

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jana Zemanová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

KVALITA ŽIVOTA KLIENTŮ SE ZRAKOVOU VADOU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Martina Hrdonková

PLZEŇ 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 5.3.2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Bc. Martině Hrdonkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji klientům Tyfloservisu, o.p.s. za poskytnutí rozhovorů a vstřícné jednání.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	
1 ANATOMIE	11
1.1 Anatomie oka	11
1.1.1 Oční koule.....	11
1.1.2 Bělima a rohovka	11
1.1.3 Živnatka a duhovka.....	12
1.1.4 Cévnatka	12
1.1.5 Sítnice	12
1.1.6 Čočka, sklivec, oční komory.....	12
1.1.7 Okohybné svaly	13
1.2 Jak vidíme?.....	13
1.3 Zraková dráha a zrakové centrum	13
2 ZRAKOVÉ FUNKCE	14
2.1 Zraková ostrost.....	14
2.2 Zorné pole	14
2.3 Barvocit	15
2.4 Citlivost na kontrast	15
2.5 Binokulární vidění a akomodace.....	15
2.6 Adaptace na tmu a oslnění	15
3 ZRAKOVÉ VADY	16
3.1 Refrakční vady	16
3.2 Katarakta	17
3.3 Glaukom.....	18
3.4 Retinopatie	18
3.4.1 Diabetická retinopatie	18
3.4.2 Retinopatie nedonošených	20
3.4.3 Věkem podmíněná makulární degenerace	20
3.5 Kortikální postižení.....	21
4 KLASIFIKACE ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ	22
5 KVALITA ŽIVOTA.....	23

6	PSYCHOLOGIE HANDICAPU	26
6.1	Historie a pojetí handicapu.....	26
6.2	Specifické rysy osobnosti postiženého jedince	27
6.3	Vliv postižení na strukturu osobnosti.....	28
7	KOMUNIKACE SE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝMI LIDMI	30
7.1	Komunikace se slabozrakými lidmi	31
7.2	Komunikace s nevidomými lidmi	31
7.3	Komunikace s lidmi s hluchoslepotou	32
7.4	Komunikace se zrakově postiženým seniorem	33
7.5	Chyby a mýty v komunikaci se zrakově postiženými lidmi	34
8	KOMPENZAČNÍ POMŮCKY	36
PRAKTICKÁ ČÁST		
9	FORMULACE PROBLÉMU	38
10	CÍL A ÚKOL PRÁCE	38
11	VZOREK RESPONDENTŮ	38
12	METODY VÝZKUMU	38
13	PREZENTACE A INTERPRETACE	40
14	DISKUZE	54
ZÁVĚR		
POUŽITÁ LITERATURA		
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK		
SEZNAM PŘÍLOH		
15	PŘÍLOHY	

Anotace

Příjmení a jméno: Zemanová Jana

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Kvalita života klientů se zrakovou vadou

Vedoucí práce: Bc. Martina Hrdonková

Počet stran – číslované: 50

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 14

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: Zrak, zrakové vady, oko, kvalita života, glaukom, katarakta, retinopatie, nevidomí, slabozrací, rehabilitace zrakově postižených, integrace zrakově postižených, akceptace zrakové vady.

Souhrn: Tato bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života klientů se zrakovými vadami. Práce je složena ze dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část pojednává o anatomii a fyziologii zrakového orgánu, o vybraných zrakových vadách, o psychologii handicapu, komunikaci se zrakově postiženými osobami, vysvětluje pojem kvalita života a kompenzační pomůcky. Praktická část je zaměřena na porovnání kvality života klientů s různou zrakovou vadou. Byl použit kvalitativní výzkum formou polostandardizovaného rozhovoru.

Annotation

Surname and name: Zemanová Jana

Department: Nursing

Title of thesis: The quality of human life with visual defects

Consultant: Bc. Martina Hrdonková

Number of pages – numbered: 50

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 14

Number of literature items used: 25

Keywords: Vision, visual defect, eye, quality of life, glaucoma, cataract, retinopathy, blind and visually impaired people, rehabilitation and integration, of the visually impaired, acceptance of the visual defect.

Summary: This thesis is focused on the quality of life of clients with visual defects. The work is composed of two parts – theoretical and practical. The theoretical part deals with the anatomy and physiology of the visual organ, the selected visual defects, the psychology of disability, communication with visual impaired people. It explains the concept of the quality of life and mobility aids. The practical part is focused on the comparison of the quality of life of clients with different visual defect. Qualitative research was based on half standardized interview.

ÚVOD

Zrak je největším zdrojem informací pro náš organismus. Uvádí se, že až 80% všech informací je vnímáno právě zrakem. Působí i na úrovních nižších center v thalamu a mesencefalu, zabezpečuje rychlé orientační reakce, pomáhá udržet rovnováhu, vytváří vlastní zdroj paměti. Člověk se zrakovým postižením má stejné potřeby jako člověk intaktní (bez postižení). Odlišné a specifické jsou služby, prostředky, způsoby a techniky, kterými lidské potřeby v případě poškození zraku uspokojujeme. S poruchou zraku přichází i obrovská změna v každodenním životě. Činnosti, které člověk vykonává mechanicky a po paměti, se najednou stávají nebezpečnější, složitější a zdlouhavější. (1, 2)

Dnes se často setkáváme s různými názory společnosti na handicapované osoby, že jsou méněcenní, neschopní, retardovaní apod. Jenže toto jsou názory přetrvávající z minulosti a je to zapříčiněno nedostatečnou informovaností o tomto tématu. Z tohoto důvodu, zároveň i proto, že osob se zrakovým postižením přibývá, jsem si zvolila toto téma mé bakalářské práce.

Se zrakově postiženými osobami se můžete setkat kdekoli. Nemusí jít jen a pouze o nevidomé, ale také o slabozraké s různým druhem zrakového postižení. V dnešní době přibývá nemocných s diabetem mellitem (dále jen DM) a jako nejednou komplikací DM je vznik diabetické retinopatie, která v posledním stádiu vede až ke slepotě. Také s vyšší úrovní života a životním stylem, oproti minulosti, se zvyšuje průměrný věk obyvatelstva a součástí stárnutí je i postupné zhoršování zraku.

V teoretické části bakalářské práce se zabývám anatomií oka a tím jak funguje a jakým způsobem vnímáme obraz, dále uvádím dle mého názoru nejčastější zrakové vady, jakým způsobem vznikají, čím se projevují a jaké jsou možnosti jejich léčby. Popisují, co znamená pojem kvalita života, neméně důležité jsou i psychologie handicapu a samozřejmě komunikace s takto postiženými lidmi.

V praktické části zkoumám kvalitu života u osob s různou zrakovou vadou, jak určitá porucha ovlivnila a ovlivňuje život daného člověka. Jak ji přijal a naučil se s ní žít, jak tyto lidi přijímá společnost a jestli se o ně společnost také nějakým způsobem stará. Zda-li je důležitá délka trvání té dané vady, věk klienta, jeho vzdělání apod.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE

Abychom pochopili, kde a jak jednotlivé zrakové vady vznikají, je důležité znát dobře anatomii oka, jak vedou zrakové dráhy do mozku a kde je centrum vidění. (3)

Zrakový orgán plní svou funkci ve dvou hlavních složkách, a to ve složce senzorické a motorické. Složku senzorickou pak dělíme na část periferní, zrakovou dráhu a zrakové centrum. Složku motorickou můžeme také rozdělit na části: okohybné svaly, okohybné nervy a jejich jádra a jako poslední motorická centra mozkové kůry. (3)

1.1 Anatomie oka

Oko je malý párový orgán, který v průměru není větší než 20 mm. Ale i přes svou velikost je oko nejdůležitějším smyslovým orgánem. Nejdůležitější částí zrakového orgánu je oční koule (bulbus oculi), která vnímá obrazové informace. Ze zadní části bulbu vystupuje zrakový nerv, který přenáší zachycenou zrakovou informaci do zrakové dráhy a centra. Důležitou roli mají i přídatné orgány, které zajišťují funkci a ochranu oka.(4)

Zrakový orgán je uložen v očníci, což je kostěná schránka tvaru čtyřboké pyramidy se zaoblenými hranami. Její hlavní rolí je mechanická ochrana oka. (4)

1.1.1 Oční koule

Stěna oční koule je složena ze třech vrstev. Povrchovou vrstvu tvoří bělima (sclera) a rohovka (cornea). Střední část stěny je tvořena cévnatkou (chorioidea), řasnatým tělískem a duhovkou (iris). Tyto části dohromady tvoří žloutku (uvea). Vnitřní plochu stěny pokrývá sítnice (retina). (1,3,4)

1.1.2 Bělima a rohovka

Bělima zaujímá 5/6 povrchu bulbu a poskytuje jeho mechanickou ochranu. Je sytě bílá a neprůhledná. Rohovka pak tvoří zbylou 1/6 povrchu, je vyklenuta dopředu a tvoří přední průhledný oddíl. Rohovka je bezcévná a bohatě inervovaná, při podráždění vzniká corneální reflex – sevření víček. (1,3,4)

1.1.3 Živnatka a duhovka

Živnatka je cévnatá vrstva, obsahuje velké množství melanocytů (pigmentových buněk).

Duhovka je tenká cirkulární ploténka s kruhovým otvorem uprostřed, tzv. zornicí (pupila). Nachází se těsně před čočkou a řasnatým tělískem. V duhovce se nachází svaly, které zvětšují a zmenšují zornici. Tyto změny se nazývají mióza (zúžení) a mydriáza (rozšíření). (1,3,4)

1.1.4 Cévnatka

Cévnatka, jak již název napovídá, je tvořena cévními kličkami, které vyživují tyčinky a čípky v sítnici, a pigmentovými buňkami. Pomáhá také udržovat napětí čočky a regulovat množství dopadajícího světla. (1,3,4)

1.1.5 Sítnice

Sítnice vystýlá vnitřní povrch bulbu až k okraji duhovky. Je jasně červená, jelikož dochází k průsvitu kapilár cévnatky. Její přední část, kryjící řasnaté těleso a zadní povrch duhovky, je dvouvrstevná a neobsahuje fotoreceptory a nervové buňky. Zadní část obsahuje světločivné buňky- tyčinky a čípky. V místě, kde se sbíhají axony světločivných buněk a vytvářejí zrakový nerv, je tzv. slepá skvrna. Zde tedy sítnice postrádá fotoreceptory. (1,3,4)

Vedle slepé skvrny se nachází skvrna žlutá, macula lutea, v jejímž středu je jamka – fovea centralis. Tento název vznikl proto, že při pitvách mrtvých lidí je toto místo doopravdy žluté. Je to místo nejostřejšího vidění na sítnici, obsahuje převážně čípky umožňující barevné vidění. Počet čípků směrem k periférii od žluté skvrny klesá, naopak koncentrace tyčinek směrem do periferie stoupá. V tyčinkách pak vzniká vidění jednobarevné, od bílé k černé. Mají vysokou citlivost ke světlu a fungují i za šera. Čípky jsou méně citlivé a reagují jen při dostatečném osvětlení sítnice. (1,3,4)

1.1.6 Čočka, sklivec, oční komory

Čočka je bikonvexní těleso zavěšené pomocí závěsného aparátu. Prostor za čočkou je vyplněn bezcévným sklivcem. Ten je tvořen z 98% vodou, obsahuje vysoký obsah kyseliny hyaluronové a tím vzniká jeho rosolovitá konzistence. Sklivec vytváří ve vnitřní části bulbu přiměřený tlak. Pokud tlak klesne, může dojít k odchlípnutí sítnice. (1,3,4)

Mezi zadní plochou rohovky a přední plochou duhovky je tzv. přední oční komora. Za zadní stěnou duhovky a před sklivcem se nachází zadní oční komora. Obě komory jsou vyplněny komorovým mokem, který se obnovuje a vstřebává do žilního řečiště a vyživuje tkáň čočky a bělimy.(1,3,4)

1.1.7 Okohybné svaly

Okohybné svaly zajišťují pohyb obou očí a jejich souhru k zaměření pohledu na daný objekt a k příjmu kvalitních vjemů. Šest okohybných svalů na každém oku vykonává 9 pohledových pohybů. Inervaci zajišťují tři hlavové nervy: IV. (nervus trochlearis), VI. (nervus abducens) a III. (nervus oculomotorius). (3)

1.2 Jak vidíme?

Paprsek světla odražený od objektu prochází nejprve lomivým prostředím oka (rohovka, přední oční komora, čočka a sklivec). Objekt se pak zobrazuje na sítnici převrácený, v oblasti maculy a fovey. Tak vzniká ostré centrální vidění a rozlišování detailů, tzv. vizus centralis. Oblast od makuly směrem k periférii poskytuje už méně ostré vidění, vzhledem k ubývání čípků a přibývání tyčinek, a informuje o vjemu prostoru, kontrastech a barvě ve velkých plochách.(3)

1.3 Zraková dráha a zrakové centrum

Vjemy ze sítnic obou očí se pomocí nervových vláken převádí do zrakového nervu, nervus opticus (II. hlavový nerv). Zrakový nerv probíhá přes zrakový kanál a v hypofýze se 62% nervových vláken kříží a tvoří chiasma opticum. Společně v pravém zrakovém svazku vedou dále vlákna z temporální části pravého oka a nazální části levého. V levém zrakovém svazku vedou vlákna z temporální části oka levého a nazální části pravého. Z chiasmatu pak pokračuje zraková dráha až do zrakového centra v mozkové kůře v týlním laloku.(3)

2 ZRAKOVÉ FUNKCE

Zrakové vnímání je komplexní děj. Oko jako zrakový analyzátor má několik základních funkcí, které se vyšetřují pro zjištění představy o zrakovém vnímání – zrakovou ostrost, zorné pole, barvocit, citlivost na kontrast, binokulární vidění, adaptace na tmu a oslnění a akomodaci. (3,4,5)

2.1 Zraková ostrost

Centrální zraková ostrost neboli vizus centralis je schopnost oka vnímat jasně a ostře předměty a jejich detaily. Principem je schopnost sítnice rozeznat dva body za předpokladu, že jejich obraz při dopadu podráždí dva čípky, mezi nimiž zůstane jeden čípek nepodrážděný. Vyšetření zrakové ostrosti se provádí pomocí optotypů. Optotypy jsou nestejně velká písmena natištěna na bílé ploše tabule. Pro děti nebo osoby neumějící číst jsou to jednoduché obrázky. U každé řádky je uvedena vzdálenost, ze které normální oko písmena přečte. (1,3)

Vizus je normálně 6/6. To znamená, že v čitateli je číslice udávající metry, ze kterých se oko vyšetřovalo, ve jmenovateli je číslo řádku na optotypu. Pokud je vizus 6/12, pak vyšetřovaný člověk čte z 6 metrů písmena, která by měl číst z 12 metrů. Ostrost je tedy snížena o polovinu normálního zraku. (1,3)

2.2 Zorné pole

Zorné pole je schopnost vnímání okolního prostoru při pohledu na jeden určitý bod. Hranici zorného pole tvoří okraj očnice. Čím hlouběji je oko uloženo, tím menší je zorné pole. Zorné pole obou očí se asi z 60% překrývají a to umožňuje stereoskopické (prostorové) vidění. (3,4)

Centrální zorné pole slouží pro ostré vidění a vnímání barev, periferní k orientaci v prostoru a tmě. Při poruše periferního zorného pole dochází k tzv. tubicovému vidění, kdy je omezena schopnost orientace a je zachována centrální zraková ostrost pro vnímání detailů. Při výpadku v centrální oblasti vzniká tzv. centrální skotom, při kterém zůstává periferní vidění a tím i orientace v prostoru, ale je omezeno vnímání detailů a čtení. (3,4)

2.3 Barvocit

Barevné vidění je složitý proces. Je podmíněno vlnovou délkou světla, která tvoří obraz na sítnici, a správnou činností světločivných buněk. Při běžném denním osvětlení se uplatňují čípky a při poklesu pod určitou hladinu už nejsou čípky dostatečně drážděny a funkci přebírají tyčinky. Čípky reagují na tři vlnové délky rozloženého bílého světla a to barvu červenou, modrou a zelenou. Z uvedených barev se vytvářejí ostatní barevné vjemy. Důležitou úlohu při vnímání barev hrají tón barvy, její sytost a jas. Fyziologický stav barevného vidění se nazývá trichromazie, stav kdy člověk vnímá pouze ve stupních šedi je achromatopsie. Vadami barevného vidění jsou nejčastěji postiženi muži, jelikož vady jsou vázány na chromozom X. (3,4)

2.4 Citlivost na kontrast

Kontrast je zrakem subjektivně hodnocený rozdíl jasu objektů. Adaptace na kontrast je schopnost přizpůsobit se na různé hladiny okolního osvětlení. Snížení citlivosti může odhalit skrytou ztrátu zrakových funkcí např. u katarakty, glaukomu, neuritid, roztroušené sklerózy apod. (3,4)

2.5 Binokulární vidění a akomodace

Jednoduché binokulární vidění zajišťuje vidět očima pozorovaný předmět jednoduše a umožňuje vidění do hloubky. Akomodací rozumíme adaptaci oka pro vidění na blízko.(4,5)

2.6 Adaptace na tmou a oslnění

Adaptace na tmou je schopnost přizpůsobit se různé úrovni okolního osvětlení. Tyto schopnosti jsou podmíněny regenerací a syntézou zrakových pigmentů. Čípky se adaptují na tmou rychleji než tyčinky, ale jejich citlivost je menší. Základem pro fotochemický proces je pigment rodopsin, vyskytující se v periferních částech tyčinek. Při dopadu světla se rodopsin rozkládá na opsin a retinal, ve tmě pak dochází k opačnému ději, resyntéze rodopsinu. Rodopsin má na starosti vidění za šera a při slabém osvětlení. Čípky obsahují jodopsin, který umožňuje vidění při vyšší intenzitě světla. (3)

3 ZRAKOVÉ VADY

Zrakové postižení vytváří situaci informační deprivace. Porucha zrakových funkcí je různě závažná, kvalitativně odlišná, může být spojena se vznikem kombinovaného postižení. Důležitým faktorem je doba vzniku zrakové vady. Tím pak můžeme určit příčiny na prenatální, perinatální, postnatální a získané. Zjednodušeně je lze rozdělit na vrozené, dědičné a získané. (5,6)

Vrozené vady jsou diagnostikovány u 2% novorozenců a na jejich vzniku se podílejí patologické noxy, které následně způsobují anomálie oka. Příčiny lze pak dělit na exogenní (mechanické, chemické a fyzikální, poruchy výživy) a endogenní (dědičnost). Získané vady vznikají nejčastěji na podkladě působení celkových chorob, jako jsou DM, anginy, TBC, revmatická onemocnění anebo vlivem úrazu. (5,6)

Do své práce jsem vybrala zrakové vady, které se vyskytují dle mého názoru nejčastěji a způsobují vážné poškození zraku a je třeba přiblížit je podrobněji. Proto zde neuvádím vady lehčího charakteru například astigmatismus, presbyopie atd.

3.1 Refrakční vady

Refrakční vady (příloha č.2) jsou nejčastějšími poruchami čočky. Většinou jde o nepoměr mezi mohutností optického aparátu a délkou bulbu. Mezi nejznámější vady patří hypermetropie neboli dalekozrakost. Normální nález hypermetropie je po narození, s růstem klesá. Při této poruše je vidění blízkých předmětů neostré, jelikož ohnisko rovnoběžně dopadajících paprsků leží až za sítnicí. Příčinou může být krátká předozadní oční osa nebo nedostatečná síla lomivého aparátu. Vadu člověk nahrazuje značnou akomodací, díky níž umístuje daný obraz na sítnici. Časem však už akomodace nestačí a dalekozrakost se koriguje brýlemi se spojkami (označující se znaménkem plus). (1,4,6,7)

Další známou refrakční vadou je myopie, krátkozrakost. Při ní není možné vidět ostře vzdálené předměty, protože rovnoběžné paprsky se sbíhají před sítnicí. Příčinou je naopak dlouhá předozadní oční osa nebo nadměrná síla lomivého aparátu. Člověk se snaží zaostřit vzdálené předměty mhouřením očí. Myopie se koriguje brýlemi na blízko, rozptylkami (označují se znaménkem mínus). Dědičnou formou je myopia gravis. Je to onemocnění spojené s dalšími změnami v oku a má různou míru progresu. U nejtěžších

případů může dojít k atrofii cévnatky a degenerativním změnám sítnice, až k jejímu odchlípení. (1,4,6,7)

3.2 Katarakta

Katarakta neboli zákal oční čočky je stav, kdy dochází k částečné nebo úplné ztrátě průhlednosti čočky. Dochází ke vzniku neprůhledných skvrn tvořících se shlukováním a štěpením bílkovin uvnitř čočky. Skvrny zmenšují množství prostupujícího světla a způsobují zkalené a rozmazané vidění. Stupeň poruchy zraku závisí na lokalizaci, hustotě a rozsahu skvrn. (4,8)

Fyziologicky je určitý stupeň zakalení čočky až u 50% populace ve věku nad 65 let, nad 75 let až u 70%. (4,6)

Etiologie, rozsah poruchy a funkční omezení jsou velice různorodé. Katarakta může být vrozená nebo získaná. Rizikovými faktory pro vznik může být UV záření, DM, obezita, kouření (až třikrát větší riziko vzniku), užívání kortikosteroidů. (4,6)

Existuje několik typů a dělení katarakty, mezi něž patří například katarakta presenilní, která může být spojena s diabetem, atopickou dermatitidou aj., posttraumatická po různých typech poranění oka (penetrující poranění předního segmentu oka, kontuze, poranění elektrickým proudem atd.) a toxická po užívání steroidů, miotik, fenothiazinů, amiodaronu. (4)

Symptomatologie je odlišná dle místa, kde k zakalení došlo. U katarakty korové začíná zakalení v periferii a pokračuje směrem do středu. Zde dochází k rychlému zhoršení zraku, kdy klient vidí dobře při silném osvětlení a postupně vidí mlhavě. Na rozdíl od katarakty jádrové, kde zakalení vzniká ve středu čočky a rozvíjí se do periferie. Zhoršení zraku je pomalé, nejprve se zhoršuje vidění do dálky, vidění do blízka je dlouho zachováno a trvá i několik let než dojde k úplné ztrátě vizu. (8)

Hojně se vyskytuje vrozená, kongenitální katarakta, jejíž příčinou mohou být genetické dispozice a různé teratogenní faktory. Často se vyskytuje s kombinovaným postižením. Tato vada je oproti jiným i vizuálně nápadná, dítě může mít hned po porodu šedé zabarvení zornice. (6)

Jedinou léčbou katarakty je operační řešení – náhrada čočky čočkou umělou. Stav oka s implantovanou umělou čočkou se nazývá artefakie, pokud čočka v oku chybí - afakie. (6)

3.3 Glaukom

Pro glaukom neboli zelený zákal, je charakteristické zvýšení nitroočního tlaku, který zhoršuje cévní výživu zrakového nervu a tím dojde ke zhoršení zrakové ostrosti a ke změnám zorného pole. Pokud není nitrooční tlak pravidelně kontrolován, může glaukom pokračovat nezvratným zužováním zorného pole vedoucím až ke slepotě (je to u nás jedna z nejčastějších příčin slepoty). Onemocnění bývá většinou oboustranné a porucha vidění je značná, ale variabilní. Vlivem zvyšování nitroočního tlaku může dojít ke změnám bulbů (nepravidelné, velké), rohovka může být zakalená. (4,6,8)

Glaukom je často asymptomatický a to vede k pozdnímu stanovení diagnózy, někdy až v terminální fázi onemocnění. V akutní fázi, která je výrazně symptomatická, může způsobit slepotu během několika hodin nebo dnů. Klinický obraz je charakterizován výpadky v zorném poli, poklesem zrakové ostrosti, zvýšeným nitroočním tlakem, bolestí oka a hlavy, nauzeou a zvracením v akutní fázi u glaukomového záchvatu. (4,6,8)

Může být také vrozený nebo získaný. Vedle zvýšení nitroočního tlaku působí také na vznik i genetická predispozice, DM, věk nad 40 let, systémová hypertenze, užívání steroidů, vaskulární choroby a myopie. U kongenitálního glaukomu není přidruženo kombinované postižení. (4,6,8)

Základní terapií jsou medikamenty, následně chirurgická léčba. Využívají se léky snižující tvorbu nitrooční tekutiny - betablokátory, zvyšující její odtok - prostaglandiny a kombinace obojího. Dále se mohou podávat sympatomimetika, parasympatomimetika, hyperosmotika aj. (4,6,8)

3.4 Retinopatie

Retinopatie je označení pro patologické změny sítnice a cév vznikající v souvislosti s celkovými chorobami. Pokud jsou postiženy jen cévy beze změn na sítnici, mluvíme o vaskulopatii. Příčinami vzniku jsou nejčastěji oběhové poruchy, DM nebo zvýšená koncentrace kyslíku v inkubátorech. (4,9)

3.4.1 Diabetická retinopatie

Toto onemocnění představuje ve vyspělých státech s ohledem na neustálý nárůst počtu diabetiků závažný zdravotně-sociální problém. Asi 2% osob s diabetem v produktivním věku pro retinopatii oslepnou, což má vliv na kvalitu života. (4,9)

Příčiny vzniku diabetické retinopatie nejsou dosud zcela známy. Hlavní příčinou poškození vlásečnic v sítnici, ale ne však jedinou, je hyperglykemie. Ta vede k porušení vnitřní struktury cévy, dochází i k poruše kontinuity a kontraktibility cévy. Cévy postupně ztrácejí schopnost regulovat průtok krve a stávají se propustnými pro některé složky krve a tím dochází k prosakování krevního séra mimo cévy do sítnice. A to je začátek diabetické retinopatie. Mezi další rizikové faktory patří genetická zátěž, hypertenze, porucha v metabolismu tuků, těhotenství u pacientek s DM, antikoncepce, onemocnění krve, kouření a alkohol, zánětlivá onemocnění oka a úrazy apod. (10)

Diabetická retinopatie má tři základní formy a to neproliferativní - prostou, preproliferativní a proliferativní. (10)

Diabetická retinopatie neproliferativní, prostá, je charakterizována vznikem mikroaneuryzmat (drobných výdutí) na cévách. Aneuryzmata mají defektní stěnu, kdy dochází k prosakování krevního séra do sítnice, ale i k prasknutí stěny a to vede k vylití krve mimo cévu a ke vzniku krvácení, tzv. hemoragiím. Ty mají různý tvar a velikost a bývají uloženy ve všech kvadrantech sítnice. Na sítnici se objevují tzv. tvrdé exsudáty. To jsou ložiska, která jsou tvořena bílkovinami a tuky. Pokud onemocnění pokračuje, dochází k edému makuly, tedy k otoku místa nejostřejšího vidění. A až v tuto chvíli, začíná pacient své onemocnění vnímat. Tento typ retinopatie lze bez problémů léčit. (10)

Diabetická retinopatie preproliferativní je druhé stádium nemoci, které je předstupněm vzniku nově tvořených cév. Pokračují změny na cévách, hlavně vlásečnicích. Dochází k hypoxii sítnice a buňky sítnice odumírají. Následně dochází ke změnám na vénách sítnice, díky změně viskozity krve, jsou výrazně plněny a mají nepravidelné lumen. A objevuje se tzv. vakovitý exsudát, jehož složení je stejné jako u tvrdého, ale vypadá jako chuchvalec vaty. Na sítnici přibývá krevních výronů, které si pacient může uvědomovat jako nepohyblivé skvrny v zorném poli. (10)

Diabetická retinopatie proliferativní je nejzávažnější forma onemocnění sítnice, kdy dochází k tvorbě novotvořených cév. K jejich vzniku dochází právě vlivem hypoxie sítnice. Novotvořené cévy rostou nekontrolovatelně nejen na sítnici, ale vrůstají i do sklivce, vytvářejí svazky cév s vazivovou tkání, která může tvořit trakční pruhy. Ty pak mohou odchlípnout sítnici. (10)

Další novotvořené cévy jsou i v úhlu mezi rohovkou a duhovkou, tento stav vede k závažné komplikaci – ke vzniku druhotného glaukomu. Častou komplikací je

hemoftalmus, tj. vylítí krve do sklivce a ten se projevuje náhlým poklesem zrakové ostrosti. Konečným stádiem onemocnění je odchlípení sítnice s kolapsem sklivce a následnou slepotou. (10)

K symptomům patří souhrnně proměnlivé vidění, postupné zhoršování zraku, výpadky zorného pole, později i zasažení centrální krajiny, někdy světloplachost. (10)

Léčba tohoto onemocnění je možná fotokoagulací, laserem. Ta je však účinná pokud jsou změny na sítnici zachyceny a léčeny včas. Až u 50 % případů zachrání zrakovou ostrost. S tím i souvisí velký význam kontrol očního pozadí u diabetiků. (10)

Základní prevencí vzniku tohoto onemocnění a metodou léčby u počínajících stádií je dokonalá kompenzace diabetu, hyperglykemie a léčba případné hypertenze. (4,9,10)

3.4.2 Retinopatie nedonošených

Vzniká často u nedonošených a nezralých dětí (s porodní hmotností pod 1500g), které musí být umístěny do inkubátoru s přívodem kyslíku. Vznik a příčina onemocnění není přesně známá, ale jedním z faktorů je vysoká koncentrace kyslíku v inkubátoru (nad 40%). Zde si dítě zvykne na vysoký parciální tlak kyslíku a po převedení do normální atmosféry je sítnice v hypoxickém stavu. Na tento stav sítnice reaguje neovaskularizací. Novotvořené cévy se rychle šíří ze sítnice do sklivce a způsobují trakční odchlípení sítnice.(4,6)

Zraková ostrost je postižena v různém rozsahu a často oboustranně. Není výjimkou u tohoto onemocnění vzniku kombinovaného postižení (spojení s dětskou mozkovou obrnou, mentálním defektem, lehkou mozkovou dysfunkcí aj.). Prevencí vzniku je udržování koncentrace kyslíku v inkubátoru pod 30%, dítě v něm udržovat po nezbytně dlouhou dobu a poté ho pozvolna převádět do normální atmosféry a pravidelné kontroly očním specialistou. (4,6)

3.4.3 Věkem podmíněná makulární degenerace

Toto onemocnění (dále VPMD) postihuje osoby starší padesáti let a je nejčastější příčinou slepoty u starších lidí. Příčinou je poškození žluté skvrny, makuly. Dochází k prorůstání novotvořených cév pod sítnici, prosaku krve do sítnice a vzniká její otok. Rizikovými faktory mohou být genetické dispozice, pohlaví (ohroženy více ženy), věk, UV záření, kouření, obezita. Zpočátku postihuje jen jedno oko, což omezuje včasné rozpoznání této choroby. Lidé chodí k lékaři často již pozdě, kdy je makula

na sítnici a zrak vážně poškozen. Symptomy jsou zpočátku mlhavé vidění, šedavá místa v centrálním vidění, rozostřený obraz a vlnité linie a písmo. (11)

U VPMD existují dvě formy: suchá a vlhká. Suchá forma VPMD se projevuje neschopností dobře vidět místo, na které se člověk soustředí. Periferie je zachovalá, ale centrální vidění je rozmazané. V pokročilejším stádiu už ve středu vidíte jen šedavou nebo černou skvrnu. U vlhké formy se zdají obličej, linie a písmena zvlněné, zprohýbané. Tato forma probíhá velmi rychle oproti suché formě. Prevencí jsou pravidelné kontroly u očního lékaře, lidé se mohou otestovat i doma pomocí Amslerovy mřížky. (11)

3.5 Kortikální postižení

Kortikální postižení (dále jen CVI) zrakových funkcí (synonyma mozková slepota, korová slepota, centrální poruchy zraku) souvisí s poškozením funkce mozku a zrakových drah. Mohou vznikat prenatálně, perinatálně i postnatálně. (3,12)

Při postižení v oblasti zrakového nervu se projeví změny zrakových funkcí na jednom oku. Při postižení v oblasti chiasmatu dojde ke ztrátě zorného pole vnějších nebo vnitřních polovin obou očí. Při postižení v oblasti optického traktu dojde ke ztrátě zorného pole na opačné straně, při zničení obou optických traktů je člověk nevidomý, může být zachováno vnímání světla a tmy. Postižení na úrovni zrakové oblasti mozkové kůry má za následek ztrátu poloviny nebo části protilehlého zorného pole. Změny v sekundárních oblastech nebo ve vyšší zrakové analýze vedou ke ztrátě specifických funkcí, ale ne k poškození zorného pole. Postižení v oblasti temporální vede k agnózii a ke ztrátě rozpoznávacích funkcí, a v oblasti parietální vede ke změně vizuomotorických funkcí a orientace v mikroprostoru (příloha č.3). (3,12)

K těmto poruchám může dojít například nádorem, hypoxií, hypertenzí, úrazy, stav po CMP, následným utlačením v určitém místě, arteriosklerózou apod. (3,12)

4 KLASIFIKACE ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ

Nejčastěji klasifikujeme dle stupně zrakového postižení, ve kterém vycházíme ze stavu vizu a rozsahu zorného pole. Pro posouzení stupně zrakového postižení dle vizu a dalších okolností funkčního využití zraku jsou daná kritéria specifikovaná ve vyhlášce č. 207/1995 Sb., novelizovaná 21.2.2008. Vyhláška zohledňuje kritéria doporučená Světovou zdravotnickou organizací (dále jen WHO). (13, 14)

Klasifikace zrakového postižení není ve všech státech stejná, jelikož WHO tyto hlediska jen doporučuje (příloha č.4). Dle tohoto doporučení klasifikujeme zrakové postižení do 5 skupin. První skupinou je slabozrakost lehká až střední, která se vymezuje poklesem centrální zrakové ostrosti pod 6/18 s použitím optimální korekce a tato hodnota je hraniční pro hodnocení stavu jako poškození zraku. Dalším stupněm je slabozrakost těžká od hodnot centrálního vizu pod 6/60 až do 3/60 včetně. Třetí skupinou klasifikace je těžce slabý zrak s hodnotou vizu pod 3/60 do 1/60 včetně a binokulární vidění je menší než 10°, ale větší než 5° kolem centrální fixace. Následuje praktická nevidomost, u které je pokles centrálního vizu pod 1/60 až do světlocitu a binokulární zorné pole je 5° a méně i bez poruchy centrální fixace. Posledním stupněm v klasifikaci zrakového postižení je úplná nevidomost, kdy může být zachován světlocit s nesprávnou projekcí až po úplnou ztrátu světlocitu (amaurózy). (3)

5 KVALITA ŽIVOTA

V této kapitole se zaměřuji na kvalitu života a na to, jaký je rozdíl mezi kvalitou života zdravotně postižených osob a intaktních osob.

Koncept kvality života souvisí i s lidskými potřebami, sebedpěčí, zdravím, pohodou, denní aktivitou i existencionálním rozměrem lidského života. V různých vědních oborech zabývajících se kvalitou života najdeme mnoho přístupů a definic. Kvalita života je těžko vyjádřitelný pojem díky její komplexnosti. (15,16)

Nejčastější používanou a citovanou definicí kvality života je definice vytvořena WHOQOL, která je v ní vyjádřena „*jak lidé vnímají svoje místo v životě, kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům.*“ Dále dle literatury pojem kvalita života vyjadřuje jakost, hodnotu a může mít dva významy. Může být používán jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, jakými se daný objekt liší od jiných, anebo jako normativní kategorie na vyjádření optimální úrovně nebo stupně přibližující se k potřebám nebo očekávaným představám jednotlivců nebo skupin. Kvalita není kategorií absolutní, ale relativní, jelikož může být vyjádřena kvalitativními a kvantitativními indikátory. (15,16)

Pokud chceme vymezit, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřená, musíme si určit předmět a normu, se kterou je předmět porovnáván. Jelikož je v případě kvality života předmětem hodnocení život, je důležité si zodpovědět otázku, jakého života kvalitu hodnotíme. Nejčastějším objektem hodnocení je život individuálního člověka, zahrnující jevy a činnosti, které charakterizují živý organismus. Život člověka nechápeme jen v úzkém významu biologické existence, ale jako komplexní pojem, který zahrnuje všechny projevy a oblasti jeho činnosti (pracovní, rodinný, citový, společenský život apod.). Kvalita života může být hodnocena i ve skupinách, ne pouze u jednotlivců. Pojem život vyjadřuje také způsob, jak žijeme. Termín kvalita života používá na popis pozitivních i negativních aspektů života. Hodnocení, zda-li je život kvalitní nebo ne, je založeno na porovnání života s očekávanou úrovní existence anebo se životem druhých lidí. Ale z tohoto vyplývá další otázka. Jaká je norma pro konstatování, že život člověka je kvalitní? (15,16)

Mezi základní rozdělení kvalit patří dělení na objektivní a subjektivní kvalitu života. Subjektivní dimenze kvality je zásadní a určující pro život jedince, jeho vnímání

postavení ve společnosti, výsledná spokojenost je závislá na jeho pocitech. Do objektivní dimenze patří materiální zabezpečení, sociální podmínky, sociální status, fyzické zdraví (ekonomické, sociální, zdravotní a environmentální podmínky, které ovlivňují život jedince). (15,16)

Můžeme ji pojmut také ve 4 rovinách – v makro – rovině (velké společenské celky), mezo – rovině (malé sociální skupiny, podniky, školy apod.), personální rovině (kam spadá právě život jednotlivce) a rovinu fyzické existence (chování druhých lidí). (15,16)

Dále můžeme kvalitu života chápat jako to, čím se vyznačuje život daného člověka s porovnáním se životy druhých. Na tomto základě se může kvalita života hodnotit jako subjektivní, individuální a komplexní. Měřením pak porovnáváme jednotlivé životy různých lidí s důrazem na to, co je pro ně důležité, to čím se jejich život vyznačuje. (15,16)

Koncept kvality života obsahuje spoustu oblastí od fyzických funkcí až k prožívání životního štěstí a dosahování životních cílů. Proto je označována jako multidisciplinární. (15,16)

Výzkum kvality života byl sociologií a sociálními vědami iniciován na přelomu 60. a 70. let 20. století. Kvalita života byla hodnocena ve vztahu ke společnosti, předmětem výzkumu byly sociální a ekonomické indikátory (materiální zajištění, příjem, zdravotní péče, svoboda aj.). Kvalita života jedince se díky psychologickým vědám začíná zkoumat ve vztahu k vnitřním a osobním faktorům. V sociologickém pojetí je chápána ve vztahu k životní úrovni, v psychologickém přístupu pak hlavní roli hrají pojmy štěstí, pohoda, spokojenost, smysl života, v medicínském funkční stav a zdraví. (15,16)

Specifika kvalit života zrakově postižených, která je odlišují od intaktních a jiných znevýhodněných skupin, se dělí do pěti oblastí: způsoby akceptace vady, informační deficit a smyslová deprivace, samostatnost a soběstačnost, společenský status a prosperita a jako poslední pracovní schopnosti. (17)

Akceptace zrakové vady je potřeba vyrovnat se s touto vadou jako s nezměnitelným faktorem a zvládat důsledky a znevýhodnění vyplývající z této vady. Samozřejmě se akceptace netýká jen zrakově postiženého jedince, ale i příbuzných, známých. Je to celoživotní proces. (17)

Informace vnímáme nejvíce zrakem. U zrakově postižených jedinců probíhá přijímání informací dotykem, sluchem, pohybem, čichem, chutí a různými kompenzačními mechanismy. Ke specifickým prostředkům k řešení informačního deficitu patří reedukace zraku, bodové písmo, tyflografika a výcvik orientace v prostoru. (17)

Soběstačnost zrakově postižené osoby je rozdělena na dva celky a to prostorovou orientaci a samostatný pohyb a sebeobsluhu (osobní hygiena, údržba domácnosti, péče o děti, zájmy aj.). (17)

6 PSYCHOLOGIE HANDICAPU

6.1 Historie a pojetí handicapu

Od začátku lidské společnosti byli mezi jejími členy lidé odlišující se různými smyslovými a tělesnými vadami, vzhledem, duševními chorobami. Z historie v obecném povědomí přetrvávají určité postoje a předsudky. K vytváření postoje společnosti k postiženým členům je nutné brát v úvahu obecné vlastnosti psychiky člověka a jeho vztahu k ostatním. Společnost si během svého vývoje a na každém jeho stupni vytvářela a vytváří určitá pravidla soužití, normy a hodnoty, které se stávají součástí člena společnosti v průběhu socializace. (6,18)

Hodnoty a normy společnosti vznikají v rámci určité kultury a jsou podmíněny historicky. Kultura pak určuje, co je v dané společnosti považováno za žádoucí nebo nežádoucí. Je jasné, že dle různých kultur a její historie se dané hodnoty liší. Co pro některou danou kulturu může být žádoucí, v jiné může být naopak nežádoucí. To samé platí i na „odlišné„ členy společnosti, záleží na normě a na tom, co je vlastní dané kultuře a společnosti. Na různých úrovních vývoje společnosti a kultur jsou různé typy postojů k postiženým lidem. (6,18)

U zvířat můžeme pozorovat odmítání jedinců stejného druhu, kteří nemají fyzické znaky daného druhu. Sociální status u většiny zvířat závisí na fyzickém vzhledu a zdatnosti. Ti slabší se dostávají na okraj sociální skupiny. Podobně na tom nejspíše byla i lidská společnost v prehistorickém období. Postoje byly zachovány v podobě mýtů, a proto můžeme tyto postoje jen předpokládat. (6,18)

Další roli v přístupu k postiženým a slabším jedincům hrála ekonomická situace dané skupiny. V té době se řídili heslem: kvalita každého člena skupiny je měřena jeho možným přínosem pro jeho skupinu. V antice se postižení jedinci odlišovali od určitého estetického ideálu, kam nejvíce spadali lidé zmrzačení, odpuzující svým vzhledem apod. V historii se setkáváme s takovými názory, jako že slepý či tělesně postižený je zároveň mentálně retardovaný a s pokřiveným charakterem. Vlivem náboženských představ je postižení chápáno jako boží vůle – zkouška nebo trest. Další odlišný vztah k postiženým lidem nazýváme tzv. fascinace monstrem. To, co člověka odpuzuje, ho zároveň určitým způsobem přitahuje. Takovými lidem pak ostatní připisovali magické schopnosti. (6,18)

Nyní je postoj společnosti k postiženým lidem nejvíce ovlivněn nedostatečnou informovaností a znalostí o skutečných možnostech i omezení těchto lidí. Je často stereotypní s tendencí ke generalizaci (vidět všechny stejně, nediferencovaně). Tyto postoje mají charakteristickou převahu emocionální složky hodnocení a omezen racionální přístup. Samozřejmě nejsou vrozené, ale vytvářejí se učením, právě vlivem sociokulturních faktorů. (6,18)

Dalším problémem přístupu laiků je vázanost hodnocení jen na zjevné projevy a ignorace podstaty. Zrakové postižení není tím pádem jen záležitostí jedince, ale je i společenským handicapem. Člověk často získá i jinou sociální roli, která může přinést privilegia nebo i omezení. Lidé se zrakovým postižením bývají díky malé informovanosti často přeceňováni nebo naopak podceňováni. Problémem zrakově postiženého jedince je integrace do společnosti a to jak integrace dětí do běžných škol, tak začleňování osob s postižením do zaměstnání. (6,18)

Lidé vytvářejí sociální skupiny se stejným postižením, aby nebyli tak vystaveni tlaku norem zdravé populace. Jde tam o tzv. efekt similarity, kdy lidé mají obdobné problémy a reagují na ně podobnými způsoby řešení. Často žijí raději v izolaci – v rodině, ústavu nebo komunitě stejně postižených lidí. (6,18)

Ale nejen ze strany zdravé společnosti vznikají v chování dané stereotypy, ty se vyskytují i na straně jedinců s postižením. Často zachovávají pocity podezřívavosti a ukřivděnosti. Lidé s postižením čekají od zdravých spíše vyhýbavý postoj a tohle vše pak nepříznivě ovlivňuje interpretaci chování. (6,18)

Pouze bude-li společnost schopna překročit stereotypy, nebude člověk s postižením vnímán pouze pod úhlem postižení. Předsudky a stereotypní vnímání je možné překonat hlavně rozbitím bariér, které dělí společnost od postižených osob a naopak, a umožnit kontakty a vzájemné poznávání. (6,18)

6.2 Specifické rysy osobnosti postiženého jedince

Osobnost člověka, která zahrnuje celek psychických jevů, je mnohonásobně podmíněna a vytváří se v průběhu vývoje jedince pod vnějšími a vnitřními jevy. (18)

Osobnost je především ovlivněna biologicky a to tím, že psychické jevy jsou zakotveny v organismu a jsou projevem činnosti nervové soustavy. Další vliv v této oblasti je genetická výbava, která ovlivňuje řadu podstatných charakteristik psychiky

(úroveň inteligence, dysfunkce apod.). Svou roli má též celkový tělesný vzhled jedince, jelikož hraje mimořádně důležitou úlohu v sociálních vztazích. (18)

Druhým vlivem pro formování osobnosti je faktor sociální. Rodiče a lidé kolem člověka působí nejen tím, co mu vědomě předávají (příkazy, zákazy, informace), ale i svým vztahem k němu. (18)

Dalším podstatným faktorem ovlivňujícím vývoj osobnosti člověka je jeho vlastní aktivita, jeho reakce na okolní svět i na vztahy, jeho vlastní činnost, vyvolávající odezvu okolí, jeho prožívání. Toto přispívá k sebeuvědomění, sebehodnocení, k formování představy o sobě apod. Zmíněné faktory působí ve vzájemné souvislosti. (18)

6.3 Vliv postižení na strukturu osobnosti

Každé postižení působí dle toho, jak postižený člověk své postižení prožívá a jak na něj toto prožívání působí, jaké způsoby řešení nachází a jak ovlivňují jeho osobnost. Postižení můžeme chápat jako náročnou životní situaci, protože dlouhodobě působí na člověka zatěžujícím vlivem, zvyšuje stres, způsobuje řadu konfliktů, frustrací a zhoršuje jeho každodenní situaci. Z tohoto hlediska je i důležité, jakým a jak těžkým postižením jedinec trpí. Lehčí postižení může způsobovat těžší postižení psychiky, pokud se s ním jedinec hůře vyrovnává. (18)

Musíme si uvědomit, že různé faktory mají rozdílný vliv na jednotlivé složky osobnosti. Co je více podmíněno biologicky, to se mění méně (temperament), co je závislé na sociálních vlivech, je více ovlivnitelné (charakter). (18)

Rozdíly ve vlivu postižení na jednotlivé složky osobnosti jsou způsobeny i časem, kdy k postižení došlo. Vrozené postižení mění podmínky vývoje, sociální vztahy, omezuje od počátku vývojové možnosti člověka. Na druhé straně člověk žijící s postižením od narození, se na něj lépe adaptuje. Získaný defekt méně zasahuje do vývoje funkcí osobnosti, které se až do té doby mohly vyvíjet normálně. Klade však větší nároky na adaptaci, převážně v oblasti postižené funkce a kompenzačních funkcí. Znamená velký zásah do osobnosti člověka, způsobuje duševní trauma a je hluboce prožíván. (18)

Vývoj osobnosti závisí také na tom, jak se postižený člověk se svým postižením vyrovnává. Pokud ho akceptuje a vyrovnává se s ním realisticky, pak postižení nemusí mít za následek výrazné změny ve struktuře osobnosti. Často se můžeme setkat s tím, že

člověk reaguje na své postižení takovým způsobem, že jeho reakcí vznikají určité specifické rysy osobnosti. (18)

Významný vliv má i to, jak se vyvíjí vztah postiženého k okolnímu světu. Vliv postižení se může projevovat v tom, jak zasahuje samotnou osobu, ale i v tom, jak umožňuje možnosti postiženého jedince navazovat sociální kontakty s okolím. S tím souvisí i vztah postiženého k sobě samému, jaké je jeho sebehodnocení. (18)

Zrakové postižení nebo zraková vada je obecný pojem, je více než jen poškození anatomických struktur a poruchy funkcí zrakového analyzátoru. Je to stav, který se promítá negativně do všech dimenzí charakterizujících kvality života, ovlivňuje celou osobnost a psychický vývoj jedince. Nedostatek nebo chybění zrakových podnětů jsou příčinou senzorické deprivace. Negativní charakter různých ukazatelů představuje zpravidla znevýhodnění, handicap ve srovnání s intaktními. (6,19)

7 KOMUNIKACE SE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝMI LIDMI

Pojem komunikace je lidmi chápán především jako proces dorozumívání. Avšak komunikace znamená širokou škálu způsobů kontaktu mezi lidmi, kam spadá jednodušším tříděním dorozumívání řečí, dorozumívání ve smyslu výměny informací a komunikace (setkání, vzájemné vztahy a vztahy ve společenství). (20)

Ne všichni se dokážeme dorozumívat stejným způsobem, používat shodné komunikační strategie a podobně, takže často vznikají nedorozumění, která jsou způsobena tzv. komunikačnými šumy. Tato nedorozumění se mohou týkat každého z nás, ale do mimořádně rizikové skupiny patří právě lidé s různými druhy postižení a znevýhodnění. Problémy nemusejí být pouze omezení komunikační schopnosti jedince s postižením, ale i prostředky, které ke komunikaci používá a které neznají ostatní lidé (např. bodové písmo). Mezi nejvýznamnější komunikační obtíže lidí se zdravotním postižením patří problémy se srozumitelností projevu a to, jak jasně a zřetelně se vyjádřit a něco sdělit, tak i porozumění sdělení z okolí. (20)

V dnešní době už si můžeme všimnout opatření, která pomáhají vytvářet bezbariérové prostředí pro lidi s těžkým zrakovým postižením. Mezi taková opatření patří např. zvuková signalizace semaforů, varovné pásy na chodnících, označení zastávek MHD v Braillově písmu atd. (20)

V komunikaci hraje velkou roli doba, kdy k postižení došlo. Pokud nastala ztráta zraku během života, má velký význam předchozí zraková zkušenost. Zrakové vnímání totiž podmiňuje schopnosti sociálního učení (odezírání, nápodoba, zraková orientace...). Lidé s postižením zraku často komunikují mluvenou řečí, v písemné komunikaci tyto lidé využívají Braillova bodového písma, kterým lze zapsat text, číslice i interpunkci. Nevýhodou ovšem je, že většina lidí toto písmo číst nedokáže. (20)

U lidí se zrakovým postižením se v porovnání s většinovou populací uvádí až šestkrát častější výskyt řečových vad. A to díky omezené schopnosti učení a zpětné kontroly artikulace pomocí odezírání. Velmi důležitá je proto včasná logopedická péče. V komunikaci se také hojně vyskytují verbalismy, tj. používání pojmů bez utvoření správné představy o jeho významu, a gramatické chyby v písemném projevu. V interpersonální komunikaci chybí zrakový kontakt. Těžce zrakově postižení lidé neregistrují mimiku, gesta ani pozici partnera. (20)

Někdy může být obtížné to, že zraková vada není na první pohled zjevná. Mezi charakteristické znaky postižení patří bílá hůl, vodící pes a tmavé brýle, ale zároveň jsou tyto symboly značně stigmatizující. Při setkání s takovýmto člověkem je vhodné iniciativně navázat kontakt, on sám oslovuje lidi okolo sebe obtížně. (20)

Je nezbytné brát v úvahu obtíže s prostorovou orientací v neznámém prostředí a je-li to možné, omezit rizika, která by ho mohla ohrozit. Můžeme se stát jakýmsi náhradním zrakem, kdy popisujeme vše, co se děje v okolí. (20)

7.1 Komunikace se slabozrakými lidmi

Slabozrací lidé mohou využívat zrak při interpersonální komunikaci zčásti podobně jako ostatní. Zpravidla používají kompenzační a korekční pomůcky. Při silné slabozrakosti již nemusejí správně registrovat gesta a mimiku. (20,21,22,23)

Je vhodné na sebe při pozdravu ještě upozornit lehkým dotykem například na předloktí, aby bylo danému člověku jasné, že právě s ním komunikujeme.

Při hovoru je dobré, aby na naši tvář dopadalo světlo, slabozraký člověk pak může lépe pozorovat výraz, mimiku. Velmi důležitou roli hraje světlo, osvětlení, hlavně u osob s šeroslepostí, světloplachostí. Měli bychom se klienta zeptat, co mu jak vyhovuje, abychom mu nezpůsobili stres a oslnění. Je tedy důležité nesvítit moc a zase nemít úplnou tmou. (20,21,22,23)

U písemné komunikace je důležité využití kontrastů, silný tmavý fix na bílý papír apod., a doporučuje se psát velkým tiskacím písmem. Kontrastu by se mělo využívat i na orientační grafické symboly, jako je označení a zvýraznění hran schodů, označení na dveřích, nápisy. Při čtení a orientaci potřebuje slabozraký člověk více času a my bychom mu to měli umožnit. (20,21,22,23)

7.2 Komunikace s nevidomými lidmi

Opět na prvním místě s nevidomým člověkem by měla být iniciativa od toho, kdo lépe vidí, v tomto případě nehrají roli pravidla etikety, ale běžná pravidla společenského chování by se dodržovat měla. Po oslovení by mělo dále následovat upozornění dotykem. Pokud člověka známe, je dobré ho oslovit jménem a připomenout i jméno naše, aby nás mohl co nejrychleji identifikovat. Při odchodu bychom měli upozornit, že ukončujeme konverzaci a odcházíme. Pokud bychom to neudělali, nevidomý člověk by si mohl povídat ještě po našem odchodu a to pro něj určitě není příjemné. (20)

Při komunikaci a rozhovoru bychom měli stát čelem k dotyčnému, jelikož nevidomí mohou podle sluchu poznat, že se otáčíme jinam. Měli bychom také snížit hluk v okolí na minimum. Je třeba vše popisovat detailně a přesně, dle potřeb nevidomého. (20)

Pokud je s nevidomým člověkem průvodce, nikdy bychom neměli hovořit na něj místo na nevidomého. Jestliže chceme nabídnout pomoc, tak v první řadě bychom se měli zeptat, zda-li daný člověk pomoc potřebuje, a pokud ano, tak ji provést nenásilnou formou a vědět jak ji v kterých případech poskytnout. (20)

Mezi čtyři obecná maxima pro efektivní komunikaci s člověkem s těžkým zrakovým postižením Slowík uvádí:

- 1) Tzv. *maximum kvantity*, to znamená, řekni dost, ale ne víc než je nutné, aby sdělení bylo dostatečně informativní, ale i srozumitelné.
- 2) Tzv. *maximum kvality*, to znamená nelhat a neříkat polopravdy. Měli bychom předávat pouze pravdivé a ověřené informace.
- 3) Tzv. *maximum relevance*, říkat tedy to, co je v daném dialogu smysluplné a relevantní vzhledem k momentální situaci.
- 4) Tzv. *maximum způsobu*, vyjadřovat věci jasně, přesně, jednoznačně a srozumitelně, ne dvojsmyslně.

Pro písemnou komunikaci s nevidomým člověkem je dobré znát a umět Braillovo písmo. Ale v dnešní době tuto podmínku nahrazují počítače a speciální pomůcky, které pomohou přečíst běžný černotisk. Stále větší význam má i přeměna psané formy audiozáznamem. (20)

7.3 Komunikace s lidmi s hluchoslepotou

Hluchoslepotu je již několik let uznávána jako specifický a samostatný druh postižení, ale jednotná definice zatím neexistuje. Hluchoslepotu je z definice z tzv. Písemného prohlášení Evropského parlamentu z 1.4.2004 chápána jako „jedinečné postižení vzniklé kombinací zrakové a sluchové vady, která způsobuje potíže v přístupu k informacím, komunikaci a mobilitě.“ Hluchoslepotu ale nemusí vždy znamenat, že dotyčný člověk vůbec nevidí a neslyší. Většinou jde o kombinaci různě závažného sluchového a zrakového postižení, z nichž jedno obvykle převažuje. Symbolem pro hluchoslepotu se stala červeno-bílá hůl, která však není v laické veřejnosti dostatečně známa. (20)

Lidé postižení hluchoslepotou se zabývají především sami sebou nebo bezprostředním okolím, často nejsou motivováni k hledání nových komunikačních kontaktů. Dalším problémem je, že pro dorozumívání využívají od běžných prostředků až po specifické metody. Dorozumívání s hluchoslepým jedincem je závislé na několika faktorech, kterými jsou systém pro sdělování informací preferovaný daným člověkem, smysl jakým dotyčný informace přijímá, úroveň jeho komunikačních dovedností a okolní prostředí. (20)

Pokud je u tohoto člověka ještě zrakový nebo sluchový potenciál, lze jej při komunikaci také využít: pokud je zachován alespoň částečně zrak, lze využít velká tiskací písmena, kontrastu (psaní černým fixem na bílý papír) apod., pokud je zachován sluch, je vhodné na člověka mluvit jako na nedoslýchavého. Těchto potenciálů lze využít na úřadech, u doktora apod., jelikož jen málo lidí umí používat specifické komunikační prostředky a to jak ze strany intaktních, tak ze strany postižených lidí. (20)

Komunikační systémy, které mohou lidé s hluchoslepotou využívat je taktilní forma českého znakového jazyka, znaková čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda, daktylografika, taktilní odezírání, TADOMA aj. Lidé mohou používat v komunikaci všechny uvedené systémy dle jejich volby. Většina lidí tyto systémy neovládá, proto mají lidé s hluchoslepotou právo na využívání tlumočnických služeb. (20)

7.4 Komunikace se zřakově postiženým seniorem

Výzkumy dokládají, že u většiny seniorů (osoby nad 65 let věku) se vyskytuje více než jedno postižení ovlivňující komunikační možnosti. Narušená komunikační schopnost vede často ke zhoršování kvality života a k postupné ztrátě nezávislosti. Komunikace se staršími lidmi by měla být nediskriminující, s partnerským přístupem a s vnímáním jejich pozice jako rovnocenných a rovnoprávných jedinců, kteří si zaslouží úctu, vstřícnost a respekt okolí. (20)

Ve stáří dochází ke zpomalování reakcí, tomu je potřeba přizpůsobit i tempo řeči, aby mohl člověk zachytit obsah sdělení a porozumět mu. Je důležité mluvit přiměřeně hlasitě a dobře artikulovat. Pro komunikaci volíme strategie odpovídající jeho handicapu a jeho komunikačním schopnostem a formám dorozumívání. Velkou roli hraje i taktilní komunikace, dotyk, pohlazení, uchopení za ruku jsou pro seniory projevy

porozumění a náklonnosti a zároveň je to pro ně i signál toho, že nejsou zbyteční a odstrčení. (20)

U seniorů se zrakovým postižením je akceptace dané zrakové vady zdoluhavější proces. Hůře se učí novým věcem, používání kompenzačních pomůcek, neradi mění své zažité metody a postupy využívané dříve. Je třeba dát danému jedinci dostatek času, nechat ho si osvojit novou situaci postupně. (20)

Člověk by měl umět trpělivě naslouchat, jelikož starší lidé mají potřebu sdílet s někým své vzpomínky a předávat zkušenosti a rady ze života. (20)

Velkou chybou je nadřazený a pohrdavý postoj k seniorům, nerespektování a neochota vzájemného porozumění. (20)

7.5 Chyby a mýty v komunikaci se zrakově postiženými lidmi

Jak již v úvodu bylo řečeno, převládají některé představy, které jsou zkreslené a bohužel většina populace se jimi řídí a věří jim. Mezi takovéto nepravdivé informace patří to, že takto postižení lidé jsou ochuzení o všechny zrakové vjemy. Není to pravda, nejen slabozrací, ale i prakticky nevidomí mohou rozlišovat světlo a tmou a mají i určité vizuální vjemy. (20,21,23)

Mnozí lidé si myslí, že zrakově postiženým lidem nezáleží na zevnějšku (oděvu, účesu, tváři), ale opak je pravdou. Také se potřebují cítit dobře a líbit se ostatním. (20,21,23)

V rozhovoru s nevidomým člověkem se nemusíme vyhýbat výrazům, které souvisejí s barvami a zrakovými vjemy, jako například uvidíme se, podíváme se aj. (20,21,23)

Mylný názor je, že tito lidé nepotřebují nebo nestojí o nabízenou pomoc. Avšak řada těžce handicapovaných osob má omezenou příležitost k sociálním kontaktům a obvykle nepohrdne ani rozhovorem. (20,21,23)

Těžce zrakově postižení jedinci nejsou méně inteligentnější a není třeba na ně mluvit hlasitěji, pomaleji a zjednodušeně. Neměli bychom se ani pohybovat tiše, abychom nevyvolali nepříjemné pocity. (20,21,23)

Nevidomí lidé nestojí o soucit. Je důležité znát nebo nechat se poučit od daného člověka o správném způsobu vedení. Nikdy nesmíme nevidomého tlačit před sebou nebo tahat a vláčet za sebou. (20,21,23)

Nelze předpokládat, že každý člověk bude znát zásady jednání a komunikace se zrakově postiženými lidmi. To by každý musel vědět, jak jednat i se sluchově, tělesně postiženými, s psychiatrickými klienty, seniory, s lidmi různé národnosti atd. Lze ale očekávat, že se každý bude chovat slušně a bude mít určitou empatii k tomu druhému. Jakési porozumění, že ten druhý může mít nějaké problémy.

8 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY

Kompenzační pomůcka je nástroj, přístroj nebo zařízení, speciálně vyrobená a upravená tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití kompenzovala nějakou nedostatečnost způsobenou zrakovým postižením. Oblasti, ve kterých mohou pomůcky kompenzovat negativní důsledky postižení, jsou oblasti uspokojování základních životních potřeb, orientace v prostoru a schopnost pohybu v prostoru, k získávání a zpracování informací. Většina kompenzačních pomůcek slouží ke zmírnění informační bariéry a jsou koncipovány tak, aby u zrakově postižených využívaly dvou dalších smyslů a to sluchu a hmatu. (24)

Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené mají velkou roli v procesu rehabilitace, integrace zrakově postižených do společnosti a do pracovního procesu, usnadňují vzdělávání. (25)

Pomůcky Jesenský dělí dle různých kritérií. Vybrala jsem si dělení dle oblasti, kterou kompenzují. Pomůcky tak mohou být:

- Kompenzační, které slouží k podpoře schopností nahrazujících vidění – mluvící mobil, čtecí zařízení pro nevidomé...
- Reedukační, sloužící k podpoře a zlepšení schopností poškozeného vidění – kamerová lupa
- Komunální a mikroorientační, to jsou speciální pomůcky (měřič hladiny, teploměr,...), speciální označení předmětů.
- Dopravních systémů a makroorientační, kam spadají zvukové majáčky, semaforey, informátory o jízdách řádech, slepecká hůl, dálkové ovladače, přístroje pro detekci překážek atd.
- Tyfloinformační a tyflokomunikační, to je telekomunikace pro zrakově postižené osoby, média, počítačová technika, zvětšovač tisku
- Tyflodidaktická – reliéfní mapy, obrázky,...
- Průmyslová a pracovní (17)

Další kompenzační pomůckou a zároveň přítelem zrakově postiženého člověka může být i speciálně vycvičený vodící pes.

Ty nejzákladnější pomůcky hradí pojišťovna (bílou hůl, indikátor hladiny a světla, některé optické pomůcky), na ty náročnější pomůcky lze získat příspěvek dle zákona č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a dle vyhlášky č.

388/2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Příspěvky na péči a posouzení invalidity udává zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách. (24)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

V mé bakalářské práci se zabývám kvalitou života klientů s různou zrakovou vadou. Kvalita života je subjektivní pojem, individuální a komplexní, jak již bylo zmíněno v teoretické části. Záleží na tom, jak ji daný jedinec cítí. Ve společnosti se stále setkáváme s lidmi, kteří nemají dostatečné informace o lidech se zrakovým postižením, neumějí s nimi jednat, komunikovat, nabídnout a poskytnout správně pomoc. Neví, jak tito lidé žijí svůj život, zda-li je pro ně kvalitní či ne.

10 CÍL A ÚKOL PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit a porovnat, jaká je kvalita života u třech klientů s různou zrakovou vadou, v různém věku a s různým dosaženým vzděláním, jak klienti vnímají postoj veřejnosti právě ke zrakově postiženým lidem. Chtěla jsem zjistit, jaký vliv má na kvalitu života doba vzniku postižení či defektu a závažnost zrakové vady.

11 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro výzkum byli vybráni tři klienti, kteří pravidelně navštěvují organizaci pro nevidomé a slabozraké občany Tyfloservis, o.p.s. v Plzni. Jedná se o dvě ženy a jednoho muže. Muž a jedna žena jsou v podobném věku a druhá žena je starší. Každý respondent má jiný druh zrakové vady a s různou dobou vzniku, muž má danou vadu získanou, ženy mají zrakové postižení vrozené.

Také jsem chtěla pro zjištění rozdílů v oblasti kompenzačních pomůcek jednoho respondenta s vodícím psem, v mém případě to byla jedna žena s vrozeným zrakovým postižením. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a každý z respondentů s ní souhlasil.

12 METODY VÝZKUMU

V praktické části práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, který byl prováděn pomocí rozhovoru. Rozhovor byl polostandardizovaný, sestavila jsem si 24 otázek a u každého klienta jsem se na základě získaných informací dále doptávala. Otázky jsem sestavila na základě studie, zpracované v roce 2002 v GfK Praha, uveřejněné

v publikaci Jána Jesenského *Přehled systému komprehenzivní tyflopédie*. Tato studie byla zpracována na základě dotazníků o celkovém počtu respondentů 300.

Zaměřila jsem se na podobné okruhy, například na zdravotní stav, na typ zrakového postižení a jeho klasifikaci, sociální podmínky, příspěvky a dávky, na aktivity ve volném čase, na cestování a využívání dopravních prostředků, na kompenzační pomůcky, schopnost péče o domácnost apod.

Všechny rozhovory probíhaly v prostorách Tyfloservisu a byly se svolením respondentů zaznamenávány na diktafon. Při rozhovorech jsem se snažila přizpůsobit se klientům a případné nejasnosti vysvětlit. Rozhovor trval 30-50 minut v závislosti na klientech a jejich následujícím programu.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE

Respondent č.1

1. Kolik je Vám let?

„Mě je 34 let.“

2. O jaké zrakové postižení se u Vás jedná a co je jeho hlavním důvodem?

„To je horší, před rokem jsem měl operaci a v podstatě mi něco vyndali z mozku, přičemž tam asi došlo k narušení propojení mezi očima a centrem vidění. Takže oči by měly být v pořádku, to co vede do centra vidění je poškozené a možná centrum vidění taky. Vidím Vás v obrysech. Zbytečky zraku na levém oku jsou, snažím se toho využít, ale moc to nejde. Vnímám modrou barvu, poznám červenou, je sice šedivější ale rozpoznám ji, žlutá a zelená mi splývají. Největší problém je, když se stmívá a ještě třeba ani nesvítí pouliční světla, to skoro nic nevidím.“

Lékaři mi řekli, že buď se to do roka zlepší anebo to tak zůstane. Ale spoléhám na to, že medicína půjde kupředu, budou nějaké výzkumy a chtěl bych se zapojit do nějakého výzkumného programu. Nejen kvůli sobě, ale i těm ostatním. Když to nepomůže mně, pomůže to někomu jinému. Já chci být užitečný, a bohužel moje práce padla, tak hledám jinou oblast jak být užitečný jinde.“

3. Je vada vrozená či získaná?

„Vada je získaná, mám jí rok.“

4. Jaké je Vaše vzdělání?

„Vysokoškolské, jsem strojní inženýr.“

5. Máte rodinu, děti?

„Ne, jsem svobodný. Trochu jsem cestoval po světě v rámci mé práce. Byl jsem v Číně, Indii (v Indii rok), Tanzánii, Americe, Ghaně, takže na tohle skoro nebyl čas. Bohužel. Rád bych se adaptoval a znovu jezdil, ale teď už je to takové ...“

6. Kde bydlíte (dům, byt, v nájmu ...)? Je speciálně upraven pro Vaši bezpečnost?

„Tady v Plzni, ve vlastním bytě. Bydlím sám, po operaci se mnou bydlela mamina. A byt nemám speciálně upraven. To se ještě nestihlo, je to přeci jen rok. Něco málo asi se upraví, ale moc toho nebude, určitě ne nějak radikálně. Spíš už jsem si zvykl na to, co tam je. Něco chci změnit, něco ne, ale v podstatě to jsou maličkosti.“

7. Jak vnímáte svůj zdravotní stav?

„Jak ho vnímám? Těžko říct. Chtěl bych, aby se to změnilo, aby to nezůstalo tak, jak to je. A zatím pořád v to věřím. Ale už je to rok a stále ke zlepšení nedochází, takže to asi tak zůstane nebo se to bude zlepšit minimálně.“

8. Navštěvujete svého očního lékaře? Jak často?

„Ano, jednou za 2-3 měsíce.“

9. Pobíráte příspěvek na péči? Pokud ano, jakého stupně?

„Něco málo ano, mám ZTP/P.“

10. Používáte nějaké speciální, kompenzační pomůcky? Dostal jste na ně, nebo na jejich část příspěvek od zdravotní pojišťovny nebo od Městského úřadu?

„Hůl, kterou se snažím nepoužívat, pak mám mluvící hodinky, mluvící mobil, velkou zvětšovací lupu, která vypadá jako počítač a mám požádáno o příspěvek na počítač, který bude nejenom mluvit, ale i zvětšovat. Na některé z nich jsem dostal příspěvek, zbytek si člověk musí hradit sám, nic jiného člověku nezbyvá.“

11. Pohybuje se v domácím prostředí bez problémů? A mimo domov?(Zvládáte chůzi s bílou holí? Navštívil jste kurz prostorové orientace?) Mimo domov chodíte s průvodcem, vodícím psem nebo sám?

„Pohybuji se bez problémů, jen mám problém, že nic nepřečtu. Domov znám, takže vím kde co je, horší je když něco někde položím a někdo jiný mi to dá jinam. Tak to je trošku problém. Mimo domov se snažím chodit sám nebo chodím s přáteli na procházky třeba 10kilometrové. Snažím se žít normálně.“

12. Jaká jsou z Vašeho hlediska největší problémy v běžném životě s Vaším zrakovým postižením?

„Problém je občas na přechodech, protože ne všechny jsou vybavené hlasovým signálem. Mám zažádáno také o majáček, což je krabička, která mi řekne co je to za tramvaj nebo za autobus, občas těžko identifikuju co je to za dopravní prostředek. Vzhledem k tomu, že se snažím vypadat normálně, lidé nevědí, že jsem postižený, že mám zrakovou vadu, tak se ke mně chovají normálně, což já chci. Na druhou stranu, když jde člověk přes ulici a tam se baví dva lidi tak nemá kam uhnout, vidím jen obrysy, že tam někdo stojí. Další problém je, když někdo venčí psa a má ho na vodítku a ten pes přeběhne a vodítko je natažené přes celý chodník. Já vidím obrys člověka, občas i obrysy psa, ale že je tam natažená šňůra, to nevidím. Občas mi dělají problém

i malé děti, to člověk neví, kam dítě vyběhne nebo co udělá, takové nepředpokládané reakce. Tohle mi trochu vadí."

13. Jak zvládáte péči o domácnost, nákupy, vyřizování na úradech, praní, žehlení, hygienu, přípravu stravy, telefonování...?

„Praní a žehlení v pohodě, jde to. Nakupování je horší, musím vědět kde co je a jak to vypadá, já to řeknu po novu, dříve jsem byl vidomý, všechno jsem viděl, všechno jsem si mohl prohlédnout, teď to pro mě vypadá o hodně jinak. Na základě toho mám zažádáno i o zvětšovací elektronickou lupu, kterou strčím do kapsy, se kterou budu moci v obchodě si vše prohlédnout a pročíst.

Telefon mám s hlasovým výstupem. Jak SMS tak volání není problém, vše mi to řekne. Přípravu stravy no, nevyvařuji si tolik jako předtím, takže co potřebuji, to zvládám. S nožem jsem si porozuměl, už vím, kterou stranou ho mám používat. Zpočátku jsem se bál jak nože, tak i ohně třeba při zapínání plynového sporáku. Teď už jsem si to tak osahal, a dokážu se přizpůsobit. Před půl rokem jsem tohle ještě nezvládal. V kuchyni využívám přístroj na určení hladinky."

14. Jak nejraději cestujete?

„Zatím cestuji s přáteli nebo s maminou. Zatím bych si sám nikam netroufl, maximálně jen po městě nebo někde, kde to znám. Ale abych cestoval z jednoho města do druhého, to by mě musel někdo naložit, říct mi, ze kterého nástupiště jede autobus nebo vlak, musel bych vědět, kam přijedu, to mi dělá zatím docela problémy, jelikož nevidím na světelnou tabuli.

15. Cestujete i někam dál na výlety, do ciziny, nebo v okolí domova?

„Zatím se snažíme po republice, ale teď pojedu do Mnichova. Snažím se, člověk si postupně zvyká na to, co může, co zvládá."

16. Cestujete sám, s průvodcem nebo s organizacemi pro zrakově postižené osoby (př. TyfloCentrum, SONS ČR)

„Nene."

17. Co děláte ve volném čase, máte nějaké koníčky, přátele?

„Teď to trochu opadlo, ale snažím se sbírat pohledy, ty jsem sbíral už předtím, sice je obtížně identifikuji. Potom mám ještě etikety asi 15 let staré, tak se snažím pod lupou zatěžovat trošku oko a prohlížím si je. S přáteli chodím rád plavat a na procházky. Před postižením jsem ještě hrával šachy. Rád si pustím i rádio"

18. Jak vnímáte postoj veřejnosti ke zrakově postiženým lidem? Jak jednají lidé s Vámi?

„Většinou se mnou jde někdo druhý a zařizuje to za mě, ale zatím s tím nemám problém. Snažím se vypadat a jednat normálně, dělat vše jako vidomý. Samozřejmě neumím vyplňovat formuláře, to nevidím a nevím, kam mám co napsat, když se mám podepsat, někdo mi to musí přečíst a ukázat kam. Například u lékaře je vše také v pořádku, jen sestra občas řekne, jděte si támhle, ale to já nevím, co znamená támhle. Tak se zeptám.“

19. Můžete se spolehnout na pomoc druhých? Máte nějaké zkušenosti, příhody?

„Zatím jsem pomoc nevyhledával, ale myslím si, že by lidé pomohli, zvlášť kdyby znali mé postižení. Když člověk přesně specifikuje, co chce a potřebuje a proč, tak si myslím, že není problém.“

20. Chodíte nebo navštěvujete nějakou organizaci pro zrakově postižené osoby?

Kde jste se o ní dozvěděl?

„Tyfloservis, oční lékař mi ho doporučil. Zde v únoru nastupuji kurz, abych se naučil Braillovo písmo, zatím ho nepoužívám, je to krátká doba na to abych se ho naučil. Navštěvoval jsem tady i psaní všemi deseti na počítači, naučili mě tu dělat s tím mobilem, co mám, protože ne všechno mi řekne, kterou klávesu zmáčknout, aby to řeklo více a tak. Jsou tady dobří lidé, zkušení, vědí, co mohou dělat s nevidomým.“

21. Myslíte si, že je státem o zrakově postižené lidi dobře postaráno?

„Viděl jsem při ztrátě zraku, jak velká je výhoda, že na chodnících na přechodech není obrubník, že většina semaforů jsou s hlasovým výstupem. To jsem viděl jako velkou výhodu, samozřejmě by to mohlo být lepší. Ale tohohle si člověk všímá, až když ten zrak ztratí, uvědomí si to až zpětně v podstatě. Určitě se něco dělá, jsem za to rád, mohlo by se samozřejmě dělat víc. Ale vzhledem k tomu, že jsem cestoval a vím, jak to vypadá jinde, kde se o tyhle lidi vůbec nestarají, tak si člověk řekne, že je rád za to, co je. Přistupuji k tomu optimisticky. Člověk se s postižením musí naučit žít, musí využít toho, co mu zbylo a to co je venku a musí se tomu přizpůsobit. Aspoň by se měl snažit. Člověk musí sám chtít.“

22. Stal jste se někdy obětí krádeže či xenofobního chování?

„Ne.“

23. Jak byste zhodnotil kvalitu Vašeho života?

„Před rokem to bylo v uvozovkách báječné, člověk mohl dělat úplně všechno, mohl cestovat, mohl se zabývat svojí prací. Já jsem kvalitář, zkoumal jsem odlitky a teď když se na něj podívám, tak nevidím skoro nic jen siluetu. Člověk když ten zrak ztratí, tak si uvědomí, co všechno vlastně ztratil. Zrak jsem používal dnes a denně a při všem. Teď musíte začít používat ty ostatní smysly, je to krutý. Ještě jsem si na to nezvykl, ale zatím je to krátká doba. Půl roku po operaci jsem ani nechodil, jelikož bylo poškozeno i centrum koordinace, stability, takže až tak před půl rokem jsem začal fungovat.

Vím, že mám určité rezervy. Člověk se musí spoléhat na sluch, čich, hmat, na vše ostatní. Zkrátka oči najednou nejsou, nebo skoro nejsou. Změnil se mi hodně život, nemůžu dělat svojí práci, to mě štve, chci se zase zapojit do pracovní činnosti, chci být normální. Což je teď obtížné. Snažím se zjišťovat, jak nevidomí žijí, co mohou dělat. Poptávám se po práci, co bych mohl ukoukat, mám možnost jít na masérský kurz a poté masírovat, ale je to úplně něco jiného než to, co jsem dělal předtím. Možnosti jsou velice malé. Ale uvažuji o překladatelství, bohužel na to nemám kvalifikaci, ale tohle by mě bavilo. Umím anglicky, čínsky, španělsky a francouzsky.

Ještě jsem si nezvykl na to, že všechno nezvládnou sám. Snažím se jít dopředu a neustále věřím, že snad někde nějaká možnost je. Pokud ne u nás v republice, tak snad jinde jsou s výzkumy dále. Doufám, uvidíme. Nerad bych takhle zůstal, ale člověk se musí smířit s tím co má. Za ten rok jsem udělal nějaký pokrok, pokud to takhle půjde i do budoucna, tak to bude ještě lepší. Začnu být prospěšný i této společnosti. Nesmím se zaobírat minulostí, proč to tak bylo, ale budoucností.“

24. Cítíte se někdy osamocené?

„Někdy samotu vyhledávám. Mít svůj klid, relaxovat, kašlat na celý život.“

1. Kolik je Vám let?

„30 let.“

2. O jaké zrakové postižení se u Vás jedná a co je jeho hlavním důvodem?

„U mě to moc kategorizovat nejde, je to sekundární glaukom na základě katarakty. Katarakta je vrozená. Po neustálých operacích to pak byla amoce sítnice, afakie. Takže nejde kategorizovat, co konkrétně mám. Mám všechno.“

Vidím světlo, kontrasty, a barvy také ještě ano. Ale co se týče hnědé, šedé, modré, zelené, tak se to jakoby slejvá. A záleží také na světle, třeba na slunci je ta barva lepší, než pod umělým světlem, tam je to pak všechno šedé.

A co se týče klasifikace zrakového postižení, tak je to praktická slepota.“

3. Je vada vrozená či získaná?

„Vada je vrozená. Následné komplikace jsou sekundární, ale od vrozené vady.“

4. Jaké je Vaše vzdělání?

„Postgraduální. Navštěvovala jsem speciální základní školu tady v Plzni na Doubravce, na gymnáziu jsem byla integrovaná. A následně vysoká škola, kdy za mě ještě žádná speciální pro zrakově postižené nebyla, a vše bylo na domluvě. Někteří učitelé nevěděli co s tím, někteří s tím neměli vůbec problém, jiní v tom hledali problém, jak je to možný a podobně. Ale vystudovala jsem a vesměs byli na mě hodní. Je to člověk od člověka. Na bakaláři a magistře, jsem měla průvodce a na doktorském jsem chodila spolu se psem.“

5. Jste zaměstnaná?

„Ano mám práci na poloviční úvazek, skenuji knížky pro organizaci, která je poskytuje nevidomým a slabozrakým. Je to dobré, takové záslužné.“

6. Máte rodinu, děti?

„Ne.“

7. Kde bydlíte (dům, byt, v nájmu ...)? Je speciálně upraven pro Vaši bezpečnost?

„Bydlím s rodiči v bytě. Je upraven, jsou tam kontrasty, různé zvýraznění, na pračce a mikrovlnce puntíky, kam co jak otočit.“

8. Jak vnímáte svůj zdravotní stav?

„Vnímám ho tak, jako že ke mně patří. Ani nad ním nepřemýšlím, neanalyzuji, jestli je to dobrý nebo špatný, prostě je to tak.“

9. Navštěvujete svého očního lékaře? Jak často?

„Ano, hodně často. Přibližně jednou až dvakrát měsíčně.“

10. Pobíráte příspěvek na péči? Pokud ano, jakého stupně?

„Ano, 4000 Kč, to je druhý stupeň.“

11. Používáte nějaké speciální, kompenzační pomůcky? Dostala jste na ně, nebo na jejich část příspěvek od zdravotní pojišťovny nebo od Městského úřadu?

„Ano, lupy, počítač, mobil, hůl, psa, indikátor hladinky, mluvicí teploměr a spoustu dalších věcí. Snad mám všechny pomůcky, co lze mít, kromě mluvicích hodinek. Některé levnější pomůcky hradí VZP, jako například indikátor hladinky. Další od Městského úřadu, od nového roku přiděluje příspěvky pracovní úřad. Někdy byla malá spoluúcast, někdy žádná. Nemůžu si stěžovat. Vodící pes byl také se spoluúcastí, není to vždy pravidlem, záleží na benevolenci. Jinak pejska mám už přes 5 let. A používám Braillovo písmo.“

12. Pohybuje se v domácím prostředí bez problémů? A mimo domov?(Zvládáte chůzi s bílou holí? Navštívila jste kurz prostorové orientace?) Mimo domov chodíte s průvodcem, vodícím psem nebo sama?

„Tam kde to člověk zná a má to naučený tak je to dobrý, v pohodě pokud se nevyskytne náhlá překážka. V cizím prostředí, kde jsou ztížené podmínky, tak tam se člověk neorientuje vůbec, než si to osahá a zjistí kde co je. Když jdu někam, kam pes nemůže, tak používám hůl. Ne že by nesměl, ale bylo by to pro něj nepohodlné. Zatím se nestalo, že by nás odněkud vyhodili, ale když mají tendence dělat machry, že tam pes nesmí, tak jsem jim to vysvětlila. Víceméně pochopili, že to není obyčejný pes, jelikož je označený a já mám hůl. Našly se i takové chytré hlavy, které opravdu nechtěly psa pouštět, ale po vysvětlení teda že ano. Ale to se stávalo výjimečně. Neměli informace.“

13. Jaká jsou z Vašeho hlediska největší problémy v běžném životě s Vaším zrakovým postižením?

„Když člověk jede někam, kde to nezná, co se taky stává, tak je důležité si to dobře zorganizovat. Existují na nádražích asistenti, kdy si člověk se zrakovou vadou zavolá,

kam pojedete, na nádraží si ho daní asistenti vyzvednou a zas vás dají do správného vlaku, protože na tom nádraží je to hodně o ptaní, ale i tak se může stát, že nastoupíte do jiného vlaku. Doma, když je člověk zvyklý a má to tam přizpůsobené, tak tam není problém."

14. Jak zvládáte péči o domácnost, nákupy, vyřizování na úřadech, praní, žehlení, hygienu, přípravu stravy, telefonování...?

„To není problém, člověk už se za ta léta naučil. Co se týče nákupu, když to člověk zná, kde co stojí tak je to dobré, když to předělají tak je to blbé, u pultového prodeje si řeknete. Pokud je to větší obchod a nechcete jen chleba a mléko, tak je dobré mít asistenta, to byste to tam také mohla hledat půl dne."

15. Jak nejraději cestujete?

„Asi vlakem, tam je nejpohodlněji psovi."

16. Cestujete i někam dál na výlety, do ciziny, nebo v okolí domova?

„Ano, víceméně s kamarády. Do ciziny bez psa, ale po Čechách se psem."

17. Cestujete sama, s průvodcem nebo s organizacemi pro zrakově postižené osoby (př. TyfloCentrum, SONS ČR)

„Jo také jsme občas někam jeli s TyfloCentrem a s průvodcem často. Když potřebuji někam, kde jsem ještě nebyla a tam mi pes v orientaci nepomůže, tak jdu s průvodcem. Pes se vyzná tam, kde byl. Chce ho to naučit ty trasy, kam člověk chodí často, pak už ani není třeba ho povelovat, už jde automaticky."

18. Co děláte ve volném čase, máte nějaké koníčky, přátele?

„Výlety s přáteli, a pak jako všichni, poslouchám hudbu, čtu si knížky, hlavně se věnuji psovi. Občas nějaký ten sport."

19. Jak vnímáte postoj veřejnosti ke zrakově postiženým lidem? Jak jednají lidé s Vámi?

„Oproti letům dřív se to zlepšilo, ale furt jsou tam nějaké předsudky a jakoby neznalost. Ale myslím si, že je to lepší, bývalo to horší. Lidé už to docela poznávají, třeba když jde matka s dítětem a dítě se ptá co to je, tak matka ví, že to je vodící pes a že pomáhá. Třeba ze začátku bylo pár úsměvných chviliek, kdy se dítě ptalo, co to má ten pes na zádech a maminka mu odpověděla, že ho asi zřejmě bolí záda, tak tam má nějakou fixaci. To už se dlouho nestalo, teď už lidé ví, že to je vodící pes. Občas se děti ptají, co to mám v ruce, což je hůl a matky říkají buď zticha, což se mi moc nelíbí."

Jako bud' zticha, na nic se neptej, ale už se nám to dlouho nestalo. Ted' se matky ujmou vysvětlování, že to pomáhá a tak.

A co se týče například úřadů?

Já jsem asertivní člověk, takže když je někdo protivný nebo nemá náladu, tak si to neberu osobně, to není tím, že bych neviděla. Za to nemůžu, že ten člověk má blbý den, takže i přesto si vyjednám, co potřebuji. Přistupuji k tomu, jako že ten člověk tam od toho je, musí si udělat svou práci a pokud je nemilý, tak se nad to povznesu."

20. Můžete se spolehnout na pomoc druhých? Máte nějaké zkušenosti, příhody?

„Nikdy se nestalo, že by někdo odmítl pomoc nebo radu. Myslím si, že to je hodně o lidech, že ti co tvrdí, že je odněkud někdo vyhodil nebo že jim nechtěl pomoci, že to tak není. Spousta lidí si myslí, že když má ten handicap, že si z nich každý sedne na „zadek,, že musí hned každý přiskočit a tak to také není. Ono chce požádat o pomoc a většina ráda pomůže. Opravdu se mi ještě nestalo, že by někdo řekl ne, nemám na vás čas, tohle nevím, neudělám. Takže je to o přístupu. Já si nestěžuji."

21. Chodíte nebo navštěvujete nějakou organizaci pro zrakově postižené osoby?

Kde jste se o ní dozvěděla?

„Tyfloservis a TyfloCentrum. A kde jsem se o nich dozvěděla? To už je 20 let a tohle si nepamatuji. Ale nejspíš na očním. V TyfloCentru jsem navštívila výukový program na speciální softwary do kompenzačních pomůcek do počítače."

22. Myslíte si, že je státem o zrakově postižené lidi dobře postaráno?

„Stále je co zlepšovat, ale když si spočtu všechny náklady na ty pomůcky, a ty nejsou levné, tak by nám taky nemuseli dát nic. A to by si pak nikdo nepořídil nic z těch pomůcek, jelikož jsou tak drahé, že z penze se na ně ušetřit nedá. Takže v tomhle, ať jsou lidi hamyžní, tak je třeba koukat na to trochu se skromností. Vždycky mi dali všechny pomůcky, a to když se spočte, tak to vychází na statisíce. Je dobře postaráno."

23. Stala jste se někdy obětí krádeže či xenofobního chování?

„Ne."

24. Jak byste zhodnotila kvalitu Vašeho života?

„Myslím, že je kvalitní. Také díky tomu, že mám ty pomůcky. Kdyby je člověk neměl, tak je to horší, ale díky nim si může člověk najít informace, někam si dojít, díky i organizacím, které s pomůckami naučí, tak tím se dá určitě kvalita života zlepšit."

25. Dovedete si představit život bez vodícího psa?

„Ne. Předtím jsem byla zvyklá na chůzi s holí, pak jsem si zvykla na chůzi se psem. Hůl pak složíte, kdežto psa musíte někam uložit, když je mokro umýt, vyvenčit, není to jako s holí, kterou odhodíte někam do šuplíku. Když si na toho psa zvyknete, tak s holí nechcete už jít. Když mám teď někam jít s holí, tak mám trauma. Ten pes pohlídá všechno, přechody, obrubníky, nástrahy na cestě – on to obejde. S tou holí je to těžší. Bez psa už si to umí člověk těžko představit.“

26. Jak Vás napadl zrovna vodící pes?

„Ani nevím, to bylo vnuknutí, běžely různé reportáže a tak jsem si řekla proč ne. Člověk by nebyl sám, tak by byla nějaká starost a tak to přišlo nějak samo, přirozeně.“

27. Cítíte se někdy osamoceně?

„Už ne, člověk si na to zvykne, už to pak tak nebere. Je to jako v té reklamě na chodícílide.cz, tak tak to je. On také říká, že mu připadá ten jeho život naprosto normální, tak má pravdu. On nemůže lítat, já nevidím, ale žijeme úplně stejně jako kdokoliv jiný. V dětství byly často narážky, kdy jsem ještě nosila silné brýle, že mám popelníky a tak. Ale s tím se setkal asi každý, kdo má nějakou vadu.“

1. Kolik je Vám let?

„43.“

2. O jaké zrakové postižení se u Vás jedná a co je jeho hlavním důvodem?

„Já mám glaukom. Na levé oko nevidím, na pravém mám zbytky zraku, ale už jen málo. Když něco déle čtu nebo déle na něco koukám, tak už se mi to začne rozmazávat a často to nepřičtu. To mi dělá dost velké problémy. Jsem prakticky nevidomá. Barvy vnímám všechny, a vadí mi velké osvětlení.“

3. Je vada vrozená či získaná?

„Od malička. Zrak se mi postupně zhoršuje, nyní zatím zůstává stejný. Uvidíme, jak to bude dál pokračovat. V dětství jsem měla i několik operací.“

4. Jaké je Vaše vzdělání?

„Základní. Navštěvovala jsem školu v Moravské Třebové.“

5. Máte rodinu, děti?

„Ne, jsem svobodná. Bydlím se svou sestrou.“

6. Jste zaměstnaná?

„Ne, jsem v invalidním důchodu. Dříve jsem pracovala jako brigádnice.“

7. Kde bydlíte (dům, byt, v nájmu ...)? Je speciálně upraven pro Vaši bezpečnost?

„Dříve jsem bydlela v Plzni, nyní v Klatovech. Takže sem do Tyfloservisu dojíždím a moc ráda. Bydlíme v bytě od města, v nájmu, kde je kuchyň a obývací pokoj pro mě upraven, že se tam můžu sama pohybovat a když něco potřebuju podat, tak mi moje sestra pomůže.“

8. Jak vnímáte svůj zdravotní stav?

„Já to beru tak jak to je. Když mě lidé berou, jako že jsem zdravá, tak se tak i cítím.“

9. Navštěvujete svého očního lékaře? Jak často?

„Ano, 2x ročně.“

10. Pobíráte příspěvek na péči? Pokud ano, jakého stupně?

„Ano, druhého stupně, to jsou 4000 korun.“

11. Používáte nějaké speciální, kompenzační pomůcky? Dostala jste na ně, nebo na jejich část příspěvek od zdravotní pojišťovny nebo od Městského úřadu?

„Ano, slepeckou bílou hůl, jelikož bez ní neudělám ani ránu. Tam, kde to znám se pohybuji sama, tam kde to neznám a i když jde se mnou sestra, tak jí používám. Mám telefon s hlasovým výstupem, počítač, zvětšovací lupu, používám indikátor hladinky. Hůl mi platila zdravotní pojišťovna, jinak mi na ostatní kompenzační pomůcky přispěla sociálka, teď Úřad práce. A hradí většinu.“

12. Pohybujete se v domácím prostředí bez problémů? A mimo domov?(Zvládáte chůzi s bílou holí? Navštívila jste kurz prostorové orientace?) Mimo domov chodíte s průvodcem, vodícím psem nebo sama?

„V domácím prostředí bez problémů, tam to znám, mimo domov s holí. Chodila jsem na kurz prostorové orientace, dále umím Braillovo písmo číst i psát na Pichtovo psacím stroji a teď chodím na kurz psaní na klávesnici všemi deseti.“

13. Trvalo Vám dlouho naučit se chodit s holí?

„No trošku jo, ale zvykla jsem si. Když jsem někam šla, když jsem ještě viděla i na to levé oko, tak jsem hůl nechala doma, až se mi to málem vymstilo.“

14. Jaká jsou z Vašeho hlediska největší problémy v běžném životě s Vaším zrakovým postižením?

„Co se týče cestování, zde v Plzni je výhoda, že jezdí bezbariérové trolejbusy a tramvaje, ale potřebovalo by to ještě zlepšit, aby jezdily i bezbariérové linkové autobusy. Mám kamarádku na Moravě a tam jezdí, tady ne.“

15. Jak zvládáte péči o domácnost, nákupy, vyřizování na úřadech, praní, žehlení, hygienu, přípravu stravy, telefonování...?

„Péče o domácnost mi problémy nedělá, tu zvládáme se sestrou perfektně. Když něco potřebuju, tak to taky zvládám trošku sama. Sestra mě toho hodně naučila. My se doma střídáme. Jeden den něco udělám já, ona to po mě zkontroluje, jestli to mam dobře.“

16. Jak nejraději cestujete?

„Autobusem. Když jezdíme na Moravu, tak vlakem. Ale do Plzně, do Prahy zásadně autobusem.“

17. Cestujete i někam dál na výlety, do ciziny, nebo v okolí domova?

„Hodně cestujeme se sestrou právě na Moravu, ale i sama se známými, jezdí nás taková parta, tak si popovídáme. Jezdíme takhle všichni společně.“

18. Cestujete sama, s průvodcem nebo s organizacemi pro zrakově postižené osoby (př. TyfloCentrum, SONS ČR)

„Na výlety jezdíme s plzeňským TyfloCentrem a to buď vlakem, nebo autobusem.

Minulý rok jsme byli například v Terezíně. To bylo hezké a zajímavé. Co šlo, to jsme si mohli i osahat. Nebo jezdím na výstavy, které jsou pro nás, nevidomé a ty jsou bezvadné. Ty mohu doporučit.”

19. Co děláte ve volném čase, máte nějaké koníčky, přátele?

„Hodně jsem na počítači nebo na internetu na Facebooku, tam mám hodně přátel, tak si píšeme. Jinak mám knížky na kazetách, chodím do knihovny v Klatovech. Jinak chodíme na procházky, jezdíme ke známým, popovídáme si.”

20. Jak vnímáte postoj veřejnosti ke zrakově postiženým lidem? Jak jednají lidé s Vámi?

„Taky se najdou lidi, kteří vám nepomohou, ale většinou jsou mladí ochotnější, zeptají se zda-li nepotřebuju třeba převést, a to mi nevadí, naopak jsem ráda. Takže já si nemohu stěžovat.”

21. Můžete se spolehnout na pomoc druhých? Máte nějaké zkušenosti, příhody?

„Ano většinou ano. Často se setkávám i s odmítavými lidmi, hlavně tedy v Klatovech. Jednou se mi stalo, že jsem si zlomila ruku a šla okolo paní, a místo toho aby mi pomohla, tak mi řekla, jestli nejsem opilá. Mě se udělalo špatně, normálně během dne, a upadla jsem do „vzduchoprázdna”, jelikož nevidím, kam padám. A ta zlomenina je hned. Tak mě tam paní nechala, ale další člověk mi pomohl. Ale na druhou stranu, v roce 2008 jsem si také zlomila ruku a to hned přiběhli nějací pánové a pomohli mě zvednout, doprovodili mě k domovu, byli ochotní. Potom jsem šla se sestrou na chirurgii.

Na úřadech bez problémů, sestřička u mé oční lékařky už ví, jak má vodit nevidomého člověka. Dřív to nebývalo, sestřičky a doktoři to neuměli.”

22. Chodíte nebo navštěvujete nějakou organizaci pro zrakově postižené osoby?

Kde jste se o ní dozvěděla?

„Tyfloservis, TyfloCentrum, dříve jsem chodila do Klatov mezi zrakově postižené, ale tam už to není. Takže jen Plzeň. Doporučili mi to známí i má oční lékařka.”

23. Myslíte si, že je státem o zrakově postižené lidi dobře postaráno?

„Ne všude to funguje. Ještě by spousta věcí potřebovala zlepšit.”

24. Stala jste se někdy obětí krádeže či xenofobního chování?

„Ano.“

25. Jak byste zhodnotila kvalitu Vašeho života?

„Jde to, musí to jít. Myslím si, že je můj život kvalitní.“

26. Cítíte se někdy osamocně?

„Ne necítím, mám známé, přátele. Neztěžuji si, jsem spokojená.“

14 DISKUZE

Ve své práci jsem se zaměřila na kvality života klientů s různou zrakovou vadou. Nejprve shrnutí toho nejdůležitějšího o mých 3 respondentech:

Respondent č. 1 je vysokoškolsky vzdělaný muž ve věku 34 let, který přišel o svůj zrak před rokem. Usuzuji, že vlivem kortikálního postižení. Vážné oslabení zraku se u něj přihodilo ve velmi krátkém časovém období a situace je pro něj stále čerstvá. Tento klient vystudoval obor strojní inženýr a živil se prací kvalitáře a díky této práci navštívil a procestoval mnoho zemí a naučil se 4 cizí jazyky. Po prodělané operaci strávil půl roku v nemocnici a poslední půl rok se snaží přizpůsobit se a naučit se žít s těžkou slabozrakostí.

Respondentka č. 2 je 30letá žena, která má zrakovou vadu vrozenou. Jedná se o kongenitální kataraktu, jejíž komplikací následně vznikl sekundární glaukom. Její zrak se postupem času zhoršoval až k nynějšímu stádiu, což je praktická nevidomost. Klientka dosáhla postgraduálního vzdělání, základní školní docházku odchodila ve speciální základní škole pro děti s vadami zraku. Nyní je zaměstnaná na poloviční úvazek. Se svou zrakovou vadou je smířená, bere ji jako součást sebe samé. Žije se svými rodiči ve speciálně upraveném bytě. Při výběru respondentů jsem preferovala alespoň jednoho majitele vodícího psa.

Respondentka č. 3 je 43letá žena se základním vzděláním, jejíž vada je také vrozená a jedná se o kongenitální glaukom. Její zrak se od dětství stejně jako u předchozí klientky zhoršoval až k praktické nevidomosti. Klientka je v invalidním důchodu a žije se svou sestrou. Tato klientka nejvíce využívá při pohybu a orientaci bílou hůl, a to i v případech, že je v doprovodu průvodce. S bílou holí se cítí bezpečně a stabilně. Ráda cestuje s kamarády, nebo si s nimi píše na internetu.

Srovnáme-li věk klientů, jsou respondenti č. 1 a 2 stejně staří a respondentka č. 3 je o něco starší. V procesu akceptace vady zraku jsou na tom ženy lépe ve srovnání s mužem. Je to tím, že u něj je zraková vada získaná a to ještě před značně krátkou dobou. Snaží se přivyknout nové situaci a hledá možnosti svého dalšího uplatnění. Obě ženy byly nuceny od raného dětství přizpůsobovat se snížené zrakové ostrosti, navštěvovaly speciální základní školy pro zrakově handicapované osoby. Klient čelí nové situaci, kdy je najednou bez zaměstnání, jelikož práci, kterou dělal, bez zraku vykonávat nelze. V každodenním životě mu pomáhají kompenzační pomůcky, jako je

elektronická lupa, mobil s hlasovým výstupem, taktéž hodinky, indikátor hladiny. Vlastní také bílou hůl, tu ale nepoužívá. Snaží se vypadat jako „normální“ člověk, nechce se přijetím této pomůcky zařadit do minority zrakově handicapovaných. Brání se tomuto stigmatizujícímu označení v podobě bílé hole, kterou laická veřejnost automaticky přiřazuje ke slepcům, tedy k těm, co vůbec nevidí. Odmítání bílé hole sebou samozřejmě přináší řadu úskalí a také nebezpečí. Důvodů je více, například nerozpoznání překážky, také lidé okolo něj nerozpoznají, že daný člověk hůře vidí a nesnaží se odstranit mu překážky- například jak klient zmínil v rozhovoru, vodítko psa natažené přes celý chodník. Tento klient, podobně jako další lidé v jeho situaci, bude muset s postupujícím časem a měnícími se nároky na samostatnost, přijmout bílou hůl, jako pomůcku nepostradatelnou pro bezpečný pohyb a orientaci, díky níž může být nezávislý a přiměřeně mobilní.

Klientka č. 3 chodí výhradně s bílou holí, a klientka č. 2 používá bílou hůl i vodícího psa. Bez vodícího psa si už nedokáže život představit, stal se jí jak pomůckou, tak přítelem. Hůl využívá jen v případech, kdy sebou nemá psa. Být majitelem vodícího psa sebou přináší i řadu povinností, proto není vhodný pro každého. Rozhodnutí o pořízení vodícího psa je svobodnou volbou každého jedince. Uchazeči o vodící psy si často neuvědomují veškeré nároky, které s sebou toto partnerství přináší – např. disciplína, hygienická pravidla, finanční náročnost krmení psa, veterinární péče atd. Klientka č. 2 si ho pořídila, jelikož jí tato myšlenka nadchla a přišla dobrá, najednou měla nějaké povinnosti. Před pořízením psa si však vše zjistila, setkala se s různými cvičiteli vodících psů, jejichž zkušenosti jsou neocenitelné. Klientka č.3 odpověděla, že by vodícího psa nechtěla, může to být z důvodu mnoha povinností z toho vyplývajících, klientka hodně cestuje a pes by byl pro ni spíše přítěž. Náročné by pro ni bylo i vynaložení finančních prostředků, které by s jeho pořízením vznikly. Je tedy ukázkovým příkladem člověka se zrakovou vadou, který soběstačnost v pohybu a orientaci spatřuje pouze v bílé holi. U veřejnosti často panuje názor, že všichni nevidomí lidé mají (nebo by si měli poříditi) vodícího psa. To, že tomu tak není, dokazuje odpověď klientky. Klient č.1 po tak krátké době ani o psu nepřemýšlel, v budoucnu pozná, co mu bude vyhovovat více a může se pro něj rozhodnout.

Obě ženy využívají ostatní kompenzační pomůcky podobné jako klient č.1. Obě ženy umí Braillovo bodové písmo, ač obě používají počítačové pomůcky se speciálním softwarem pro zrakově postižené. Bodové písmo se naučily až v dospělosti, v době

školní docházky ještě využívaly zbytkového vidění. I přes počítačovou gramotnost klientek přináší každodenní život nároky na okamžitou poznámku, záznam data, času, kontaktu apod. K tomu účelu je ideální právě Braillovo písmo, které má své místo i v době digitálních záznamů. Klient č.1 teprve plánuje jeho naučení. Je to dáno právě dobou vzniku zrakového postižení. V jeho případě má bodové písmo velký význam právě při hledání cest dalšího pracovního uplatnění. Bodové písmo je totiž vhodné i pro záznam cizích jazyků atd.

Každý z klientů pravidelně navštěvuje svého očního lékaře. Obě ženy svůj zdravotní stav přijaly jako fakt a přijaly své kompetence. Klient stále doufá, že se jeho stav zlepší. Zatím ještě není ve fázi postupné adaptace na získané postižení, prozatím si uchovává naději v lepší výsledek v podobě medicínské léčby. Na druhou stranu ale myslí na to, kam se dále ve svém životě směřovat, aby byl opět prospěšný společnosti a něco dokázal.

Klient v současné době nepracuje, zkoumá a přemýšlí o svých možnostech, co by mohl se svým zrakovým postižením dále dělat. Byla mu nabídnuta pozice maséra, avšak tohle není místo, o které by příliš strojní inženýr stál. Jelikož má rád cizí jazyky, umí je a baví ho, rád by se věnoval překladatelství. Klientka č. 2 je zaměstnána na půl úvazku pro organizaci, která pomáhá zrakově postiženým. Klientka je ráda, že je prospěšná a že pomáhá lidem se stejným postižením. Klientka č. 3 je v invalidním důchodu a předtím pracovala jako brigádník. Myslím si, že u osob se zrakovým postižením je to stejné jako u intaktních, dle dosaženého vzdělání je dnes větší možnost a výběr práce. Jelikož má klientka č.3 základní vzdělání, je v dnešní době velice těžké se uchytit a to i bez zrakové vady. Ostatní respondenti mají vysokoškolské vzdělání a uplatnění na trhu práce je větší, avšak se zrakovou vadou o to těžší. Poměrně časté je pak řešení, jako v případě klienty č. 2, kdy nalezne zrakově postižený člověk zaměstnání ve společnosti, která je zaměřena na osoby se stejným handicapem. Takoví zaměstnavatelé si totiž reálněji a konkrétněji dokážou představit schopnosti a limity svých zrakově postižených zaměstnanců. Pracovních míst tohoto druhu však není dostatek a také, jak je zřejmé v případě této klientky, nemusí náročnost pracovních povinností odpovídat schopnostem a dosaženému vzdělání (klientka s vědeckým titulem načítá knihy).

Na otázku, zda-li klienti mají svoji rodinu, mi shodně všichni odpověděli, že ne. Samozřejmě i zrakově postižení mohou mít rodinu a děti. Je to ve všech oblastech

o mnoho těžší, ale vše se dá naučit. V Tyfloservisu například pomáhají zrakově postiženým ženám, pokud se rozhodnou mít dítě, naučit se jak se o dítě starat, nakrmit je, nosit je, umýt, přebalit apod. Rozhodnutí by však mělo být velice dobře promyšlené a člověk by měl vědět, co následující stav pro něj přináší nového. U klienta č.1 je dle rozhovoru zřejmé, že kvůli pracovní vytíženosti, zatím neměl čas si rodinu pořídit. Z jakého důvodu je tomu tak u klientek, nemohu konstatovat, neboť na to otázky rozhovoru nebyly zaměřeny. Může to být opět nedostatečným finančním zázemím, zdravotním stavem (jiné potíže než zrakové), sociálním zázemím (klientka č.2 bydlí s rodiči, klientka č.3 se svou sestrou, obě v bytě), absencí partnerských vztahů atd.

Největší problémy klienti shledávají v cestování, hlavně tam kde to neznají, dále v nakupování, ne vždy je vše přizpůsobené pro handicapované osoby – například bezbariérové dopravní prostředky, značení překážek atd. Často mají lidé se zrakovým postižením problémy při výběru zboží při nakupování, osoby s vrozeným zrakovým postižením nevědí, jak které zboží vypadá, jaké jsou alternativy za daný výrobek, co se vyskytuje právě na trhu. Lidé se získanou zrakovou vadou mají vizuální zkušenost a pamatují si, kde a co při nákupu mají přibližně hledat. Jde-li nevidomý nakoupit do pultového prodeje, je to pro něj snazší, ale musí předem vědět, co chce nakoupit. V nákupním centru chodí s lidmi většinou asistent.

Všichni klienti dostávají příspěvek na péči, dostali příspěvek na kompenzační pomůcky či jim pojišťovny hradily celou částku. Myslí si, že je státem o zrakově postižené lidi dobře postaráno, ale mohlo by se to ještě zlepšit. Samozřejmě lidí se zrakovým postižením a nejen s ním, s různým postižením, je hodně a vzhledem k úspěšnější medicínské léčbě a stárnutí populace neustále přibývají a stát se snaží jim pomoci, dle mého úsudku v mezích normy. Ano, vidíme pokrok od minulosti k lepšímu, ale stále to není stoprocentní.

Na závěr rozhovoru jsem se zeptala, jak vnímají klienti svoji kvalitu života po zhodnocení všech probraných bodů. Klientky se shodly, že je dobrá, že jejich život je kvalitní. U klienta je náročnější. On během krátké chvíle ztratil vše, na co byl zvyklý, vše se mu změnilo. Ale má vůli a snaží se naučit s vadou žít. To, že má člověk zrakovou vadu, neznamená, že jeho život je horší než život ostatních. Každý si žije svůj život dle svého, a také ho i tak hodnotí.

V porovnání mnou zjištěných výsledků se studií z roku 2002, kterou si zadala členská organizace SONS ČR, zpracovanou v Praze ve formě dotazníkového šetření

s 300 respondenty, mi vyšly podobné výsledky. Výzkum provedla společnost GfK Praha, která je předním poskytovatelem služeb v oblasti výzkumu, analýz a poradenského servisu. Tato studie je jedna z nejrozsáhlejších u nás, a to jak v otázkách zkoumání, tak i v zaměření – zrakově postižení. O jiném podobném výzkumu, než který je uveden právě v publikaci Jesenského, jsem se nedočetla.

V dané studii vyšlo, že nejvíce těžkostí mají dotázaní s vyřizováním na úřadech, s nákupy, praním a žehlením. Jak jsem se zmínila výše, klienti v rozhovorech uvedli největší těžkosti právě v nakupování.

Ve studii uvedlo 70% dotázaných, že se schází ve volném čase s přáteli, 71% se věnuje poslechu hudby, 60% chodí na pravidelné procházky. U klientů z mého šetření převažují právě procházky, přátelé a poslech hudby. Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina lidí cestuje autobusy MHD, linkovými autobusy a vlakem, méně pak tramvají a metrem. Z rozhovorů mi vyšel podobný výsledek a to, že klienti upřednostňují vlak a autobus.

92% dotázaných ve studii zastávalo názor, že když něco potřebují, někdo jim pomůže a že se mohou spolehnout na pomoc druhých a nabízenou pomoc přijme 63% respondentů. Všichni 3 klienti prohlásili, že se mohou spolehnout na pomoc druhých a že jim vždy někdo, když potřebovali, pomohl. Samozřejmě se našli i tací, kteří nepomohli, ale dle klientů je to menšina. V současné době se postoje k postiženým lidem začínají zlepšovat a lidé už mají více informací, než tomu bylo dříve. I pouze 5 let zpátky lidé nevěděli, že vodící pes je vodící a bylo tabu mluvit o zrakově postiženém před ním, viz. rozhovor u klientky č.2.

Ze studie vyplynulo, že 76% dotázaných navštěvuje SONS ČR, 35% Tyfloservis a 27% TyfloCentrum. Z rozhovorů vyšlo, že všichni respondenti navštěvují Tyfloservis a klientky ještě TyfloCentrum. Ale proč nenavštěvují SONS ČR? Může to být dáno tím, že tato organizace má v Plzeňském kraji členy s vyšším věkovým průměrem, okolo šedesáti let. Toto občanské sdružení chrání zájmy zrakově postižených osob, má funkci informační, osvětovou, zprostředkovávají nevidomým a slabozrakým lidem kontakty se stejně postiženými lidmi. Dnes už je spousta možností, jak si informace získávat, proto si myslím, že mladší lidé nemají potřebu se hlásit do dané členské organizace.

Vypsala jsem z dané studie, dle mého názoru nejdůležitější a nejzajímavější informace pro porovnání. Studie obsahuje další výsledky, které jsem již neuvedla, ale inspirovala jsem se okruhy z dotazníku pro vytvoření otázek rozhovoru.

ZÁVĚR

Kvalita života je velmi rozsáhlý a komplexní pojem. Cílem mé práce bylo zhodnotit kvalitu života u třech různých klientů s různou zrakovou vadou. Zaměřila jsem se na člověka, na jeho vnímání vlastního života a jeho potřeby. Domnívám se, že cíl byl splněn, dospěla jsem k tomu, že každý člověk je individualitou a tak i vnímá svůj život. Dva odlišní lidé neřeknou každý úplně to stejné, jelikož každý danou věc cítí a bere ji jinak, tak je to i s hodnocením kvality života.

Měla jsem možnost vyslechnout si příběhy lidí s postižením zraku, popovídat si s nimi a zjistit, že to jsou úplně normální lidé s přáními, tužbami, koníčky, přáteli a s životem, jako má každý jiný. Rozhovory a jednání se zrakově postiženými lidmi bylo pro mě velkou zkušeností a přínosem do osobního života i do praxe.

Vada zraku není nic, co by snižovalo důstojnost člověka, ale je to vážná okolnost, která spoustu věcí komplikuje a zároveň představuje životní výzvu jak pro zrakově postiženého jedince, tak i pro jeho rodinu a blízké. Někteří tuto výzvu přijmou a bojují s ní, někteří naopak rezignují.

Pro nás vidící je obtížné, ne-li zcela nemožné se vcítit do role nevidomého. Nestačí jen zavřít oči. My už si v sobě neseme zažitý obraz světa, rozumíme prostoru kolem nás a víme, jak se v něm pohybovat. Umíme a dokážeme si představit barvy, tváře lidí, věci, na které si nelze sáhnout. A navíc, pokud nás již tato hra se zavřenýma očima přestane bavit, můžeme je jednoduše otevřít.

Myslím si, že velice zajímavou prací by byl výzkum na podobné téma, který by ale obsahoval větší množství respondentů, kteří by byli vyhledáni a popřípadě i navštíveni doma nebo v jiných zařízeních, ne pouze klienti, kteří navštěvují nějakou organizaci pro zrakově postižené. Mám tím na mysli, že vybraní klienti v této práci všichni ochotně souhlasili s poskytnutím rozhovoru, navštěvují Tyfloservis, o.p.s. a tím pádem lze očekávat, že jsou nějakým způsobem již zvyklí na život se zrakovou vadou a žijí s ní, přijali ji nebo se ji snaží přijmout. Ale aby byl výzkum objektivnější, bylo by třeba zahrnout obsáhlou skupinu zrakově postižených osob, kteří třeba nevycházejí do společnosti, žijí raději sami, nejsou s danou vadou zcela nebo vůbec smířeni.

Vím, že takový výzkum by byl časově náročný, ale opravdu by přinesl mnoho zajímavých a třeba i odlišných názorů a pohledů na danou problematiku.

POUŽITÁ LITERATURA

1. JESENSKÝ, Ján aj. *Prolegomena systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků*. Praha: Univerzita Jana Ámose Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5.
2. ŠINDLEROVÁ, Olga aj. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých*. Praha: Tyfloservis, 2007. ISBN 978-80-239-8822-2.
3. MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-476-4.
4. ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. Praha: Galén, 2006. 373s. ISBN 80-7262-404-0.
5. HAMADOVÁ, Petra aj. *Oftalmopedie, texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 124s. ISBN 978-80-7315-159-1.
6. VÁGNEROVÁ, Marie. *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-053-X.
7. KUČHYNKA, Pavel a kolektiv. *Oční lékařství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1163-8.
8. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, somatologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3422-4.
9. Retinopatie. *Zrakové vady* [online]. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, 1995 - 1999. [cit 5.12.2011]. Dostupné z: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/zrak/>.
10. SOSNA, Tomáš. *Oční komplikace při onemocnění cukrovkou a diabetická retinopatie*. [Nakladatel, rok vydání a ISBN neuvedeno].
11. Co je makulární degenerace? *Degenerace makuly* [online]. 2008. [cit 5.12. 2011] Dostupné z: <http://www.degeneracemakuly.cz/>.
12. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872s. ISBN 80-7178-802-3.12.
13. Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Dostupný z: http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1995/207995/Sb_207995_-----_.php
14. VYHLÁŠKA ze dne 21. února 2008, kterou se mění vyhláška č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory, ve znění vyhlášky č. 156/1997 Sb. In:

- Sbírka zákonů*. 28.2.2008, částka 20. Dostupné z:
<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-21-unora-2008-kterou-se-meni-vyhlaska-c-2071995-sb-kterou-se-stanovi-stupne-zdravotniho-postizeni-a-zpusob-jejich-posuzovani-pro-ucely-davek-statni-socialni-podpory-ve-zneni-vyhlaskey-c-1561997-sb-16434.html>.
15. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 224s. ISBN 978-80-247-3625-9.
 16. VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 142s. ISBN 80-210-3754-7.
 17. JESENSKÝ, Ján. *Kategorie komprehenzivní tyflopédie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-555-X.
 18. VÁGNEROVÁ, Marie aj. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. 230s. ISBN 80-7184-929-4.
 19. JESENSKÝ, Ján. *Přehled systému komprehenzivní tyflopédie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-329-8.
 20. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 160s. ISBN 978-80-7367-691-9.
 21. Některé mýty o zrakově postižených. *Jak mohu pomoci* [online]. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, 2002 – 2011. [cit 5.12.2011]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/myty.php>
 22. Když potkáte nevidomého. *Jak mohu pomoci* [online]. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, 2002 – 2011. [cit 5.12.2011]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/kdyzpotkate.php>
 23. Desatero při kontaktu se slabozrakým člověkem. *Naše publikace* [online]. Tyfloservis, 2005-2011. [cit 5.12.2011]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/doc/kontakt-se-slabozrakym-ts-2007.pdf>.
 24. Definice kompenzační pomůcky pro těžce zrakově postižené uživatele. *Počítače se speciální úpravou pro těžce zrakově postižené uživatele* [online]. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, 1996-2009. [cit 5.12.2011]. Dostupné z: <http://is.brailnet.cz/pocitace.php>.
 25. Kompenzační pomůcky. *Zrakové postižení* [online]. Helpnet, 2007. [cit 5.12.2011]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/zrakove-postizeni/kompenzacni-pomucky>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DM	Diabetes mellitus
VPMD	Věkem podmíněná makulární degenerace
CVI	Kortikální postižení
CMP	Cévní mozková příhoda
WHO	World Health Organisation
WHOQOL	World Health Organisation Quality of Life

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Anatomie oka

Příloha č. 2 - Refrakční zrakové vady

Příloha č. 3 - Schéma poruch zorného pole při různých lézích zrakového nervu

Příloha č. 4 - Klasifikace zrakového postižení dle WHO

Příloha č. 5 - Vizus u katarakty

Příloha č. 6 - Vizus u glaukomu

Příloha č. 7 - Vizus u diabetické retinopatie

Příloha č. 8 - Braillova abeceda

Příloha č. 9 - ColorTest

Příloha č. 10 - Hodinky anglicky mluvící digitální, analogové

Příloha č. 11 - Indikátor hladiny s vibrací

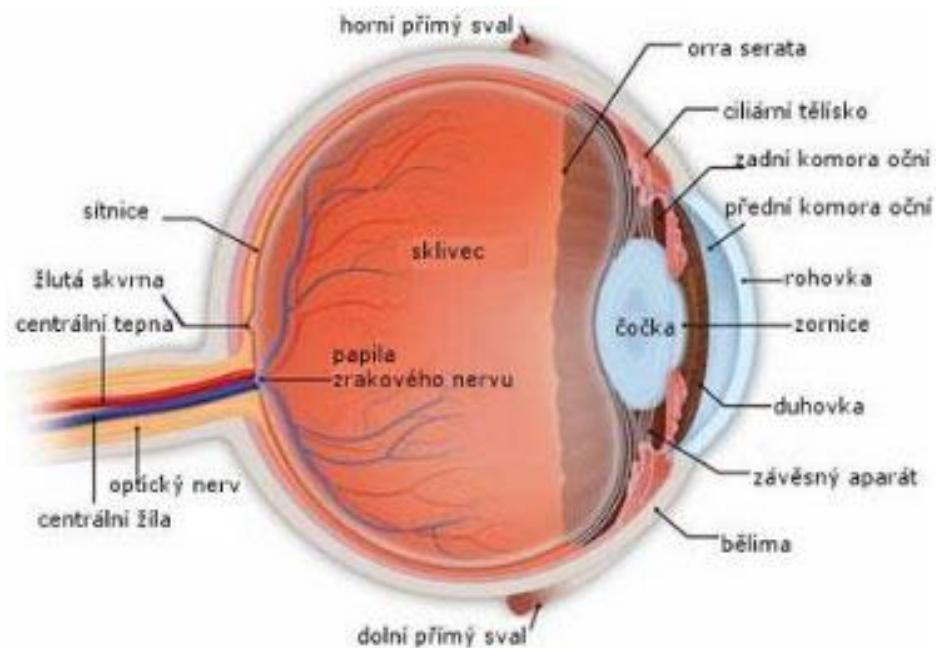
Příloha č. 12 - Pichtův psací stroj

Příloha č. 13 - Bílá hůl orientační

Příloha č. 14 - Vodící pes

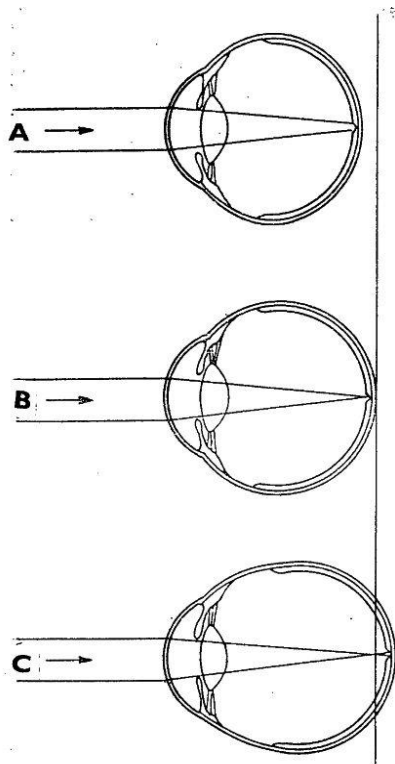
15 PŘÍLOHY

Příloha č.1: Anatomie oka



Zdroj: <http://www.dobreoci.cz/cz/o-ocich/anatomie-oka.html>

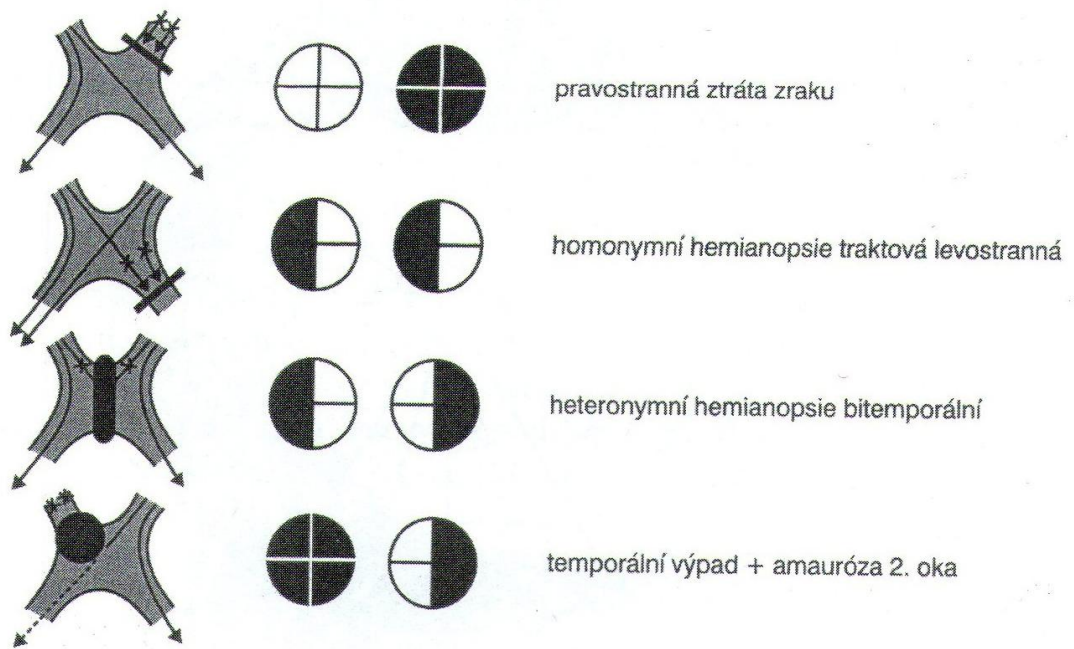
Příloha č.2: Refrakční zrakové vady



A - krátkozraké oko, B - normální oko, C - dalekozraké oko

Zdroj: <http://www.astro.cz/clanek/3519>

Příloha č.3



Obr. 10 Schéma poruch zorného pole při různých lézích zrakového nervu, zrakového chiazmatu zrakového traktu

Zdroj: JESENSKÝ, J: Prolegomena, str. 36

Příloha č.4: Klasifikace zrakového postižení dle WHO

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

Zdroj: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - desátá revize (MKN-10), vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Příloha č.5: Vizus u katarakty



Zdroj: <http://www.nemocnice.opava.cz/ocni/?operace-sedeho-zakalu>

Příloha č.6: Vizus u glaukomu



Zdroj: <http://edi.fmph.uniba.sk/~jaskova/IKTH/tema02/tema02.html>

Příloha č.7: Vizus u diabetické retinopatie



Zdroj: <http://edi.fmph.uniba.sk/~jaskova/IKTH/tema02/tema02.html>

Příloha č.8: Braillova abeceda

a		b		c		d		e	
l		2		3		4		5	
f		g		h		i		j	
6		7		8		9		0	
k		l		m		n		o	
p		q		r		s		t	
%									
u		v		w		x		y	
z		á		č		d'		é	
ě		i		ň		ó		ř	
š		t'		ú		ů		ý	
ž		.		,		:		;	
-		+		/		?		!	
"		()		*			

Zdroj: http://www.sons.cz/braillska_abeceda_sada.php

Příloha č.9: ColorTest



Zdroj:

http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php?name=&aid%5B%5D=0&spe%5B%5D=0&sh
a=0

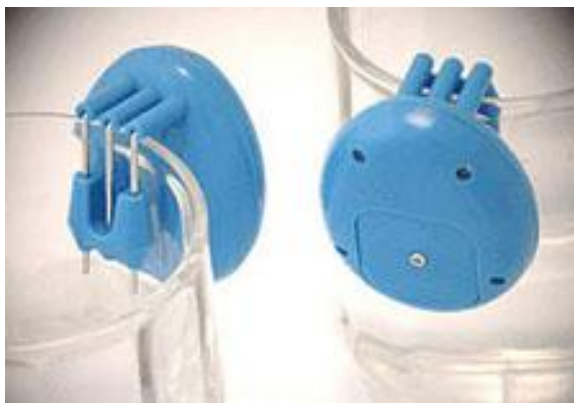
Příloha č.10: Hodinky anglicky mluvící digitální, analogové



Zdroj:

http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php?name=&aid%5B%5D=0&spe%5B%5D=0&sha=0

Příloha č.11: Indikátor hladiny s vibrací



Zdroj:

http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php?name=&aid%5B%5D=0&spe%5B%5D=0&sha=0

Příloha č.12: Pichtův psací stroj



Zdroj:

http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php?aid%5B%5D=1&spe%5B%5D=2

Příloha č.13: Bílá hůl orientační



Zdroj: http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php?aid%5B%5D=1&spe%5B%5D=2

Příloha č.14: Vodící pes



Zdroj: [http://www.hafbezobav.cz/clanek-](http://www.hafbezobav.cz/clanek-2008042401-Desatero-pro-kontakt-s-nevidomym-ktereho-vede-vodici-pes.html)

[2008042401-Desatero-pro-kontakt-s-nevidomym-ktereho-vede-vodici-pes.html](http://www.hafbezobav.cz/clanek-2008042401-Desatero-pro-kontakt-s-nevidomym-ktereho-vede-vodici-pes.html)