANO

NE

Pokud **ano**, od jaké doby? Z jakého důvodu?

22. Znáte některé možnosti samovyšetření zraku?

ANO

NE

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím, o jaké/á samovyšetření se jedná:

Používáte toto/tato samovyšetření?

ANO

NE

23. Znáte ve svém okolí nějakého člověka, který má zrakové postižení?

ANO

NE

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím, s jakými obtížemi se podle Vás musí potýkat?

24. Máte představu o tom, jakými způsoby lze alespoň částečně nahradit ztrátu zraku?

ANO

NE

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím příklad/y:

25. Znáte nějakou organizaci, která pomáhá (poskytuje služby) osobám se zrakovým postižením?

ANO

NE

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte příklad/y:

26. Jaký je podle Vás nejvhodnější způsob šíření informací o problematice očních onemocnění? Zkuste, prosím, popsat, co nejvíc vyhovuje Vám?

Co je pro Vás nejméně vhodné?

27. Co byste chtěli změnit v oblasti šíření informací o problematice očních onemocnění?

informace by měly být srozumitelnější a jasnější

informace by měly být dostupnější

informace by měly být sdělovány zejména lékařem

informace by měly být sdělovány zejména prostřednictvím médií (TV, rozhlas, noviny...)

- informace by měly být sdělovány na bezplatných besedách či přednáškách
- informace by měli podávat také lékárníci
- informace by měly být odbornější a podrobnější.
- informací tohoto typu by mělo být méně.
- informace by měly být hlavně na internetu.
- jiné: _____

PŘÍLOHA Č. 3 – Specifická součást dotazníku pro respondenty seniorského věku se zrakovým postižením (škály)

U každé z následujících položek zaškrtněte, prosím, křížkem hodnotu, která nejvíce odpovídá tomu, jak moc souhlasíte nebo nesouhlasíte s daným tvrzením. Čím vyšší zaškrtnete číslo, tím více s daným tvrzením souhlasíte. Zaškrtnete-li tedy číslo 5, souhlasíte zcela. Zaškrtnete-li číslo 1, nesouhlasíte vůbec.

Jsem často smutný.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Cítím se méněcenný.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Po vzniku zrakového postižení nastaly v mém životě pozitivní změny.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Cítím se osamělý.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Můj život byl lepší (kvalitnější) v době, kdy jsem viděl normálně.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Často se nudím.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Cítím se nevyužitý.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Cítím, že po vzniku ZP mi ubylo přátel.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Po vzniku ZP se častěji cítím nemocný.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Zrakové postižení mi otevřelo nové možnosti.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Díky svému postižení jsem potkal nové přátele.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Díky svému postižení jsem se naučil nové věci.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Po vzniku ZP se cítím více stresovaný.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Cítím, že mám málo příležitostí ke smysluplnému trávení volného času.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Mé nálady se po vzniku zrakového postižení nezměnily, nejsou ani lepší, ani horší.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Zrakové postižení změnilo můj život negativním způsobem.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Potřebuji dopomoc při osobní hygieně.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Potřebuji dopomoc při péči o domácnost.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Potřebuji dopomoc při nákupu.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Potřebuji dopomoc při realizaci volnočasových aktivit.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Potřebuji dopomoc při kontaktu s rodinou a přáteli.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

V péči o vlastní osobu jsem samostatný.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Potřebuji dopomoc při vyřizování úředních záležitostí.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Potřebuji dopomoc při přesunu z domova do zvoleného cíle.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Potřebuji dopomoc při využívání speciálních pomůcek.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Využívám asistenci rodinných příslušníků.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Využívám profesionální osobní asistenci.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Potřebuji dopomoc při návštěvě lékaře.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Jsem si schopen/schopna si samostatně vyřídit veškeré záležitosti mimo domov.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Po vzniku zrakového postižení se již nemohu věnovat svým koníčkům.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Po vzniku zrakového postižení už nemohu sám vyjít z domu.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Jsem nesamostatný v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Umím používat speciální pomůcky pro osoby se zrakovým postižením.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Více peněz by mi umožnilo žít lépe.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

Byl/a bych spokojenější, kdybych se mohl/a více stýkat s lidmi.

Naprosto nesouhlasím 1 2 3 4 5 Naprosto souhlasím

PŘÍLOHA Č. 4 – Struktura rozhovoru

Informant: senior se zrakovým postižením vzniklým v seniorském věku

1. VĚK

2. VĚK V DOBĚ ZJIŠTĚNÍ DIAGNÓZY

3. POHLAVÍ

4. DIAGNÓZA (oftalmologická)

5. POZNÁMKY KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

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

6. SOUČASNÝ STAV ZRAKU

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

7. ZAMĚSTNÁNÍ

- Bývalé/současné?
- Vaše vzdělání?

8. RODINNÉ ZÁZEMÍ

- Žijete v domě/v bytě/jinde?
- Máte v obydlí provedeny nějaké úpravy vzhledem ke svému ZP?
- Žijete sám(a)/s partnerem/ s rodinou?
- Je styk s rodinou pravidelný?

9. KONTAKT S OKOLÍM

- Chodíte do společnosti sám/s doprovodem? S jakým?
- Kam vyrážíte? Jak často?
- Docházejí jiné osoby za Vámi? Jaké?

10. OMEZENÍ ZPŮSOBENÁ ZP

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

11. ZÁJMY A KONÍČKY

- Dříve?
- Po vzniku ZP?
- V čem konkrétně Vás ZP omezilo?

12. VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB

- Máte příspěvek na péči? V jaké výši?
- Tyfloservis (jaké konkrétně služby z jejich nabídky?)
- TyfloCentrum (jaké konkrétně služby?)
- Osobní asistence, pečovatelská služba, dobrovolníci...?
- Jiné služby: pobytové, psycholog, psychoterapeut...?
- Kdo Vás o možnostech využívat služby informoval?

14. POZNÁMKY K VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB

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

16. SPECIÁLNÍ POMŮCKY

- Optické – jaké?
- Neoptické – jaké?
- Jak pomůcky využíváte? Jak často? Jsou s tím problémy, je to složité?

17. SPOKOJENOST S NABÍDKOU POMŮCEK

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

18. JAKÝM ZPŮSOBEM ZÍSKÁVÁTE PŘEVÁŽNĚ INFORMACE

- Dříve:
- Nyní:

19. POCITY PŘI SDĚLENÍ DIAGNÓZY

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

20. REAKCE OKOLÍ NA VAŠE ZP

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

21. „CO VÁM ZP DALO A VZALO“

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

22. JAK ZVLÁDÁTE (NEZVLÁDÁTE) :

- samostatný pohyb (doma i v terénu):
- péči o domácnost:
- realizaci koníčků (např. i návštěva kostela):
- cestování (přesun z místa na místo):
- návštěvy lékaře:
- nákupy:
- vyřizování na úřadech:
- Kdo Vám pomůže, když na něco nestačíte? (partner, rodina, přátelé, dobrovolníci, placení pracovníci – osobní asistence, pečovatelská služba...)

- Která ze zmíněných činností Vás nejvíce stresuje, činí Vám největší obtíže?

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

24. JAK SE PŘEVÁŽNĚ CÍTÍTE?

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

25. SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ POCITU BEZPEČÍ

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

26. AKTUÁLNÍ FINANČNÍ SITUACE

- Jak byste charakterizoval(a) svou finanční situaci?
- Stála vás léčba u oftalmologa (např. u vlhké formy věkem podmíněné makulární degenerace, koupě výživových doplňků apod.) hodně peněz? Kolik?
- Byla pro Vás léčba u oftalmologa finančně nedostupná?
- Je Vaše finanční situace stejná jako před vznikem ZP? Dobrá /špatná?
- Máte v souvislosti se ZP znatelně vyšší výdaje?
- Pomáhá Vám příspěvek na péči? Co si z něj hradíte?

NEZAŘADITELNÉ POZNÁMKY INFORMANTA:

POZNÁMKY:

PŘÍLOHA Č. 5 – Podklady ke statistickým výpočtům

Hypotéza č. 1

Tabulka 62: Výpočty k hypotéze H1

P	0,05
U	2167,50
z (normal approx)	3,35

Hypotéza č. 2

Tabulka 63: Výpočty k hypotéze H2

	prevence vzniku civilizačních chorob	prevence vzniku očních onemocnění	Marginal Row Totals
ano	81 (63.5) [4.82]	46 (63.5) [4.82]	127
ne	50 (67.5) [4.54]	85 (67.5) [4.54]	135
Marginal Column Totals	131	131	262 (Grand Total)

Hypotéza č. 3

Tabulka 64: Výpočty k hypotéze H3

P	< 0,05
U	13381,00
z (normal approx)	1,95

Hypotéza č. 4

Tabulka 65: Výpočty k hypotéze H4

P	< 0,05 (0.048)
U	1896,50
z (normal approx)	1,98

Hypotéza č. 5

Tabulka 66: Výpočty k hypotéze H5

	P	O	P-O	(P-O)²	(P-O)²/O
informace od lékaře	42	48	-6	36	0,75
informace z médií	54	48	6	36	0,75
chi-kvadrát (stupeň volnosti 1, krit. hodnota pro $\alpha=0,05$ je 3,84)					1,50

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Mgr. Hana Joklíková

ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ A JEHO VLIV NA OSOBY SENIORSKÉHO VĚKU

Autoreferát disertační práce

Olomouc 2014

Autor: **Mgr. Hana Joklíková**
Ústav speciálněpedagogických studií, PdF UP v Olomouci

Název: **Zrakové postižení a jeho vliv na osoby seniorského věku**

Obor: Speciální pedagogika

Školitel: **doc. Mgr. Dita Finková, Ph.D.**
Ústav speciálněpedagogických studií, PdF UP v Olomouci

Oponenti: **prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.**
PdF UP v Olomouci

Doc. PhDr. Lea Květnová, Ph.D.
PdF UK v Praze

Místo a termín obhajoby: PdF UP v Olomouci

Místo, kde bude práce vystavena: PdF UP v Olomouci

S podrobnostmi o termínu konání obhajoby disertační práce je možno se seznámit na Referátu vědy a výzkumu Pedagogické fakulty UP v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 77140 Olomouc.

OBSAH AUTOREFERÁTU

ÚVOD	3
1 OBSAH DISERTAČNÍ PRÁCE	6
2 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY	10
3 REALIZACE VÝZKUMU – CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU, METODY SBĚRU DAT	11
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	11
3.2 Metody sběru dat	13
4 CÍL VÝZKUMU, STANOVENÉ VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	15
5 DISKUZE	19
6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	27
ZÁVĚR	28
SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	29
PUBLIKAČNÍ ČINNOST AUTORKY	39
ANOTACE	42
SUMMARY	44
RESŮMEE	45

ÚVOD

Stárnutí populace a současný nárůst počtu osob seniorského věku znamená výzvu pro mnohé vědní obory, speciální pedagogiku nevyjímaje. Cílová skupina seniorů je početná a také velmi heterogenní, ať už z hlediska věku, sociálního zázemí, samostatnosti a soběstačnosti, zdravotního stavu či přítomnosti (nebo nepřítomnosti) zdravotního postižení. V návaznosti na poslední zmiňované je třeba zmínit, že senioři se zdravotním postižením jsou v této skupině zastoupeni poměrně významně. I skupina seniorů s postižením je ovšem značně různorodá. My jsme si pro výzkumné aktivity vybrali jednu konkrétní cílovou skupinu, a to seniory se zrakovým postižením.

Otázkou, kterou aktuálně řeší snad všechny disciplíny speciální pedagogiky, je optimalizace speciálněpedagogických intervencí s ohledem na potřeby a nejvíce problematické oblasti života u konkrétní klientely. Tuto otázku jsme se v rámci disertační práce rozhodli řešit i my. Vycházíme z předpokladu, že efektivní intervence by měla být zacílena právě do nejproblematictějších oblastí života jedince s postižením a v rámci této práce se proto snažíme o určení těchto oblastí u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením. Kvalitně vedená a dobře zacílená intervence tak může pozitivně ovlivnit vliv zrakového postižení na osoby seniorského věku ve smyslu snížení jeho negativních dopadů.

Výrazným fenoménem soudobé společnosti je prevence a kvalitní informovanost, jakožto možnost předcházení nemoci. V rámci předkládané disertační práce se zabýváme zejména jednou konkrétní oblastí, a to prevencí ve vztahu k očním onemocněním. Tato totiž, jak naznačují počty pozdě odhalených očních onemocnění a na jeho základě vzniklých zhoršení zrakových funkcí, stojí stále ještě na okraji zájmu většinové populace. Přitom včasné odhalení příznaků počínajícího očního onemocnění může mít zásadní vliv na progresi tohoto onemocnění a případný vznik zrakového postižení jím způsobeným. Realizaci prevence a zvyšování informovanosti o problematice očních onemocnění a zrakového postižení v populaci tak můžeme v této souvislosti považovat za jednu z možností, jak snížit negativní vliv zrakového postižení na osoby seniorského věku. Je tedy na místě se touto problematikou v rámci speciální

pedagogiky zabývat a usilovat o zlepšení stavu v této oblasti, a to nejen v období sénia, ale již v období preseniorském, které je považováno za období přípravy na stáří.

Cílem práce je nastínit teoretická východiska a prezentovat ucelený pohled na zvolenou problematiku. Disertační práce reflektuje aktuální teoretické poznatky z oblastí, které jsou relevantní vzhledem ke zvolenému tématu. Jednotlivé její kapitoly jsou proto věnovány specifikům seniorského a preseniorského věku, specifikům zrakového postižení u seniorů, věkem podmíněné makulární degeneraci jakožto nejvýznamnější příčině zrakového postižení u osob nad 65 žijících v průmyslově rozvinutých zemích, vybraným aspektům speciálněpedagogické intervence u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením, prevenci jakožto jednomu z prediktorů ochrany zdraví a oblasti informovanosti vztažené ke kvalitě života.

V rámci empirické části práce analyzujeme situaci na poli informovanosti a osvěty ve vztahu k očním onemocněním a zrakovému postižení v preseniorské a seniorské populaci a specifikujeme nejvíce problematické oblasti života seniorů se zrakovým postižením. Získané výsledky se pozitivně odrážejí v oblasti speciálněpedagogické teorie i praxe. V teoretické rovině se jedná o obohacení informační základny speciální pedagogiky v oblasti specifik zrakového postižení u jedinců seniorského věku s přesahem do oblasti prevence a informovanosti. V praktické rovině pak mohou zjištěné skutečnosti přispět ke zvyšování informovanosti populace o problematice zrakového postižení a ke zkvalitnění intervencí u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením.

1 OBSAH DISERTAČNÍ PRÁCE

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1 SENIORSKÝ VĚK	10
1.1 Vymezení seniorského věku	12
1.1.1 Preseniorský věk	16
1.2 Fyzické změny typické pro seniorský věk	18
1.3 Psychické změny typické pro seniorský věk a sociální aspekt stárnutí	22
1.3.1 Specifika v oblasti sociálních vztahů a sociální aspekt stárnutí	26
2 SENIOR SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	32
2.1 Definiční vymezení a klasifikace zrakového postižení	32
2.2 Etiologické faktory vzniku zrakového postižení s akcentem na seniorský věk	35
2.2.1 Stručná anatomie zrakového analyzátoru a fyziologie vidění	36
2.2.2 Katarakta	38
2.2.3 Glaukom	40
2.2.4 Diabetická retinopatie	41
2.2.5 Další možné příčiny vzniku zrakového postižení v seniorském věku	42
2.3 Specifika jedinců s akcentem na seniorský věk, důsledky a praktické dopady zrakového postižení	44
2.3.1 Specifika komunikace se seniory se zrakovým postižením	51
3 VĚKEM PODMÍNĚNÁ MAKULÁRNÍ DEGENERACE	58
3.1 Věkem podmíněná makulární degenerace – základní informace	58
3.2 Základní anatomie sítnice	60
3.2.1 Fyziologie vidění	62
3.3 Příčiny věkem podmíněné makulární degenerace	63
3.3.1 Vliv genetických faktorů	63
3.3.2 Imunologické aspekty	64
3.3.3 Celkové rizikové faktory	64

3.4 Klasifikace a klinický obraz	65
3.5 Možnosti terapie	68
3.5.1 Vyšetřovací metody	68
3.5.2 Možnosti oftalmologické terapie	69
4 VYBRANÉ ASPEKTY SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ INTERVENCE U OSOB SENIORSKÉHO VĚKU SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	72
4.1 Podpora v rámci sociálních služeb	74
4.1.1 Organizace poskytující služby seniorů se zrakovým postižením	76
4.2 Podpora z pohledu terapií a speciálních přístupů ve speciální pedagogice	81
4.2.1 Ergoterapie	81
4.2.2 Arteterapie	83
4.2.3 Trénování paměti	83
4.2.4 Pohybové aktivity	85
4.3 Technická podpora se zaměřením na speciální pomůcky	86
4.4 Příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí	90
5 PREVENCE JAKO JEDEN Z PREDIKTORŮ OCHRANY ZDRAVÍ	95
5.1 Prevence a její charakteristiky	95
5.2 Prevence v kontextu civilizačních onemocnění u cílové skupiny osob preseniorského a seniorského věku	99
5.2.1 Výklad pojmu civilizační onemocnění	99
5.2.2 K prevenci civilizačních onemocnění	102
5.3 Prevence v kontextu očních onemocnění u cílové skupiny preseniorského a seniorského věku	105
5.3.1 Zraková hygiena	108
6 INFORMOVANOST JAKO JEDEN Z INDIKÁTORŮ KVALITY ŽIVOTA	110
6.1 Kvalita života – úvod a teoretické vymezení	110
6.2 Pojetí kvality života v historických souvislostech	113
6.3 Dimenze kvality života	115

6.4 Kvalita života ve vztahu k seniorské populaci a k problematice Informovanosti	116
 EMPIRICKÁ ČÁST	
7 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY	121
 8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	 124
 9 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU – CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ ZÁMĚRY A STANOVENÉ HYPOTÉZY	 128
 10 REALIZACE VÝZKUMU – CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU, METODY SBĚRU DAT, VÝSLEDKY PŘEDVÝZKUMU	 132
10.1 Charakteristika výzkumného souboru	132
10.2 Metody sběru dat	133
10.2.1 Metody sběru kvantitativních dat	133
10.2.2 Metody sběru kvalitativních dat.....	135
10.3 Metody fixace dat	136
10.4 Výsledky předvýzkumu	136
 11 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	 139
11.1 Vyhodnocení a analýza odpovědí u jednotlivých položek dotazníku	139
11.2 Vyhodnocení a analýza specifické přílohy dotazníku pro seniory se zrakovým postižením	177
11.3 Vyhodnocení hypotéz	200
11.4 Případové studie	207
11.4.1 Porovnání sledovaných oblastí	216
 12 DISKUZE	 220
 13 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	 228

ZÁVĚR	229
SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	230
ANOTACE	240
SUMMARY	242
RESÜMEE	243
SEZNAM TABULEK	244
SEZNAM GRAFŮ	247
SEZNAM PŘÍLOH	249

2 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY

Věnovat se v rámci výzkumných aktivit problematice zrakového postižení u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením považujeme vzhledem k současnému vývoji populační křivky za velmi aktuální. Stárnutí populace je jev demograficky potvrzený a je již zcela jasné, že s nárůstem počtu osob seniorského věku souvisejí určitá specifika, na která je třeba se připravit a se kterými je třeba operovat. Tato příprava se týká jak společnosti jako takové, tak konkrétních vědních oborů, kterými se daná společnost zabývá. Otevírá se proto v této souvislosti také prostor pro oblast speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením.

Velmi významná je v souvislosti se vznikem zrakového postižení na podkladě neléčených nebo pozdě léčených oftalmologických onemocnění v seniorském věku (např. věkem podmíněná makulární degenerace, katarakta apod.) také oblast prevence a informovanosti. Podpora v této oblasti může v konečném důsledku vést k výraznému pozitivnímu ovlivnění negativních důsledků a vlivů na osoby seniorského věku.

Senior se zrakovým postižením je typ klienta, se kterým se v rámci speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením setkáváme stále častěji, a to zejména na poli speciálněpedagogické andragogiky. Je tedy na místě, abychom se cílovou skupinou seniorů se zrakovým postižením blíže zabývali a usilovali o zefektivnění speciálněpedagogických intervencí a jejich přizpůsobení dané klientele. Za jednu z efektivních intervencí považujeme také zvyšování informovanosti o problematice zrakového postižení v seniorském věku a související prevenci, jako jednoho z předpokladů pro eliminaci negativních dopadů zrakového postižení. Oblast informovanosti ve vztahu k oftalmologickým onemocněním a zrakovému postižení je proto jednou ze stěžejních v rámci této práce, zejména její výzkumné části.

3 REALIZACE VÝZKUMU – CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU, METODY SBĚRU DAT

Výzkumným tématem, z něhož vychází i samotný název práce, je problematika zrakového postižení ve vztahu k seniorskému věku. Důraz je kladen zejména na oblast informovanosti a osvěty ve vztahu ke zmíněnému fenoménu s přesahem do období presénia, dále pak na možnosti optimalizace speciálněpedagogických intervencí v souvislosti se specifiky cílové skupiny, a na případnou inspiraci zahraničními modely podpory seniorů se zrakovým postižením.

Vzhledem k tomu, že se výzkum vztahuje do více dílčích oblastí, je v rámci jeho realizace využito primárně kvantitativního přístupu, který je doplněn přístupem kvalitativním.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Při sestavení výzkumného souboru bylo využito několika metod, o kterých se zmiňuje Miovský (2006). Jedná se zejména o metodu záměrného (účelného) výběru, a to konkrétně záměrného výběru přes instituce, a metodu příležitostného výběru. Dosavadní výzkumné aktivity, realizované v rámci předvýzkumu, dále ukázaly, že pro sestavení vzorku lze dobře využít i metodu sněhové koule (tzv. snowball sampling).

Za účelem zhodnocení situace v oblasti informovanosti byly osloveny tři skupiny respondentů. Jednalo se o osoby preseniorského věku bez zrakového postižení, o osoby seniorského věku bez zrakového postižení a osoby seniorského věku, u kterých je přítomno zrakové postižení vzniklé v období sénia. Velikost souboru se u jednotlivých skupin poměrně výrazně liší, tato skutečnost musela být zohledněna zejména při volbě testovacích metod pro ověřování hypotéz. Pro skupinu preseniorů bez zrakového postižení se jednalo celkem o 85 respondentů, pro skupinu seniorů bez zrakového postižení se jednalo celkem o 46 respondentů a pro skupinu seniorů se zrakovým postižením se jednalo o 23 respondentů. U skupiny osob bez zrakového postižení byl

přítom kladen důraz na to, aby celkový vzorek byl co nejpestřejší, zejména ve vztahu k sociálnímu postavení, vykonávanému (ev. vykonávanému v minulosti) zaměstnání, popř. nejvyššímu dosaženému vzdělání apod. U osob se zrakovým postižením byla přísně dodržena podmínka, že ke vzniku zrakového postižení došlo až v seniorském věku.

Za účelem specifikace života seniorů se zrakovým postižením byli osloveni senioři se zrakovým postižením, u nichž došlo ke zrakovému postižení v seniorském věku. Upřednostněny byly osoby se zrakovým postižením vzniklým na podkladě věkem podmíněné makulární degenerace, kteří činí téměř polovinu všech respondentů. Všichni respondenti se zrakovým postižením žijí v zařízení pobytových služeb (domov pro seniory, popř. domov pro osoby se zdravotním postižením). K této specifické volbě výzkumného souboru jsme přistoupili ze dvou důvodů. První z nich vzešel na základě konzultace výzkumného záměru s některými řediteli TyfloCenter. Senioři, kteří využívají služeb TyfloCenter (popř. Tyfloservisů či dalších organizací) jsou stále ti stejní. Opakovaně tedy ve výzkumech podobného typu figurují stejní respondenti, u nichž pochopitelně, mimo jiné, klesá ochota se těchto výzkumů účastnit, a také jejich výpovědi jsou stále stejného rázu. Výzkumný soubor pak tedy není rozhodně jedinečný. Druhým důvodem je na druhé straně jedinečnost přítomnosti zrakového postižení u jedince žijících v zařízení pobytových služeb. Negativem, které ovšem plyne z popsané volby výzkumného souboru seniorů se zrakovým postižením, je náročnost získávání respondentů, která je také důvodem jejich relativně nízkého počtu. Senioři žijící v domovech pro seniory nejsou nikde evidováni a zpravidla také nevyužívají služeb žádné z organizací, skrze něž by bylo možné je kontaktovat. Jedinou možností je tak kontaktování vedení nejrůznějších domovů pro seniory, ovšem bez jistoty, že nějaký senior se zrakovým postižením využívá jejich služby.

Naopak u informantů, kteří byli osloveni v rámci realizace doplňkové, kvalitativně orientované části výzkumu, bylo žádoucí, aby byly zastoupeny obě skupiny jedinců seniorského věku se zrakovým postižením, tedy žijící v domácím prostředí a žijící v zařízení pobytových služeb. Tak bylo umožněno porovnávat některé oblasti a jevy.

Pro získávání informací o zahraničních příkladech podpory seniorů se zrakovým postižením bylo využito zejména internetových zdrojů, popř. informací, které poskytly osoby realizující tuto podporu v zahraničí.

3.2 Metody sběru dat

Kvantitativní data byla shromážděna za účelem zhodnocení situace na poli informovanosti a osvěty ve vztahu k možným příčinám vzniku zrakového postižení (výzkumná otázka č. 1 a formulované hypotézy) a dále také za účelem doplnění kvalitativních dat shromážděných s cílem specifikovat životní situaci seniorů se zrakovým postižením a poukázat na nejvíce problémové oblasti vyžadující speciální intervenci ze strany speciálních pedagogů (výzkumný záměr č. 2).

Hlavní metodou sběru kvantitativních dat byl **dotazník**. Gavora (2000) uvádí, že dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Lze jej také považovat za soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, jež jsou cíleně seřazeny a na něž respondent písemně odpovídá. (Chrásková, 2007). Jedná se o nejfrekventovanější metodu zjišťování údajů v případě, že tyto údaje potřebujeme získat od většího počtu respondentů.

Dotazník byl sestaven speciálně pro účely našeho výzkumu a to s ohledem na specifika cílové skupiny respondentů, kterými jsou osoby preseniorského a seniorského věku. V případě preseniorů a seniorů bez zrakového postižení byla preferována tradiční, písemná administrace dotazníku, v případě seniorů se zrakovým postižením administrace ústní, popř. alespoň asistence při vyplňování dotazníku. Dotazníky byly distribuovány dnes již stále méně užívanou tištěnou formou. K této volbě jsme přistoupili na základě vlastností výběrového souboru, předpokládali jsme, že respondenti nad 50 let upřednostní tištěnou formu před formou elektronickou a že vyplnění tištěného dotazníku jim bude bližší a budou k němu více ochotni. Tento předpoklad se ukázal jako reálný a považujeme jej také za jeden z důvodů velmi vysoké návratnosti dotazníků, která prakticky činila 100 % (respondentům bez zrakového postižení bylo distribuováno 135 dotazníků, k vyhodnocení se jich navrátilo 131).

Dalším důvodem vysoké návratnosti byla pečlivá distribuce, která téměř ve všech případech probíhala v rámci přímého kontaktu s výzkumníkem nebo prostředníkem.

Další z metod, která byla pro sběr dat využita (jakožto specifická součást dotazníku pro skupinu seniorů se zrakovým postižením), je **škálování**. Gavora (2000, s. 87) definuje škály takto: „Posuzovací škála je nástroj, který umožňuje posuzovat míru vlastnosti jevu nebo jeho intenzitu. Posuzovatel vyjadřuje svoje hodnocení určením polohy na škále.“ Položky vyžadující respondentovo posouzení jsou zaměřeny zejména na posuzování jevů a vlastní osoby. Sestavené škály jsou pětistupňové a jednotlivé položky jsou inspirovány položkami standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD a dotazníku postojů ke stárnutí a stáří AAQ. Byly předkládány jako součást dotazníku, tak, jak je zvykem, nicméně vzhledem k charakteru respondentů (osoby seniorského věku se zrakovým postižením) byla tato specifická součást dotazníku administrována ústně.

Kvalitativní data byla shromážděna za účelem specifikace životní situace seniorů se zrakovým postižením prostřednictvím vytvoření případové studie. (výzkumný záměr č. 2). Tato kvalitativní data pouze doplňují data kvantitativní, čemuž odpovídá i jejich rozsah, který činí dvě případové studie.

V souvislosti s metodami sběru dat uvádí Hendl (2005, s. 161) následující: „Síla kvalitativních dat spočívá v tom, že jsou přirozeně uspořádaná a popisují každodenní život. Vyznačují se lokální zakotveností a nejsou vytrhována z kontextu dění. Mají popisovat podrobnosti případu, (...). Snažíme se přitom jít za *co* a *kolik* a blížit se k *proč* a *jak*.“ Tímto předpokladem se potom řídí i způsob sběru dat.

Pro získávání dat je využito kombinace několika výzkumných metod. V podstatě se jedná o kombinaci dvou základních metod, které se běžně v kvalitativně orientovaném výzkumu nejčastěji užívají, tedy **dotazování** (interview) a **pozorování**.

4 CÍL VÝZKUMU, STANOVENÉ VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

Realizovaný výzkum se vyznačuje smíšeným designem. Vzhledem k této skutečnosti jsme jednak formulovali výzkumné hypotézy, a jednak stanovili výzkumné záměry. Celkem bylo formulováno 5 hypotéz (pro potřeby výzkumu formulovány jako nulové H_0 a alternativní H_A „statistické hypotézy“) a stanoveny 3 výzkumné záměry. Ke každému z výzkumných záměrů byly položeny také dílčí otázky. Výzkumné záměry korespondují s hlavními oblastmi zájmu disertační práce (s vytýčenými cíli), dílčí otázky rozvíjejí danou oblast tak, aby byla postižena co nejkompexněji, a aby hlavních cílů bylo dosaženo v celé jejich hloubce a šíři.

Za hlavní **cíle výzkumu** považujeme následující:

- Určit, jaké jsou charakteristiky informovanosti a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku s akcentem na potencionální etiologické faktory vzniku zrakového postižení v seniorském věku, zhodnotit příčiny zjištěného stavu, a na zjištěná fakta reagovat v rámci výstupů práce. (Pozn.: k dosažení tohoto cíle bude využito kvantitativního výzkumného designu).
- Identifikovat specifika a nejvíce problémové oblasti života seniorů se zrakovým postižením a na základě tohoto zjištění navrhnout optimální možnosti a oblasti speciálněpedagogické podpory. (Pozn.: k dosažení tohoto cíle bude využito kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného designu, jedná se tedy o smíšený design).
- Popsat některé příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí a navrhnout, jakým způsobem by se touto podporou mohla v rámci svých možností inspirovat česká speciálněpedagogická praxe.

Výzkumné záměry, pomocí nichž došlo ke zmapování zvolené problematiky a k naplnění stanovených cílů, jsou uvedeny níže. Vzhledem k šíři problematiky jsme si v návaznosti na jednotlivé výzkumné záměry kladli také dílčí otázky.

Výzkumný záměr č. 1:

Výzkumným záměrem č. 1 je popsat, jaká je v České republice situace na poli informovanosti a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku ve vztahu k možným příčinám zrakového postižení a ke zrakovému postižení jako takovému. Tato oblast informovanosti je přitom v některých případech porovnávána s oblastí informovanosti ve vztahu k civilizačním onemocněním, která jsme v populaci považovali za dobře známá.

Dílčí otázky:

- Jak lze charakterizovat míru informovanosti respondentů preseniorského a seniorského věku o možných příčinách vzniku zrakového postižení v seniorském věku a zrakovém postižení jako takovém?
- Jak by dle potřeb a preferencí všech respondentů vypadal ideální způsob informování a osvěty ve vztahu k možným příčinám vzniku zrakového postižení v preseniorském a seniorském věku?
- Jaká je v oblasti informovanosti a prevence role praktického a očního lékaře?

Využití zjištěných poznatků:

Na základě zjištěných poznatků je popsáno, jaká je situace na poli informovanosti a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku ve vztahu k možným příčinám zrakového postižení a zrakovému postižení jako takovému, a taktéž je popsáno, jaké charakteristiky by měl mít ideální způsob informování o této problematice

Výzkumný záměr č. 2:

Zjistit, jaké konkrétní negativní dopady má zrakové postižení na jedince seniorského věku, do jakých oblastí jejich života se nejvíce promítá, a jak by bylo možné tyto negativní dopady snížit.

Dílčí otázky:

- Jaké situace byly (jsou) pro respondenty po vzniku zrakového postižení v seniorském věku nejtěžší (nejproblematičtější)?
- Které činnosti považují respondenti za již nerealizovatelné?
- Co by se muselo změnit, aby se seniorům se zrakovým postižením žilo lépe?
- Jaká je u seniorů po vzniku zrakového postižení subjektivní míra soběstačnosti?

- Jaká je u seniorů po vzniku zrakového postižení subjektivní míra spokojenosti s vlastním životem?

Využití zjištěných poznatků:

Na základě zjištěných poznatků byla specifikována životní situace seniorů se zrakovým postižením žijících v zařízení pobytových služeb a vyhodnoceny nejvíce problematické oblasti.

Výzkumný záměr č. 3:

Zjistit, jaké skutečnosti vyplývají z popisu příkladů speciálněpedagogické podpory seniorů se zrakovým postižením v anglicky mluvících zemích (v USA a Velké Británii).

Dílčí otázky č. 3:

- Jak je realizována podpora seniorů se zrakovým postižením v zahraničí?
- Které z prvků podpory realizované v zahraničí by bylo výhodné aplikovat i v prostředí České republiky?

Využití zjištěných poznatků:

Na základě zjištěných poznatků bylo poukázáno na to, jakým směrem by se mohla ubírat a rozvíjet podpora seniorů se zrakovým postižením v České republice z pohledu speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením.

Hypotézy, jež byly na základě výzkumných cílů pro plánovaný výzkum stanoveny, jsou následující:

1. Osoby seniorského věku se zrakovým postižením vykazují vyšší míru informovanosti o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení.

H1₀: Mezi mírou informovanosti seniorů se zrakovým postižením a mírou informovanosti preseniorů a seniorů bez zrakového postižení není statisticky významný rozdíl.

H1_A: Mezi mírou informovanosti seniorů se zrakovým postižením a mírou informovanosti preseniorů a seniorů bez zrakového postižení je statisticky významný rozdíl.

2. Osoby preseniorského a seniorského věku se více věnují obecné prevenci civilizačních nemocí, než specifické prevenci očních onemocnění.

H2₀: Mezi realizací obecné prevence civilizačních nemocí a realizací specifické prevence očních onemocnění není statisticky významný rozdíl.

H2_A: Mezi realizací obecné prevence civilizačních nemocí a realizací specifické prevence očních onemocnění je statisticky významný rozdíl.

3. Míra informovanosti o problematice zrakového postižení je v preseniorské a seniorské populaci nižší, než míra informovanosti o onemocněních, která mají civilizační charakter.

H3₀: Mezi mírou informovanosti o problematice zrakového postižení a mírou informovanosti o onemocněních, která mají civilizační charakter, není statisticky významný rozdíl.

H3_A: Mezi mírou informovanosti o problematice zrakového postižení a mírou informovanosti o onemocněních, která mají civilizační charakter, je statisticky významný rozdíl.

4. Osoby seniorského věku se zrakovým postižením jsou schopny lépe specifikovat ideální způsob informování o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení.

H4₀: Mezi osobami se zrakovým postižením a bez zrakového postižení není z hlediska schopnosti specifikovat ideální způsob informování statisticky významný rozdíl.

H4_A: Mezi osobami se zrakovým postižením a bez zrakového postižení je z hlediska schopnosti specifikovat ideální způsob informování statisticky významný rozdíl.

5. Osoby preseniorského a seniorského věku získávají více informací o zkoumané problematice z médií než přímo od lékaře.

H5₀ : Mezi množstvím informací z médií a množstvím informací přímo od lékaře není statisticky významný rozdíl.

H5_A: Mezi množstvím informací z médií a množstvím informací přímo od lékaře je statisticky významný rozdíl.

5 DISKUZE

Diskuze je věnována interpretaci dat, shrnutí výsledků výzkumu a jejich uvedení do vzájemných souvislostí.

Cílem práce bylo určit charakteristiky informovanosti a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku ve vztahu k očním onemocněním a zrakovému postižení jako takovému, dále pak identifikovat specifika a nejvíce problémové oblasti života seniorů se zrakovým postižením a konečně popsat některé příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí a možnosti inspirace těmito příklady v prostředí České republiky.

Třemi oslovenými skupinami respondentů byli presenioři bez zrakového postižení, senioři bez zrakového postižení a senioři se zrakovým postižením. Hlavním nástrojem sběru dat byl anonymní dotazník, distribuovaný mezi všechny tři skupiny respondentů. Součástí dotazníku byla i specifická příloha pro seniory se zrakovým postižením. Doplňkovým nástrojem byl polostrukturovaný rozhovor.

V rámci práce byly na základě studia odborné literatury stanoveny tři základní výzkumné cíle, v souladu s těmito výzkumnými cíli také tři výzkumné záměry se svými specifickými (dílčími) otázkami a v neposlední řadě bylo stanoveno a následně ověřováno 5 věcných hypotéz, pro potřeby výzkumu formulovaných také jako nulové H_0 a alternativní H_A statistické hypotézy. Následující text představuje prezentaci zjištěných skutečností, jejich shrnutí a naplnění cílů výzkumu.

Jednou ze dvou hlavních oblastí, na které jsme se v rámci výzkumu zaměřili, byla oblast informovanosti o problematice očních onemocnění a zrakového postižení. Cílem bylo **určit charakteristiky informovanosti** a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku ve vztahu k očním onemocněním a zrakovému postižení jako takovému. Předpokládali jsme, že v populaci panuje vyšší informovanost o problematice civilizačních onemocnění, která jsou široce propagována v médiích a jejich prevence je z pochopitelných důvodů podporována i ze strany zdravotních pojišťoven. Proto jsme si tuto oblast zvolili pro srovnání s oblastí očních onemocnění a zrakového postižení.

Na základě analýzy a interpretace dat lze konstatovat, že míra informovanosti vykazuje u sledované skupiny značné rezervy, které jsou negativním faktorem jednak v rámci prevence, jednak v rámci včasného odhalování počátečních příznaků očního onemocnění a včasného zahájení léčby tohoto onemocnění, a jednak v pozitivním a věcném přijímání zrakového postižení a osob se zrakovým postižením. Respondenti dokážou jmenovat poměrně širokou škálu civilizačních onemocnění, některé možnosti realizace prevence, přičemž ve většině případů tuto prevenci také realizují (72,94 % preseniorů, 52,17 % seniorů a 91,30 % seniorů se zrakovým postižením). Oproti tomu v případě očních onemocnění, jakožto možných příčin zrakového postižení, respondenti většinou uváděli jen glaukom a kataraktu, navíc tato dvě onemocnění, která vznikají na odlišném podkladě, uváděli souhrnně jako „zákaly“, bez bližší specifikace. Prevenci očních onemocnění přitom realizuje pouze 43,53 % preseniorů a 39,13 % seniorů (senioři se zrakovým postižením v této otázce z pochopitelných důvodů osloveni nebyli). Cílený zájem respondentů o obě oblasti je přitom přibližně podobný, a je také podobným způsobem motivován. Motivací je nejčastěji vlastní onemocnění nebo onemocnění či úmrtí v rodině nebo mezi přáteli.

Informovanost o zrakovém postižení jako takovém také není z našeho pohledu v preseniorské a seniorské populaci ideální. Mezi její hlavní charakteristiky patří nedostatek relevantních a ověřených informací, nedostatečná nebo zcela absentující zkušenost s osobami se zrakovým postižením, zevšeobecňování, a velký podíl mýtů a polopravd, které často vedou k demonizaci zrakového postižení (zde můžeme vidět spatřovat souvislost s obrovským strachem ze vzniku zrakového postižení, tak jak se o něm zmiňuje Renaud, Bédard, 2013). Výčet definic zrakového postižení v podání respondentů byl sice rozmanitý, ale ve většině případů ne správný a zkreslený. Nejčastější definicí byla nevidomost (v podání respondentů často „slepota“), následována „zhoršeným“ a „špatným“ viděním. V celkovém zhodnocení pak lze konstatovat, že z celkového počtu 85 respondentů seniorského věku pouze 16 přibližně správně definovalo, co je to zrakové postižení a pouze 17 definovalo správně, kdo je to osoba se zrakovým postižením. Z celkového počtu 46 respondentů seniorského věku pouze 2 přibližně správně definovali, co je to zrakové postižení a pouze 6 definovalo správně, kdo je to osoba se zrakovým postižením. Z celkového počtu 23 respondentů seniorského věku se zrakovým postižením pouze 2 přibližně správně definovali, co je to zrakové postižení a 12 definovalo správně, kdo je to osoba se zrakovým postižením.

Za pozitivní a charakteristickou v této oblasti informovanosti lze tedy považovat skutečnost, že u skupiny respondentů se zrakovým postižením povědomí o tomto postižení vzrůstá.

Chceme-li odpovědět na **dílčí otázky výzkumného záměru č. 1**, konstatujeme v první řadě, že míra informovanosti respondentů preseniorského a seniorského věku o možných příčinách vzniku zrakového postižení v seniorském věku a zrakovém postižení jako takovém je nedostatečná (viz výše) a vyžaduje cílené zvyšování. Vzhledem k této, předpokládané, potřebě bylo v rámci výzkumu dále zjišťováno, jak by dle potřeb a preferencí všech respondentů vypadal ideální způsob informování a osvěty ve vztahu k možným příčinám vzniku zrakového postižení v preseniorském a seniorském věku. Na základě analýzy dat je zřejmé, že respondentům se jako nejideálnější jeví osobní rozhovor s lékařem, ideálně praktickým, ve kterého má preseniorská a seniorská populace důvěru. Dále byla nejčastěji zmiňována média (internet a televize). Nejméně vhodný způsob informování respondenti ve většině případů nedokázali uvést. V několika odpovědích se v této souvislosti objevovaly např. nevyžádané telefonní akce, akce na ulici či letáky do schránky. Na způsobu informování by se dle samotných respondentů mělo změnit zejména následující: informace by měly být srozumitelnější a jasnější, měly by být dostupnější a sdělované zejména lékařem a v médiích. V oblasti informování o problematice očních onemocněních a zrakového postižení je opakovaně zmiňována úloha lékaře. Z výsledků výzkumu vyplývá, že ačkoliv mají respondenti ve svého praktického lékaře důvěru a většina svého praktika pravidelně navštěvuje (67,06 % preseniiorů, 86,96 % seniorů a 82,61 % seniorů se ZP), žádný preseniior a senior se ZP a pouze 10,87 % seniorů obdrželo od svého praktického lékaře informace o riziku vzniku zrakového postižení v seniorském věku a o možnostech prevence či samovyšetření. Aktivnější roli plní v této oblasti oftalmolog, který informoval 12,94 % preseniiorů, 23,91 % seniorů a 8,70 % seniorů se ZP. Velkým negativem, které v této souvislosti spatřujeme, je nízký počet respondentů, kteří pravidelně navštěvují očního lékaře a jsou tak potencionálními příjemci těchto informací.

Druhou ze dvou hlavních oblastí, na kterou jsme se v rámci výzkumu zaměřili, byla oblast vlivu zrakového postižení na život seniorů, cílem bylo **identifikovat specifika a nejvíce problémové oblasti života seniorů se zrakovým postižením**. Potvrdil se náš

předpoklad, že tento vliv je negativní, většina respondentů se vyjadřovala v tom smyslu, že vznik zrakového postižení neznamenal v jejich životě změnu k lepšímu, že zrakového postižení změnilo jejich život negativním způsobem a znamenalo i snížení jeho kvality. Specifikem u cílové skupiny seniorů se ZP, kteří žijí v zařízení pobytových služeb je skutečnost, že pro většinu z nich byla důvodem pro přesun do tohoto zařízení právě přítomnost zrakového postižení a omezení z něj plynoucí. Samotné postižení tak senioři subjektivně vnímají jako příčinu obávané životní změny, a totiž stěhování z domácího prostředí do prostředí sociálních služeb. V zařízení pobytových služeb jsou pak na samostatnost seniora kladeny minimální nároky, senioři, kteří byli respondenty našeho výzkumu, zpravidla neprošli výcvikem prostorové orientace a samostatného pohybu, sebeobsluhy či práce s technickými pomůckami a neovládají žádné specifické dovednosti. O tyto kurzy a dovednosti již povětšinou nemají zájem a svůj přesun do zařízení pobytových služeb vnímají jako definitivní a komplexní řešení omezení, která plynou z jejich postižení. Tento způsob řešení s sebou ale nese i řadu negativ a specifik, která sami senioři vnímají. V zařízení se často zhorší možnosti kontaktu s rodinou, přáteli a ostatním společenským prostředím. Vymizí možnost rozhodovat o záležitostech běžného života (kdy budu obědvat, kdy a jakým způsobem budu uklízet, jak budu pečovat o své prádlo apod.), protože tyto jsou zpravidla plně v kompetenci zařízení.

Chceme-li odpovědět na **dílčí otázky výzkumného záměru č. 2**, konstatujeme v první řadě, že mezi nejvíce problémové situace a oblasti v životě seniorů po vzniku zrakového postižení patří dle analýzy výzkumných dat na prvním místě pohyb a přesuny mimo zařízení (69,57 % všech respondentů se zrakovým postižením uvádí plnou mírou souhlasu s tvrzením, že potřebuje dopomoc při přesunu z domova do zvoleného cíle). To znamená veškeré nákupy a pochůzky po městě, návštěva úřadu, návštěva lékaře mimo zařízení, procházky, návštěvy přátel a rodiny. Někteří senioři zvládají samostatnou procházku v bezprostředním okolí zařízení, někteří i k této činnosti potřebují průvodce, byť jsou často plně mobilní a v dobré fyzické kondici. Vyřizování úředních záležitostí je problematické samo o sobě, odmyslíme-li si přesun na úřad (95,65 % respondentů uvádí plný souhlas s tvrzením, že potřebuje dopomoc při vyřizování úředních záležitostí). Další oblastí, kterou většina respondentů určila jako problémovou, je smysluplné trávení volného času, realizace volnočasových aktivit a koníčků. Problémovou oblastí je také využívání speciálních pomůcek (73,92 %

respondentů vyjadřuje minimální až střední míru souhlasu s tvrzením, že umím využívat speciální pomůcky pro osoby se zrakovým postižením). Máme-li na základě výpovědí respondentů určit činnosti, které oni sami považují po vzniku zrakového postižení za již nerealizovatelné, bude se jednat zejména o samostatný pohyb mimo domov, vyřizování úředních záležitostí, návštěvu lékaře mimo domov, nákupy a práci s textem. Aby se seniorům se zrakovým postižením lépe, muselo by se, jak vyplývá z analýzy výzkumných dat, změnit několik věcí. Pomineme-li nerealizovatelné navrácení normálních zrakových funkcí, které by si pochopitelně výslovně přáli všichni respondenti, jedná se zejména o zlepšení finanční situace (střední až maximální míru souhlasu s tvrzením, že více peněz by jim umožnilo žít lépe, uvedlo 52,17 % respondentů) a zvětšení nabídky volnočasových aktivit uzpůsobených pro zapojení osob se zrakovým postižením. Posuzujeme-li na základě výsledků výzkumu subjektivní míru samostatnosti a soběstačnosti seniorů se zrakovým postižením žijících v zařízení pobytových služeb, je třeba konstatovat, že právě subjektivní pocit soběstačnosti je u těchto seniorů velmi slabý a byl ve většině případů důvodem pro stěhování do těchto zařízení. Na otázky potřeby dopomoci ve zvolených oblastech vždy většina seniorů uvádí střední až maximální míru souhlasu, tedy uvádí, že v těchto oblastech dopomoc potřebuje (zejména v oblasti péče o domácnost – 73,91 % respondentů, nákupů – 73,92 % respondentů, vyřizování úředních záležitostí – 95,65 % respondentů, návštěv lékaře – 78,26 % respondentů, pohybu v terénu a přesunu z domova do zvoleného cíle – 82,60 % respondentů). Subjektivní pocit spokojenosti seniorů je zrakovým postižením je taktéž negativně ovlivněna, výsledky naznačují, že senioři byli subjektivně spokojenější v době před vznikem postižení. Většina uvádí střední až maximální míru souhlasu s tvrzením, že jejich život byl lepší, kvalitnější v době, kdy viděli normálně (95,65 % respondentů) a že zrakové postižení změnilo jejich život negativním způsobem (82,60 % respondentů).

Speciálněpedagogická intervence by se tedy, na základě zjištěných potřeb cílové skupiny, měla orientovat zejména na oblast samostatnosti a soběstačnosti (a všech jejích dílčích podoblastí) seniorů se zrakovým postižením, a to i těch, kteří žijí v zařízení pobytových služeb. Vědomí snížené samostatnosti a soběstačnosti, která je ovšem v mnoha případech řešitelná a pozitivně ovlivnitelná, snižuje také vědomí vlastní hodnoty a sebeúcty a zvyšuje pocity méněcennosti a nepotřebnosti. Speciálněpedagogická intervence by měla být orientována taktéž na zvyšování

subjektivní spokojenosti, která ovšem velmi úzce souvisí právě se subjektivním pocitem samostatnosti a soběstačnosti a často z něho i vyplývá. Z vyjádření respondentů dále soudíme, že subjektivní pocit spokojenosti by mohl být zvýšen také širší nabídkou smysluplných volnočasových aktivit, uzpůsobených pro osoby se zrakovým postižením a zvýšením počtu aktivit realizovaných mimo prostředí domova. Tím by byl podpořen kvalitní a dostatečný kontakt se společenským prostředím.

Třetí, doplňkovou oblastí, která stojí na pomezí mezi teoretickou a praktickou částí práce, je oblast možné inspirace zahraničními příklady podpory seniorů se zrakovým postižením. Cílem bylo **popsat některé příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí** a navrhnout, jakým způsobem by se touto podporou mohla v rámci svých možností inspirovat česká speciálněpedagogická praxe. Jednotlivé příklady popisujeme v kapitole 4.

Máme-li odpovědět na dílčí **otázky výzkumného záměru č. 3**, musíme konstatovat, že podpora seniorů se zrakovým postižením je v mnohém realizována podobným způsobem, jako podpora v rámci České republiky. Co ale v českém prostředí stále ve větší míře schází, je komunitní model poskytování podpory a zejména podpora vrstevnická, formou tzv. „peer programů“. Tento model není u nás příliš zažitý, ačkoliv dle našeho mínění neexistují žádné objektivní překážky pro jeho realizaci. V této souvislosti se nabízí možná spolupráce mezi jednotlivými domovy pro seniory, ve kterých tito senioři žijí. Pro úplnost je třeba uvést, že jistý náznak vrstevnického sdílení daného problému nacházíme např. v pravidelných setkáváních seniorů se zrakovým postižením v rámci oblastních odboček SONS nebo TyfloCenter.

Na základě analýzy dat a aplikace příslušných testů došlo k **ověření stanovených hypotéz**. V případě hypotézy H1 **přijímáme alternativní hypotézu H1_A** a konstatujeme, že osoby seniorského věku se zrakovým postižením vykazují vyšší míru informovanosti o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení. U seniorů se zrakovým postižením shledáváme celkově vyšší informovanosti v oblasti zdraví a péče o něj. Tato skutečnost odpovídá zjištění, že největší motivací respondentů pro to, aby se cíleně zajímali o problematiku zdraví, jsou jejich vlastní zdravotní problémy, kterými oční onemocnění a na jeho podkladě vzniklé zrakové postižení bezesporu jsou.

V případě hypotézy H2 **přijímáme alternativní hypotézu H2_A** a konstatujeme, že osoby preseniorského a seniorského věku se více věnují obecné prevenci civilizačních nemocí, než specifické prevenci očních onemocnění. Toto zjištění odpovídá našemu předpokladu, že prevence civilizačních onemocnění je v populaci více známá a více propagována jak médii, tak lékaři a zdravotními pojišťovkami. Také prevalence a incidence těchto chorob je v populaci vyšší, než u očních onemocnění.

V případě hypotézy H3 **přijímáme nulovou hypotézu H3₀** a konstatujeme, že mezi mírou informovanosti o problematice zrakového postižení a mírou informovanosti o onemocněních, která mají civilizační charakter, není statisticky významný rozdíl. Ačkoliv tedy o prevenci ve vztahu k civilizačním onemocněním vykazují zkoumané osoby vyšší informovanosti, v případě samotných znalostí o těchto onemocněních tomu tak není.

V případě hypotézy H4 **přijímáme alternativní hypotézu H4_A** a konstatujeme, že osoby seniorského věku se zrakovým postižením jsou schopny lépe specifikovat ideální způsob informování o problematice zrakového postižení než osoby preseniorského a seniorského věku bez zrakového postižení. Tato schopnost vyplývá z praktických zkušeností, které s sebou zrakové postižení přineslo.

V případě hypotézy H5 **přijímáme nulovou hypotézu H5₀** a konstatujeme, že mezi množstvím informací z médií a množstvím informací přímo od lékaře není statisticky významný rozdíl. V rámci stanovení této hypotézy jsme předpokládali, že vzhledem k tomu, že informační role lékaře v oblasti očních onemocnění a zrakového postižení je slabá a respondenti tak mají potřebu získávat tyto informace jinde, např. z médií. Celková informovanost o problematice očních onemocnění a zrakového postižení je ovšem tak nízká, že nebylo možné prokázat, zda bylo více informací zjištěno od lékaře, či z médií.

Otázkou do diskuze je na závěr možnost dalších výzkumných aktivit v této oblasti, a totiž v oblasti zrakového postižení u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením. Aktivit, které by navazovaly na realizovaný výzkum, případně jej rozšířily a daly mu nový rozměr. Jednou z těchto možností je rozšíření výzkumného souboru na seniory se

zrakovým postižením žijící v domácím prostředí. Porovnání specifik života u těchto dvou skupin respondentů by nabízelo potencionální možnost zlepšit kvalitu života seniorů v zařízení pobytových služeb a zvýšit subjektivní pocit spokojenosti s vlastním životem na základě doporučení z domácího prostředí.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Senior se zrakovým postižením je typ klienta, se kterým se ve speciálněpedagogické praxi setkáváme a budeme setkávat stále častěji. Je proto třeba tuto praxi optimalizovat, a to i prostřednictvím doporučení vzešlých z realizovaných výzkumů, jakým je např. tento.

Jednou z oblastí, které jsme se v rámci výzkumu věnovali, je oblast informovanosti ve vztahu k očním onemocněním, na jejich podkladě vzniklému zrakovému postižení a zrakovému postižení jako takovému v preseniorské a seniorské populaci. Na základě analýzy výzkumných dat byla tato informovanost shledána jako nedostatečná a nepodporující realizaci prevence, schopnost včasného odhalení očního onemocnění a pozitivního přijetí vlastního zrakového postižení nebo ostatních osob se zrakovým postižením. Doporučením je tedy míru informovanosti neustále zvyšovat a to způsoby, které samy osoby považují za ideální a plně vyhovující. Mezi tyto způsoby patří na prvním místě komunikace s praktickým lékařem, ve kterého má zkoumaná cílová skupina největší důvěru a řeší s ním své zdravotní a problémy s ním spojené. Na místě druhém se jedná o propagaci problematiky v médiích. Pro informace jako takové platí, že by měly být jasné, srozumitelné a mělo by jich být všeobecně více, než je aktuálně. Zdokonalena by měla být spolupráce speciálních pedagogů nejen s očními lékaři, ale zejména s lékaři praktickými, se kterými se většina populace více či méně pravidelně setkává. Toto doporučení je v souladu s aktuálním požadavkem speciální pedagogiky na transdisciplinaritu týmu odborníků.

Druhou z hlavních oblastí, které jsme se v rámci výzkumu věnovali, byla specifika života seniorů se zrakovým postižením v zařízení pobytových služeb a určení nejvíce problémových oblastí jejich života. Na základě zjištěných skutečností doporučujeme zkvalitnit v domovech pro seniory nabídku smysluplných volnočasových aktivit uzpůsobených pro osoby se zrakovým postižením. Dále lze doporučit posilování samostatnosti a soběstačnosti těchto seniorů, které bude mít všeobecně pozitivní vliv. Za tímto účelem je rovněž vhodná spolupráce se speciálním pedagogem – tyflopedem, který by zajišťoval metodické vedení pracovníků domova pro seniory.

ZÁVĚR

Předložená disertační práce na téma *Zrakové postižení a jeho vliv na osoby seniorského věku* si kladla za cíl jednak nastínit teoretická východiska a poskytnout ucelený pohled na řešenou problematiku, a jednak prezentovat analýzu a interpretaci výsledků výzkumu v této oblasti.

Teoretická část práce reflektuje klíčová témata, která se vztahují k řešenému tématu. Jednotlivé její kapitoly tak sumarizují poznatky z oblasti specifík seniorského a preseniorského věku, specifík zrakového postižení u seniorů, věkem podmíněné makulární degenerace jakožto nejvýznamnější příčiny zrakového postižení u osob nad 65 žijících v průmyslově rozvinutých zemích, vybraných aspektů speciálněpedagogické intervence u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením, prevence jakožto jednoho z prediktorů ochrany zdraví a oblasti informovanosti vztahované ke kvalitě života. Pozornost byla věnována vzájemnému propojení jednotlivých kapitol tak, aby tvořily přirozený celek a poskytovaly kvalitní teoretickou základnu pro praktickou část práce.

Cílem praktické části práce bylo v první řadě určit, jaké jsou charakteristiky informovanosti a osvěty u osob preseniorského a seniorského věku s akcentem na potencionální etiologické faktory vzniku zrakového postižení v seniorském věku a na problematiku zrakového postižení jako takového. Dále pak identifikovat specifika a nejvíce problémové oblasti života seniorů se zrakovým postižením a nakonec popsat některé příklady podpory seniorů se zrakovým postižením v zahraničí a navrhnout, jakým způsobem by se touto podporou mohla v rámci svých možností inspirovat česká speciálněpedagogická praxe.

Závěrem konstatujeme, že stanovených cílů bylo v rámci předkládané disertační práce dosaženo. Navíc byla předložena některá doporučení pro speciálněpedagogickou praxi, která by měla jednak napomoci zlepšení situace na poli informovanosti preseniorské a seniorské populace o problematice očních onemocnění a zrakového postižení v seniorském věku, a jednak přispět ke zkvalitnění přístupu k seniorům se zrakovým postižením žijícím v zařízení pobytových služeb, nejčastěji v domovech pro seniory.

SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. BEATTY, S. et al. The role of oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. In *Survey of Ophthalmology*. Vol 45: N. 2: pp 115–34, September 2000. Dostupné z: interní databáze VSU.
2. BIRD, A. C. Pathophysiology of Age-Related Macular Disease. In *Retina and Vitreous*. Proceeding of the Symposium on Retina and Vitreous. Kugler Publications, 1993. pp 15–27. [online]. Dostupné na WWW: <http://www.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=HEz-SzdT2c8C&oi=fnd&pg=PA7&dq=age+related+macular+degeneration&ots=cKgJMMQyw3&sig=2rtQomYqIsWyUEit8Bplt0lwLqs&redir_esc=y#v=onepage&q=age%20related%20macular%20degeneration&f=false>, [cit. 24. 1. 2013]
3. BUBENÍČKOVÁ, H. a kol. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. 1. vyd. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012. ISBN 978-80-260-1538-3.
4. BUNTING, R.; GUYMER, R. Treatment of age related macular degeneration. In *Australian Prescriber*. Vol 35: N. 3: June 2012. Dostupné z: interní databáze VSU.
5. CABEDO, S.; ESCUDER-MOLLON, P. *Improving seniors' quality of life: a toolkit to evaluate education for elderly learners*. Castellón, Spain, 2013. [online]. Dostupné z WWW: <http://edusenior.uji.es/data/outcomes/wp6/QEduSen_booklet.pdf>, [cit. 13. 5. 2013].
6. ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ L. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
7. BURIANOVÁ, T. *Závažná onemocnění zraku a jak jim předcházet*. 2007. [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/zavazna-onemocneni-zraku-a-jak-jim-predchazet/>>, [cit. 1. 8. 2014]
8. DOLINA, J. (vedoucí kol. autorů) *Civilizace a nemoci*. 1. vyd. Praha: FUTURA, 2009. 272 s. ISBN 978-80-86844-53-4.

9. DRAGOMIRECKÁ, E. *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Disertační práce. Školitel doc. PhDr. Jan Srnec, CSc. Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2007.
10. DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. *SQUALA – Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
11. DRAGOMIRECKÁ, E.; BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006.
12. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3
13. DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. 221 s. ISBN 80-902536-2-8.
14. FELCE, D.; PERRY, J. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 1995, vol. 16, č. 1, s. 51–74. [online]. Dostupné na WWW: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VDN-3Y5FP8TX&_user=990403&_coverDate=02%2F28%2F1995&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000049942&_version=1&_urlVersion=0&_userid=990403&md5=afa881cf6cb8a5605867ecb4b0259ca0 ISSN 0891-4222. [cit. 10. 12. 2012]
15. FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; SANTACREU IVARS, M. *Aging and Quality of Life*. 2013. [online]. Dostupné na WWW: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/296/>, [cit. 13. 5. 2013].
16. FLENEROVÁ, H. *Kapitoly z tyflopédie. Základy tyflopédie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1985
17. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
18. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
19. HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ J. *Aktivita jako projekt – Diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a senierek*. 1 vyd. Praha: SLON, 2013. 170 s. ISBN 978-80-7419-152-7.

20. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
21. HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
22. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
23. HOLZ, F. G.; PAULEIKHOFF, D. et al. *Age Related Macular degeneration*. Sprinter-Verlag Berlin Heidelberg, 2004. Printed in Germany. ISBN 3-540-06493-1.
24. HORNOVÁ, J. *Oční propedeutika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 112 s. ISBN 978-80-247-4087-4.
25. HOROWITZ, H.; REINHARDT, J. P.; BOERNER, K. The Effect of Rehabilitation on Depression among Visually Disabled Older Adults.. In *Aging and Mental Health*. [online]. Vol 9:6, 2005. Dostupné na WWW: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607860500193500#U_ERKPvx40>, [cit. 5. 5. 2014].
26. HORSKÁ, P. a kol. *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. Praha: Panorama, 1990. 474 s. ISBN 80-7038-011-X.
27. HRABÁKOVÁ, J.; HEJLOVÁ, M. Na prohlídku po čtyřicítce. In *Moje zdraví*. č. 4, 2010. Dostupné na WWW: <<http://www.medispot.cz/od-55-let/na-prohlidku-po-ctyricitce.html>> [cit. 22. 7. 2014]
28. HRUBÁ, M.; FORETOVÁ, L.; VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001. 79 s. ISBN 80-238-7618-X.
29. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
30. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
31. JELÍNKOVÁ, J.; KRIVOŠÍKOVÁ, M.; ŠAJTAROVÁ, M. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
32. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
33. JESENSKÝ, J. *Přehled systému komprehenzivní tyflopédie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. 60 s. ISBN 80-7041-329-8.

34. JEŘÁBEK, H. a kol. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: SLON, 2013. 316 s. ISBN 978-80-7419-117-6.
35. JOKLÍKOVÁ, H. *Senior se zrakovým postižením*. Diplomová práce. Vedoucí doc. Mgr. Dita Finková, Ph.D. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. 2010.
36. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
37. KOLÁŘ, P. a kol. *Věkem podmíněná makulární degenerace*. Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2605-2.
38. KOLÍN, J. *Oční lékařství*. 2. přepr. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 109 s. ISBN 978-80-246-1325-3.
39. KRAHULCOVÁ, B. a kol. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova, 2002. ISBN 80-7290-094-3.
40. KRÁLOVÁ, M. *Fyzika v pozadí. Hygiena osvětlování*. 2008. Dostupné na WWW:
<http://www.techmania.cz/edutorium/art_exponaty.php?xkat=fyzika&xser=8aedf8656eed207376ec746c61h&key=771> [cit. 1. 8. 2014]
41. KRAUS H. a kol. *Kompendium očního lékařství*. Vyd. 1. Praha : Grada, 1997. 360 s. ISBN 80-7169-079-1.
42. KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
43. KUCHYNKA, P. a kol. *Oční lékařství*. Praha: Grada, 2007. 812 s. ISBN 978-80-247-1163-8.
44. KVĚTOŇOVÁ, L. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-50-8
45. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000. 70 s. ISBN 80-85931-84-2.
46. KYSUČAN, J.; KUJA, J. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. Olomouc: UP, 1999. ISBN 80-7067-677-9.
47. LUŽNÝ, J. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2012. 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
48. MACNICOL, J. *Age Discrimination: An Historical and Contemporary Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. ISBN 0521612608.
49. MACHÁČEK, P. *Osvětlení a slabozrakost*. 1. vyd. Praha: Tyfloservis, 2002. 48 s. ISBN 80-238-9231-2.

50. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
51. MATTEUCCI, R.; URIBE, L. M. *Macular Degeneration, Age-related*. Published by Cinahl Information Systems. N. 2 Semptember 2011. Dostupné z: interní databáze VSU.
52. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2009. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
53. MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 203 s. ISBN 80-7254-476-4.
54. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.
55. OLÁH, Z., et al. *Očné lékařstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1998. 255 s. ISBN 80-88824-74-5.
56. ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
57. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
58. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: MU, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.
59. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80247-3271-8.
60. POTMĚŠILOVÁ, P.; SOBKOVÁ, P. *Arteterapie a artefietika nejen pro sociální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3120-8.
61. PREISS, M.; KŘIVOHLAVÝ, J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 208 s. ISBN 978-80-247-2738-7.
62. PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 3. rozš. a aktual. vyd. Praha: Portál, 2001. 328 s. ISBN 80-7178-579-2.
63. RABUŠIC, L. *Vzdělávání dospělých v předseniorském a seniorském věku*. In *Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské Univerzity*. U11. Brno: MU, 2006.
64. RAPHAEL, D. *Seniors quality of life*. [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.utoronto.ca/qol/seniors.htm>>, [cit. 13. 5. 2013].
65. REGEC, V.; STEJSKALOVÁ, K.; et al. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2012. 204 s. ISBN 978-80-244-3203-8.

66. REJMONT, L. (odborný garant webu) *Věkem podmíněná makulární degenerace*. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.degeneracemakuly.cz>>, [cit. 8. 2. 2013].
67. RENAUD, J.; BÉDARD, E. Depression in the Elderly with Visual Impairment and its Association with Quality of Life. In *Clinical Intervention in Aging*. [online]. Vol. 2013:8, pp. 931–943. Dostupné na WWW: <<http://www.dovepress.com/depression-in-the-elderly-with-visual-impairment-and-its-association-w-peer-reviewed-article-CIA>>, [cit. 22. 7. 2014].
68. RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.
69. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
70. ROZSÍVAL, P. et al. *Oční lékařství*. Praha: Galén, 2006. 373 s. ISBN 80-7262-404-0.
71. RYAN, K. M. Rehabilitation Services for Older People with Visual Impairments. In *RE:wiev*. [online]. v34 n1 p31-48 Spr 2002.
72. ŘEHULKOVÁ, O.; ŘEHULKA, E., et al. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.
73. SAK, P.; KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
74. SELBY, J. *Pro zdravé oči*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1995. 240 s. ISBN 80-7176-178-8.
75. SCHALOCK, R. L. *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. [online]. Washington DC: American Association on Mental Retardation, 2002. ISBN 0-940898-77-2. Dostupné na WWW: <https://bookstore.aaid.org/BookChapterExcerpt%5CHandbk_Human_Service.pdf>. [cit. 3. 12. 2012].
76. SCHALOCK, R. L. The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2004, vol. 48, part 3, s. 203 – 216.. Dostupné na WWW: <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118795463/issue>>, [cit. 3. 12. 2012]

77. SHARMAN, E. H. Sirtuins and Mammalian Aging. In BONDY, S.; MAIESE, K. (ed.) *Aging and Age-Related Disorders*. Springer Science+Business Media, LLC 2010. Printed in USA. ISBN 978-1-60761-602-3.
78. SIMPSON, J. Elderspeak – Is it helpful or just baby talk? In *In The Know*. [online]. The University of Kansas Merrill Advanced Studies Center: Kansas, 2002. Dostupné z: <<http://www2.ku.edu/~masc/PDFfiles/Elderspeak.pdf>>, [cit. 10. 6. 2014].
79. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
80. SPILKER, B. (ed.) *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York : Raven Press Ltd, 1990. ISBN 0881675903.
81. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
82. STUDNIČKA, J. Věkem podmíněná makulární degenerace. In *Interní medicína pro praxi*. 2008; 10(5): s. 240–244. Dostupné z: <<http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200805-0009.php>>, (cit. 8. 2. 2013)
83. SYNEK, S.; SKORKOVSKÁ, Š. *Fyziologie oka a vidění*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2004. 93 s. ISBN 80-247-0786-1.
84. ŠICKOVÁ–FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
85. ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
86. TAVEL, P. *Psychologické problémy v starobe I*. Pusté Úľany: Schola Philosophica, 2009. 278 s. ISBN 978-80-969-823-70.
87. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
88. ÚZIS ČR. kol. autorů. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize. Aktualizovaná verze k I. 4. 2014*. WHO: Ženeva, 2008. ISBN 92-4-154649-2. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>> (cit. 1. 8. 2014)
89. VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života – Teoretická a Metodologická východiska*. Brno: MU v Brně – Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

90. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. – Dospělost a stáří*. Dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
91. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
92. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144. ISBN 80-247-1262-8.
93. VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: mezinárodní politologický ústav MU, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
94. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Vyd. 8. Praha: MAXDORF, 2008. ISBN 978-80-7345-166-0.
95. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0253-3.
96. VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0057-9.
97. WAHL, H. W.; SCHULZE, H. E. *On the Special Needs of Blind and Low Vision Seniors*. [online]. Amsterdam: IOS Press, 2001. ISBN 58603 152 X. Dostupné na WWW: <http://books.google.cz/books?id=et3HUYNUNkoC&pg=PA88&lpg=PA88&dq=social+support+in+visually+impaired+seniors&source=bl&ots=Sm9unQxT-x&sig=rhAnaSV1mbaR_0e39lfs18yref4&hl=cs&sa=X&ei=FXIAVOTjK9HH7Abt3oDoAw&ved=0CFEQ6AEwBQ#v=onepage&q=social%20support%20in%20visually%20impaired%20seniors&f=false>, [cit. 10. 6. 2014].
98. WANG, J. J. et al. Impact of Visual Impairment on Use of Community Support Services by Elderly Person: The Blue Mountains Eye Study. In *Investigative Ophthalmology and Visual Science*. Vol. 40, no. 1, January 1999, pp. 12–19. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.iovs.org/content/40/1/12.full.pdf+html>>, [cit. 12. 6. 2014].
99. WIENER, P.; RUCKÁ, R. *Terapie zrakového handicapu*. 1. vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených, 2006. 94 s. ISBN 80-239-6774-6.
100. WIENER, P. *Základy komunikace se zrakově postiženými*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-12-2.

101. WORLD HEALTH ORGANISATION. *Universal Eye Health – A Global Action Plan 2014–2019*. [online]. WHO, 2013. Printed in Spain. ISBN 978-92-4-150656-4. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/blindness/AP2014_19_English.pdf?ua=1>, [cit. 1. 8. 2014].
102. ZAREMBA, V. a kol. Srovnání zdravotní situace pacientů ve věku 50–64 let podle pětiletých věkových skupin. In *Geriatrics*, nr. 2, 2007, pp. 15–20. ISSN 1335–1850.
103. ŽALOUDÍK, J. *Vyhňte se rakovině*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 192 s. ISBN 978-80-247-2307-5.

Internetové zdroje

104. *Centrum sociálních služeb pro osob se zrakovým postižením v Brně Chrlicích*. Dostupné na: <www.centrumchrlice.cz>, [cit. 6. 6. 2014].
105. *Centrum Zrakových vad*. Dostupné na: <<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/centrum-zrakovych-vad-czv/>>, [cit. 28. 6. 2014].
106. *Domov pro zrakově postižené Palata*. Dostupné na <www.palata.cz>, [cit. 6. 6. 2014].
107. *Georgia Vision Program for Seniors*. Dostupné na: <<http://gvra.georgia.gov/vocationalrehab/sites/gvra.georgia.gov.vocationalrehab/files/VRProgram/Resources/Older%20Blind%20Program.pdf>>, [cit. 31. 7. 2014].
108. *Kansas Department for Children and Families*. Dostupné na: <<http://www.dcf.ks.gov/services/rs/pages/blind.aspx>>, [cit. 31. 7. 2014].
109. *NHS Choices – Visual Impairment*. Dostupné na: <<http://www.nhs.uk/Conditions/Visual-impairment/Pages/Help-and-support.aspx>>, [cit. 30. 7. 2014].
110. *Royal National Institut of Blind People*. Dostupné na: <<http://www.rnib.org.uk/>>, [cit. 30. 7. 2014].
111. *Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých*. Dostupné na: <<http://www.sons.cz/>>, [cit. 6. 6. 2014].
112. *Společnost pro trénování paměti a mozkový jogging*. Dostupné na: <www.trenovanipameti.cz>, [cit. 30. 6. 2014].

113. *TyfloCentrum*. Dostupné na: <www.tyflocentrum.cz>, [cit. 6. 6. 2014].
114. *Tyfloservis*. Dostupné na: <www.tyfloservis.cz>, [cit. 6. 6. 2014].
115. *U.S. Department of Education*. Dostupné na: <<http://www2.ed.gov/programs/rsailob/index.html>>, (<http://www.okdrs.org/drupal/independence/older-blind>>, [cit. 31. 7. 2014].
116. *Visionary*. Dostupné na: <<http://www.visionary.org.uk/index.php>>, [cit. 30. 7. 2014].

Zákony a legislativní normy

117. Zákon č. 329/2011 Sb., *o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením*.
118. Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*

PUBLIKAČNÍ ČINNOST AUTORKY

JOKLÍKOVÁ, H. Zrakové postižení a jeho vliv na osoby seniorského věku. In POLÁCHOVÁ VAŠTATKOVÁ, J.; BAČÍKOVÁ, A. (ed.) *Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů doktorských studijních programů VIII.: Sborník z VIII. ročníku konference*. Olomouc: UP, 2011. 914 s. ISBN 978-80-244-2815-4.

JOKLÍKOVÁ, H. Specifika podpory studentů se zdravotním postižením při studiu na vysoké škole v kontextu zapojení intaktních studentů do této podpory. In POSPÍŠILOVÁ, I. (ed.) *Sborník příspěvků z double mezinárodních konferencí: VI. ročníku „Vysokoškolské studium bez bariér“ a XV. ročníku odborné konference „Handicap 2011“*. Liberec: TUL, 2012. ISBN 978-80-7372-863-2.

JOKLÍKOVÁ, H. Specifika komunikace s osobami seniorského věku se zrakovým postižením. In *Sborník příspěvků z konference – Posilování kompetencí mladých vědeckých pracovníků v oblasti informačních technologií při práci s osobami se zdravotním postižením*. REGEC, V. (ed.). Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3190-1.

JOKLÍKOVÁ, H.; FINKOVÁ, D.; RŮŽIČKOVÁ, V. Communication with a Person with Visual Impairment. In *Basics of special education of persons with visual impairment*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3097-3.

JOKLÍKOVÁ, H.; KŘÍŽKOVSKÁ, P.; MÜLLER, O. *Problematika edukace osob s mentálním postižením*. Olomouc: UP, 2011. ISBN 978-80-244-2975-5.

JOKLÍKOVÁ, H. Kvalita života osob se specifickými potřebami v kontextu míry a kvality informovanosti. In POSPÍŠILOVÁ, I. (ed.) *Sborník příspěvků ze VII. ročníku mezinárodní konference „Vysokoškolské studium bez bariér“*. Liberec: TUL, 2013. ISBN 978-80-7372-959-2.

JOKLÍKOVÁ, H. Kvalita života seniorů se zrakovým postižením s akcentem na problematiku míry a kvality informovanosti. In *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie Špeciálna pedagogika na Slovensku v kontexte rokov 1967–2012*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 2012. ISBN 978-80-89256-94-5.

JOKLÍKOVÁ, H. Edukace jedinců se zrakovým postižením v kontextu využívání podpůrných opatření. In *Sborník z Mezinárodní vědecké konference RODINA VII. DECÉNNIU 21. STOLETÍ* konané dne 4. 12. 2012 v Praze. (Sborník v přípravě).

FINKOVÁ, D. a kol. *Edukace jedinců se zrakovým postižením v kontextu kvality vzdělávání* (spoluautorství publikace). Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3262-5.

JOKLÍKOVÁ, H. Kvalita života seniorů se zrakovým postižením ve vztahu k míře a kvalitě informovanosti. In LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3286-1.

JOKLÍKOVÁ, H. Nástin možností zvyšování kvality života u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením. In DUBAYOVÁ, T.; ŽOLNOVÁ, J. (ed.) *Študent na ceste k praxi II - Zborník príspevkov zo Študentskej vedeckej konferencie v odbore špeciálna pedagogika a liečebná pedagogika 15. – 16. máj 2013*. Prešov: Prešovská Univerzita v Prešově, 2013. ISBN 978-80-555-0840-5.

FINKOVÁ, D.; JOKLÍKOVÁ H. Kvalitní informovanost jako jedna z možností podpory inkluze osob se specifickými potřebami. In KASTELOVÁ, A. a kol. (ed.) *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie Osoby so zdravotným znevýhodneným v kontexte súčasnej špeciálnej pedagogiky a súvzťažných vied*. Bratislava: IRIS, 2013. ISBN 978-80-89238-87-3.

JOKLÍKOVÁ, H. The Issue of Awareness of Possible Visual Impairment. In STANKOWSKI, A. (ed.) *TRADYCJA I NOWOCZESNOŚĆ - FUNKCJONOWANIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WE WSPÓŁCZESNYM ŚWIECIE*. Ružomberok: Verbum, 2013. ISBN 978-80-561-0053-0.

Recenzní činnost

JOKLÍKOVÁ, H. (rec.) UZLOVÁ, I. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2010. 136 s. ISBN 978-80-7367-764-0. Dostupný z WWW: <http://obchod.portal.cz/recenze/asistence-lidem-s-postizenim-a-znevuhodnenim/30369/>

JOKLÍKOVÁ, H. (rec.). ŘÍHOVÁ, A. a kol. *Poruchy autistického spektra*. Olomouc: UP, 2011. 90 s. ISBN 978-80-244-2677-8. Dostupné ve vydavatelství UP.

JOKLÍKOVÁ, H. (rec.). PUGNEROVÁ, M.; KONEČNÝ, J. *Patopsychologie se zaměřením na psychologii handicapu*. Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3058-4.

JOKLÍKOVÁ, H. (rec.). KREJČÍŘOVÁ, O.; MÜLLER, O.; KOZÁKOVÁ, Z. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. Olomouc: UP: 2013. ISBN 978-80-244-3712-5.

JOKLÍKOVÁ, H. (rec.). BENDO VÁ, P. *Alternativní komunikační techniky*. Olomouc: UP, 2013. ISBN 978-80-244-3704-0.

JOKLÍKOVÁ, H. (rec.). KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: UP, 2013. ISBN 978-80-244-3680-7.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. Hana Joklíková
Název práce:	Zrakové postižení a jeho vliv na osoby seniorského věku
Název práce v anglickém jazyce:	The Impact of a Visual Impairment in the Elderly
Školitel:	doc. Mgr. Dita Finková, Ph.D.
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Obor:	Speciální pedagogika
Počet stran:	249
Počet užitých informačních zdrojů:	118
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2014

Klíčová slova:

senior, zrakové postižení, informovanost, prevence, speciálněpedagogická intervence

Resumé:

Disertační práce se zaměřuje na problematiku zrakového postižení u jedinců seniorského věku a otázky informovanosti preseniorské a seniorské populace ve vztahu ke zrakovému postižení v tomto období života člověka. Práce je tradičně členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je sumarizací poznatků o zrakovém postižení v seniorském věku, s přesahem do oblasti prevence a informovanosti. Jednotlivé její kapitoly jsou proto věnovány specifikům seniorského a preseniorského věku, specifikům zrakového postižení u seniorů, věkem podmíněné makulární degeneraci jakožto nejvýznamnější příčině zrakového postižení u osob nad 65 žijících v průmyslově rozvinutých zemích, vybraným aspektům speciálněpedagogické intervence u cílové skupiny seniorů se zrakovým postižením, prevenci jakožto jednomu z prediktorů ochrany zdraví a oblasti informovanosti vztahované ke kvalitě života.

Praktická část práce, na kterou byl aplikován smíšený výzkumný design, je zaměřena na analýzu situace na poli informovanosti a osvěty ve vztahu k očním onemocněním a zrakovému postižení v preseniorské a seniorské populaci, a specifikaci nejvíce problémových oblastí života seniorů se zrakovým postižením žijících v zařízení pobytových služeb. Výzkumu v oblasti prevence a informovanosti realizovaného formou dotazníkového šetření se zúčastnily tři skupiny respondentů, presenioři, senioři a senioři se zrakovým postižením. Vznikl tak prostor pro komparaci jednotlivých vzorků respondentů. Analýza výzkumných dat přinesla podněty pro diskuzi i doporučení pro speciálněpedagogickou praxi.

SUMMARY

This dissertation focuses on the issues of visual impairment in the elderly and the question of awareness in pre-senior and senior populations regarding visual impairment during this stage in life. As per tradition, this work too is divided into a theoretical section and a practical section. The theoretical section is a summarization of information on visual impairment in the elderly, extending into the areas of prevention and awareness. Its individual chapters therefore deal with the specifics of the senior and pre-senior stages of life, the specifics of visual impairment in the elderly, age-related macular degeneration as the most significant cause of visual impairment in people over the age of 65 living in industrialised nations, selected aspects of the special education of target groups of senior citizens with visual impairment, prevention as one of the predictors of health protection, and the area of awareness related to quality of life.

The practical section of the dissertation, which utilised a mixed method research design, focuses on an analysis of the situation in the field of awareness and education in relation to ophthalmologic disease and visual impairment in the pre-senior and elderly population, and the specifications of the most problematic areas of life for elderly people with visual disabilities living in residential care facilities. Research in the area of prevention and awareness was conducted using questionnaire surveys with three groups of respondents: pre-seniors, seniors, and seniors with visual impairment. This allowed for the comparison of the individual examples of respondents. The analysis of research data resulted in suggestions for discussions and recommendations for special education training.

RESÜMEE

Die Dissertationsarbeit konzentriert sich auf die Problematik der Sehbehinderungen bei Einzelpersonen im Seniorenalter und auf Fragen der Informiertheit der Präsenioren und Senioren in Bezug auf die Sehbehinderungen in diesem Lebensabschnitt des Menschen. Die Arbeit ist traditionell in den theoretischen und in den praktischen Teil gegliedert. Der theoretische Teil ist die Summierung der in den Bereich der Vorbeugung und der Informiertheit übergreifenden Erkenntnisse zur Sehbehinderung im Seniorenalter. Seine einzelnen Kapitel sind daher den Spezifika des Senioren- und Präseniorenlalters, der altersbedingten Makuladegeneration, der wesentlichsten Ursache der Sehbeschwerden bei, in den industriell entwickelten Ländern lebenden Personen über 65, ausgewählten Aspekten der spezialpädagogischen Intervention bei der Zielgruppe der Senioren mit einer Sehbehinderung, der Prävention als einer der Prädiktoren des Schutzes der Gesundheit sowie dem Bereich der Informiertheit bezüglich der Lebensqualität gewidmet.

Der praktische Teil der Arbeit, auf welchen das gemischte Forschungsdesign angewendet wurde, ist auf die Analyse der Situation auf dem Gebiet der Informiertheit und der Aufklärung in Bezug auf die Augenerkrankungen und die Sehbehinderung des Bevölkerungsteils im Präsenioren- und Seniorenalter sowie auf die Spezifikation der problemreichsten Lebensbereiche der in einer Betreuungs- und Pflegeeinrichtung lebenden, sehbehinderten Senioren gerichtet. An der Erhebung im Bereich der Prävention und der Informiertheit in Form einer Fragebogenumfrage beteiligten sich drei Gruppen der Befragten, Präsenioren, Senioren und Senioren mit einer Sehbehinderung. Somit entstand genügend Raum für eine Komparation der einzelnen Muster der Befragten. Die Analyse der Erhebungsdaten brachte Anregungen für die Diskussion sowie Empfehlungen für die spezialpädagogische Praxis.