

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Nikola Houdková, DiS.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ergoterapie B0915P360009

Nikola Houdková, DiS.

Studijní obor: Ergoterapie

**ROLE ERGOTERAPEUTA U OSOB SE ZÍSKANÝM
ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

PLZEŇ 2023

Zde se v tištěné formě nachází zadání bakalářské práce s razítkem.

Prohlášení

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

V Plzni dne: 31. 3. 2023

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Houdková Nikola, DiS.

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Role ergoterapeuta u osob se získaným zrakovým postižením

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované: 34

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 76

Klíčová slova: ergoterapie, zrak, získané zrakové postižení, soběstačnost

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá rolí ergoterapeuta u osob se získaným zrakovým postižením. Cílem práce je zjistit, zda a případně jakou mají osoby se získaným zrakovým postižením zkušenost s profesí ergoterapeuta a současně prozkoumat, zda jsou tyto osoby informovány o náplni této profese. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou, kdy teoretická část představuje anatomii zrakového systému se zaměřením i na jeho patologické odchylky a využití ergoterapeutických intervencí u osob se získaným zrakovým postižením. Praktická část je vypracována kvantitativním výzkumným šetřením za použití polostrukturovaného dotazníku. Výzkumného šetření se zúčastnilo 84 osob se získaným zrakovým postižením, v počtu 52 žen a 32 mužů se zastoupením všech věkových kategorií a stupňů zrakových schopností. Z celkového počtu respondentů bylo 51 % informováno o profesi ergoterapeuta, avšak pouze 24 % respondentů ve svém životě s ergoterapeutem spolupracovalo. Ti se také v 90 % shodli, že terapie pod jeho vedením byly přínosné. V praxi mohou tyto výsledky práce především upozornit na nedostatečnou spolupráci ergoterapeuta u tohoto typu postižení, kdy vzhledem k přínosnosti ergoterapeutických intervencí by tato skutečnost mohla vést k navázání budoucí vzájemné spolupráce.

Abstract

Surname and name: Houdková Nikola, DiS.

Department: Department of Rehabilitation Science

Title of thesis: The Role of the Occupational Therapist in People with Acquired Visual Impairment

Consultant: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered: 34

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 76

Keywords: occupational therapy, vision, acquired visual impairment, self-sufficiency

Summary:

This bachelor thesis focuses on the role of the occupational therapist with people who have acquired visual impairment. The aim of the thesis is to determine whether people with acquired visual impairment have experience with the profession of occupational therapist, what experience they have with occupational therapy, and also to explore whether these people are aware of the role of the occupational therapist. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part presents the anatomy of the visual system with a focus on its pathological deviations and the use of occupational therapy interventions in persons with acquired visual impairment. The practical part is developed through a quantitative research investigation using a semi-structured questionnaire. The 84 people with acquired visual impairment that participated in the research investigation, comprised of 52 women and 32 men with representation of all ages and levels of visual ability. From the total number of respondents, 51 % were aware of the occupational therapy profession, but only 24% had worked with an occupational therapist in their lifetime. 90 % of respondents communicated that the therapies under his/her guidance were beneficial. In practice, the results of this thesis highlight the lack of occupational therapist cooperation in

this type of disability despite the benefits of occupational therapy interventions. This shows a need for future mutual cooperation.

Poděkování

Poděkování bych ráda věnovala Mgr. Kateřině Svěcené, Ph.D. za odborné vedení práce, podněty a připomínky ke zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM OBRÁZKŮ	12
SEZNAM TABULEK	13
SEZNAM ZKRATEK	14
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 ZRAK A JEHO PATOLOGICKÉ ODCHYLKY	16
1.1 Anatomie a fyziologie zrakového systému.....	16
1.2 Vymezení pojmů.....	18
1.3 Klasifikace zrakových vad.....	19
1.3.1 Rozdělení dle doby vzniku	19
1.3.2 Rozdělení dle stupně vidění.....	24
1.4 Reakce na získané zrakové postižení.....	26
2 ERGOTERAPIE U OSOB SE ZÍSKANÝM ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....	28
2.1 Vztah terapeuta a pacienta se zrakovým postižením.....	30
2.2 Zásady komunikace s osobou se zrakovým postižením	32
2.3 Hodnocení a vyšetření ergoterapeutem	33
2.3.1 Standardizované a nestandardizované metody	33
2.4 Kompenzace zrakového deficitu jinými smysly z pohledu ergoterapeuta	35
2.4.1 Výcvik hmatu	36
2.4.2 Výcvik čichu a chuti	37
2.4.3 Výcvik sluchu	38
2.5 Nácvik soběstačnosti a jeho strategie u osob se zrakovým postižením.....	39
2.5.1 Nácvik soběstačnosti v kuchyni	41
2.5.2 Nácvik soběstačnosti v koupelně.....	43
2.5.3 Nácvik soběstačnosti v oblasti oblékání.....	44
2.6 Kompenzační pomůcky	44
PRAKTICKÁ ČÁST	46
3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	46
3.1 Cíle práce.....	46
3.2 Úkoly práce.....	46
4 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	47
5 METODIKA PRÁCE	48
5.1 Etická stránka výzkumu.....	51
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	52

7	VÝSLEDKY	53
8	DISKUZE	75
8.1	Úskalí a limitace práce	80
	ZÁVĚR.....	82
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	83
	SEZNAM PŘÍLOH	91
	PŘÍLOHY	92

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	53
Graf 2 Věková skupina respondentů	54
Graf 3 Zastoupení jednotlivých krajů dle bydliště	56
Graf 4 Zastoupení jednotlivých krajů dle návštěvnosti organizace.....	57
Graf 5 Stupeň zrakových schopností	58
Graf 6 Doba diagnostikování zrakové vady	60
Graf 7 Oblast omezené soběstačnosti	62
Graf 8 Nácvik běžných denních činností.....	63
Graf 9 Pomoc při získávání soběstačnosti.....	64
Graf 10 Obecné definice.....	66
Graf 11 Cvičení	66
Graf 12 Soběstačnost.....	67
Graf 13 Terapeutické činnosti	68
Graf 14 Ostatní	68
Graf 15 Spolupráce s ergoterapeutem	69
Graf 16 Místo spolupráce s ergoterapeutem.....	70
Graf 17 Oblast ergoterapeutické intervence	72
Graf 18 Přínos ergoterapeutické intervence	73
Graf 19 Zájem o navázání spolupráce	74

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Centrální skotom	21
Obrázek 2 Projev glaukomu	22
Obrázek 3 Projev katarakty	22
Obrázek 4 Technika „Curled fingers“	41
Obrázek 5 Indikátor hladiny	45
Obrázek 6 Šablona na bankovky	45

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů	53
Tabulka 2 Věková skupina respondentů.....	54
Tabulka 3 Zastoupení jednotlivých krajů dle bydliště respondenta	55
Tabulka 4 Stupeň zrakových schopností	58
Tabulka 5 Doba diagnostikování zrakové vady	59
Tabulka 6 Oblast omezené soběstačnosti	61
Tabulka 7 Nácvik běžných denních činností.....	62
Tabulka 8 Pomoc při získávání soběstačnosti	64
Tabulka 9 Spolupráce s ergoterapeutem.....	69
Tabulka 10 Místo spolupráce s ergoterapeutem.....	70
Tabulka 11 Oblast ergoterapeutických intervencí.....	71
Tabulka 12 Přínos ergoterapeutické intervence.....	72
Tabulka 13 Zájem o navázání spolupráce s ergoterapeutem.....	73

SEZNAM ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living (běžné denní činnosti)
CNS	Centrální nervový systém
IADL.....	Instrumental Activities of Daily Living (instrumentální běžné denní činnosti)
MS	Microsoft Windows
SONS	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých
WFOT.....	World Federation of Occupational Therapists (Světová federace ergoterapeutů)
WHO.....	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Zrak je obecně označován za nejdůležitější lidský smysl. Tento fakt je potvrzen skutečností, že zrakem jedinec získává až 80 % ucelených informací z okolního světa v minimálním časovém intervalu a za minimálního úsilí (Růžičková, 2015). Proto ztráta zraku či jiné získané zrakové postižení znamená změnu v životě, kdy pro jedince přestávají platit mnohé dřívější automatismy. Vzniká nová bariéra, kterou musí v každodenních situacích překonávat a kompenzovat jinými smysly (Röderová, 2015; Moravcová, 2004). V tento zásadní moment by mělo být využito ergoterapeutické intervence.

Ergoterapie nalézá své uplatnění v oblasti zrakového postižení již od svých počátků. Na základě vyhledané literatury lze však podotknout, že ergoterapeut není jmenován jako klíčový odborník se specializací na zvýšení soběstačnosti u jedince se zrakovým postižením. Úloha ergoterapeuta je především uplatňována až tehdy, kdy vznikne omezení soběstačnosti na podkladě jiného primárního postižení, avšak současně se jedinec potýká s přidruženou zrakovou vadou (Whittaker et al., 2016).

Autorka se v této bakalářské práci věnuje tématu získaného zrakového postižení s cílem zjistit, zda osoby s tímto postižením mají zkušenost s ergoterapeutem, a současně prozkoumat, zda jsou tyto osoby informovány o náplni této profese. Obsah teoretické části je zaměřen na stručnou anatomii zrakového aparátu, jeho patologické odchylky a dále představuje možné ergoterapeutické intervence u získaného zrakového postižení. Praktická část je vypracována kvantitativním výzkumem prostřednictvím polostrukturovaného dotazníku. Osobní zkušenost společně se zájmem autorky byly důvody, jež vedly ke zvolení tohoto tématu bakalářské práce. Rovněž se zpracováním této problematiky autorka získá nové informace, které může nadále využívat při budoucí práci jako ergoterapeut.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZRAK A JEHO PATOLOGICKÉ ODCHYLKY

Pro důkladné prozkoumání problematiky zrakového postižení je nezbytné představit základní anatomii a fyziologii zrakového systému společně s jeho patologií. Znalost těchto zákonitostí umožňuje i nelékařským profesím pochopit podstatu omezení a důsledků vyplývajících ze zrakového postižení. Zvláště pak lze tyto získané poznatky aplikovat v rámci terapií, kdy je nutné rozlišit zrakové schopnosti jedince, které lze nadále rozvíjet od těch, u kterých to z podstaty vady již není možné. Také dojde k vzájemnému porozumění v mezioborové spolupráci (Růžičková, 2015).

1.1 Anatomie a fyziologie zrakového systému

Zrakový systém prokazuje svou funkčnost ve dvou složkách, a to v motorické a sensorické (zrakově smyslové). Sensorická složka se pak dále dělí na periferní část, zrakovou dráhu a zrakové centrum mozkové kůry. V tomto pořadí je také zprostředkován zrakový vjem – oční bulbus jako složka periferní části přijímá první informace z okolí a ty jsou poté pomocí zrakové dráhy přeneseny až do zrakového centra v mozku (Kochová, Schaeferová, 2015). Pro správnou zrakovou funkci nesmí být žádná z těchto složek poškozena (Moravcová, 2004).

Periferní část sensorické složky sestává z očních bulbů a pomocných orgánů jako jsou víčka, okohybné svaly a slzné ústrojí. Jejich hlavní funkcí je chránit oko před poškozením, zvlhčovat jeho povrchovou plochu a zajišťovat oční pohyb (Květoňová, 2000). Stěna očního bulbu je formována třemi jednotlivými vrstvami – povrchovou, střední a vnitřní (Moravcová, 2004). Obsah očního bulbu vyplňují čiré struktury, jež svými vlastnostmi zajišťují propouštění světelných paprsků tak, aby dopadly přímo na sítnici. Patří sem čočka, sklivec a obsah přední a zadní oční komory (Synek, Skorkovská, 2014). Zevní povrchová vrstva nese označení skelet oka z důvodu zajištění stability tvaru očního bulbu a vytvoření ochrany před mechanickými nárazy (Květoňová, 2000). Je tvořena v přední části rohovkou (*cornea*), čirou bezcévnou vazivovou vrstvou, jež je nejcitlivějším místem na povrchu lidského těla. Na rohovku navazuje v zadní oblasti bělima (*sclera*), která díky své tuhosti umožňuje uchycení úponu okohybných svalů. Bělimou procházejí axony gangliových buněk sítnice vytvářející zrakový nerv (Vítková et al., 1999; Květoňová, 2000).

Cévní výživa očního bulbu je úkolem druhé vrstvy, do které spadá cévnatka, duhovka a řasnaté tělísko. Cévnatka (*chorioidea*) má pro svou funkci bohatou cévní strukturu, která také obsahuje hnědé pigmentové barvivo melanin, jež opticky izoluje sítnici od zevního světla a chrání tak oko před rušivými světelnými paprsky (Vítková et al., 1999; Květoňová, 2000). Kruhovitý terč s centrálně uloženou zornicí se nazývá duhovka (*iris*). Zde množství melaninového barviva určuje barvu očí jedince. Oblast zornice je vedena činností dvou hladkých svalů, které její průměr rozšiřují či zužují na základě kvantity vstupujícího světla. Tento jev se popisuje jako tzv. světelná clona (Vítková et al., 1999; Synek, Skorkovská, 2014). Poslední část druhé vrstvy tvoří řasnaté těleso (*corpus ciliare*). Uvnitř tohoto tělesa se nachází ciliární sval, prostřednictvím kterého je zajišťována akomodace oka. Také k jeho funkcím patří tvorba nitrooční tekutiny (Vítková et al., 1999).

Nejhlouběji uložená vrstva je tvořena pouze jednou strukturou, a to sítnicí (*retina*). Sítnice představuje jemnou blanku tvořenou z 11 (12) vrstev, jež mají zásadní význam v celém procesu vidění a vnímání světla (Dylevský, 2009). Základní a nejvíce podstatnou vrstvou je vrstva druhá a třetí, které obsahují primární zrakové buňky – fotoreceptory. Ty po podráždění vedou informace přes zrakový nerv z oka až do mozku. Fotoreceptory jsou dvojího druhu – tyčinky a čípky. Tyčinky při svém množství asi 130 milionů člověku umožňují vidění černobílé a za šera. Zatímco čípků je podstatně méně, okolo 7 milionů, jsou důležité pro funkci barevného vidění a vidění za denního světla. S čípký dále souvisí pojem tzv. žlutá skvrna (makula), což je místo nejostřejšího vidění, kde je nashromážděna jejich převážná většina (Vítková et al., 1999; Synek, Skorkovská, 2014).

Zraková dráha zprostředkovává spojení mezi okem a zrakovým centrem mozkové kůry (Vítková et al., 1999). Jedná se o dráhu čtyřneuronovou (Dylevský, 2009). Začátkem zrakové dráhy jsou již zmiňované primární zrakové buňky na vnitřní vrstvě sítnice, jejichž výběžky se sbíhají a vytváří zrakový nerv. Ten skrze bělimu probíhá ven z očního bulbu až do nitrolebního prostoru přes canalis opticus, kde se na spodině mozku částečně kříží se zrakovým nervem druhostranného oka. Místo křížení vláken nervů se nazývá chiasma, kdy se protínají pouze vlákna z nazálních polovin sítnice, jež zaujímají polohu více mediálně. Následně je informace předána těmito vlákny společně s nekříženými vlákny z temporálních polovin sítnice do zrakového centra. Tento úsek je označován jako tractus opticus, v závěru dráhy pak jako radiatio optica. Zrakové centrum má uložení v kůře okcipitálního laloku a část vláken také zasahuje do oblasti laloku temporálního (Vítková et al., 1999; Růžička et al., 2019).

Skupina šesti okohybných svalů zajišťující pohyb očního bulbu představuje motorickou složku zrakového aparátu (Synek, Skorkovská, 2014). Okohybné svaly lze zařadit dle vlastností mezi svaly příčně pruhované s následným dělením na svaly přímé a šikmé. Jedná se o úzké svaly, které se se svým společným začátkem – kruhovitou šlachou, připojují ke stěně očnice v oblasti canalis opticus a poté se směrem dopředu rozbíhají na bulbus (Synek, Skorkovská, 2014; Dylevský, 2009). Zde jsou připojeny krátkými plochými šlachami 5–7 mm od okraje rohovky (Synek, Skorkovská, 2014). Zástupce přímých okohybných svalů představují celkem čtyři svaly, a to musculus rectus superior, inferior, medialis a lateralis. Směr pohybu oční koule je určen názvem svalu, tedy směr nahoru, dolů, zevně a vnitřně. Musculus obliquus superior a inferior tvoří skupinu přímých svalů, které rotují oční bulbus zevně a poté buď směrem nahoru či dolů (Synek, Skorkovská, 2014; Dylevský, 2009).

1.2 Vymezení pojmů

Pro pokračování v obsahu bakalářské práce je nutné vysvětlit a rozlišit jednotlivé pojmy, které jsou spjaty s problematikou sníženého zraku. Autorka vzhledem k názvu bakalářské práce využívá především pojem osoba či jedinec se získaným zrakovým postižením.

Zraková vada a zrakové postižení nejsou pojmy stejného významu. Vada či poškození označuje primární příčinu zdravotního postižení (Růžičková, 2015). Do skupiny zrakových vad jsou řazeny nedostatky zrakové percepce s různými etiologickými faktory (Kimplová, 2010). Zde vyvstává riziko rozvoje sekundárních změn čili postižení, které vedou k omezení schopností jedince k vykonávání určité činnosti. Navazujícím pojmem je znevýhodnění, jež představuje takové omezení jedince, kdy není schopen vykonávání určitých činností či plnění životních rolí ve srovnání s intaktní skupinou vrstevníků (Růžičková, 2015). Pro zrakové postižení Růžičková (2015) uvádí tuto definici: „*Zrakové postižení je v souladu s WHO vymezeno konkrétními kritérii omezení či ztráty zrakové schopnosti (angl. visual disability) nebo existenci zrakové vady či poruchy, která přetrvává i po léčebné terapii a vykazuje i přes využití možností korekce refrakční vady zrakovou ostrost nižší než 0,3 (6/18) nebo je rozsah zorného pole omezen při centrální fixaci pod 10°*“ (Růžičková, 2015, str. 12).

Zjednodušeně lze tedy konstatovat, že osoba se zrakovým postižením je definována jako jedinec, u kterého je poškození zraku natolik závažné, že medikamentózní, chirurgická nebo optická korekce nepostačuje ke zlepšení jeho stavu. Jedinec je tak omezován svou vadou v běžném životě (Růžičková, 2006). Na základě těchto definic je patřičné vyzdvihnout hlavní podstatný fakt a to, že osoba se zrakovým postižením není člověk, jehož zrakový deficit lze kompenzovat optickými brýlemi či čočkami (Ludíková, Růžičková, 2006). V současné době se také využívá označení osoba se zrakovým postižením nebo v případě těžkého zrakového postižení osoba nevidomá. Pojem „slepec“ není vhodný, neboť je přejat z historie a nese jisté předsudky a hanlivý podtón (Kimplová, Kolaříková, 2014).

1.3 Klasifikace zrakových vad

Společně se znalostí obecné anatomie zrakového systému je nezbytnou náležitostí nelékařské profese, tedy i ergoterapeuta, znát alespoň základní druhy zrakových vad a také jejich příčiny a funkční dopady na člověka. Jen za těchto předpokladů, mohou být nápomocni v té nejvyšší míře, a to nejen danému jedinci, ale i jeho okolí (Růžičková, 2015).

Dělení zrakových vad má mnoho kritérií a faktorů, čímž dochází k výrazným odlišnostem v rámci odborné literatury. Nicméně tato skutečnost je ovlivněna tím, že nelze pohlížet na zrakové postižení jen z jednoho hlediska a také existuje velké množství kombinovaného postižení (Ludíková, Růžičková, 2006; Růžičková, 2015).

1.3.1 Rozdělení dle doby vzniku

Prvotním a zásadním dělením je na základě doby vzniku zrakové vady. Jedná se o vady prenatální, perinatální, postnatální a získané. Souborně lze dle tohoto kritéria rozdělit na dvě hlavní skupiny – vrozené a získané (Röderová et al., 2007). Bakalářská práce je zaměřována na skupinu získaných zrakových vad, je tedy autorkou práce rozpracována více podrobněji než skupina vad vrozených.

1.3.1.1 Vrozené zrakové vady

Vrozené vady jsou obecně označovány za odchylky od fyziologického vývoje plodu v době prenatální, kdy vzniká vývojová anomálie (oka) (Röderová et al., 2007; Mészárosová, 2013). Platí zde pravidlo, že čím dříve je vývoj oka patologicky ovlivněn, tím je porucha závažnější. Míra anomálie také závisí na druhu působení patologického noxu, gestačním věku plodu a zdravotním stavu matky (Röderová et al., 2007). Tyto vady jsou nejčastěji zjišťovány u předčasně narozených dětí. Jsou nedovyvinuty nejen jednotlivé

struktury oka, ale obvykle i další orgány, což přináší řadu budoucích trvalých omezení, neboť nedostatek zrakových stimulů má vliv i na psychomotorický, kognitivní a sociální rozvoj (Beneš, 2019).

Hlavní příčiny vrozených anomálií jsou rozřazeny do dvou skupin na exogenní a endogenní. Mezi exogenní (vnější) vlivy patří noxy fyzikální (např. traumatické poranění matky) či chemické (např. léky, alkoholismus, drogová závislost matky) nebo také porucha výživy a metabolismu matky. Příkladem vrozené vady způsobené exogenním vlivem je anoftalmus, mikroftalmus či vrozený šedý zákal (Röderová et al., 2007; Kimplová, 2010). Endogenní (dědičné) vlivy mají až 37% příčinnost na vrozených vadách. Astigmatismus, krátkozrakost, vrozený glaukom nebo retinoblastom jsou zrakové vady způsobeny na základě dědičného faktoru (Röderová et al., 2007).

1.3.1.2 Získané zrakové vady

Získané zrakové vady vznikají v průběhu života jedince. Zde je podstatným faktorem, zda vada postihla jedince před či po dokončení školní docházky a profesní přípravy nebo až později (Štréblová, 2002). Také je determinantem časový úsek, ve smyslu postupného zhoršování kvality či náhlé ztráty zraku. Hlavní příčinou získaných vad jsou celková onemocnění jedince nebo takové vady zraku, které mohou svou progresí vést ke snížení či ztrátě zrakové schopnosti (Röderová et al., 2007). Mimo jiné lze pozorovat přímou úměrnost mezi vznikem získaných zrakových vad a prodlužováním délky života populace. Stárnutí je výrazným činitelem vedoucí ke vzniku zrakových vad, neboť více než 70 % nových odhalení je u osob ve věkové kategorii 65 let a výše. U osob starších 75 let je až 80% pravděpodobnost, že budou nebo již mají určitý typ zrakového postižení. V rámci pohlaví je ve spojitosti s délkou dožití větší pravděpodobnost výskytu zrakových vad u žen až v 55 % případů (Růžičková, 2015). Mezi nejčastější onemocnění, které způsobují získané zrakové postižení patří věkem podmíněná makulární degenerace, glaukom, katarakta či diabetická retinopatie (Vrubel, Schaeferová, 2015).

Věkem podmíněná makulární degenerace představuje celosvětově nejčastější příčinu nevidomosti u osob nad 60 let ve vyspělých zemích se stále přibývajícím podílem v poměru se stárnoucí populací. Jsou popisovány dvě formy tohoto onemocnění – suchá a vlhká. Suchá forma je způsobena degenerací kapilár sítnice v oblasti žluté skvrny, což vede ke vzniku ohraničených objektů v zorném poli tzv. skotomů (Obrázek 1). Při progredujícím stavu sítnice se rozvíjí vlhká forma. Ta je charakteristická novotvorbou cév pronikajících do

jednotlivých struktur oka, které následně svým krvácením stimulují odumírání nervových vláken sítnice (Vrubel, Schaeferová, 2015). Závažná forma tohoto onemocnění vede ke snížení soběstačnosti, k nárůstu rizika pádů a ke vzniku depresí. Osoby s tímto onemocněním popisují omezení především v instrumentálních ADL jako je čtení, psaní či řízení automobilu nebo také pak v rozeznávání obličejů a barev (Whittaker et al., 2016).

Obrázek 1 *Centrální skotom*

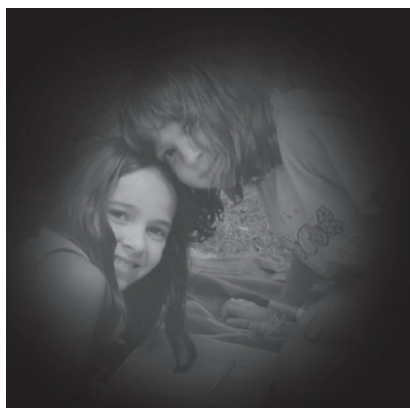


Zdroj: Whittaker et al., 2016

V závislosti na příčinnosti nevidomosti ve světě je glaukom a jeho formy druhou nejčastější skupinou onemocnění způsobující získanou zrakovou vadu. Glaukom, jež je označován také jako zelený zákal, se projevuje zvýšením nitroočního tlaku, čímž je negativně ovlivňována kvalita zrakového nervu (Vrubel, Schaeferová, 2015). Prvotními symptomy, jež upozorní na možné poškození zrakového nervu, jsou zejména poruchy periferního zorného pole (Obrázek 2), světloplachost a barevné kruhy okolo světelných zdrojů. Současně se také objevuje pocit tlaku a řezání v bulbu a další patologické změny rohovky. V pozdějším stádiu je pak ovlivněna zraková ostrost společně s poškozením centrálního zrakového pole, což je hlavní příčinou absolutní ztráty zraku (Vrubel, Schaeferová, 2015; Kimplová, 2010). Pro osoby s vážnou formou glaukomu představuje hlavní problematickou oblast zejména samostatný pohyb a orientace společně s výrazným snížením vidění za šera (Whittaker et al., 2016). Zahraniční studie z roku 2023 dále poukazují na negativní vliv glaukomu v oblasti čtení, řízení a celkové kvality života. Rovněž tyto studie zdůrazňují důležitost zvýšení informovanosti o možných intervencích v oblasti slabozrakosti, které mohou pomoci maximalizovat zrakové funkce a zlepšit kvalitu života (Shi, Salim, 2023).

Katarakta, tedy šedý zákal, je hlavním důvodem nevidomosti především v rozvojových zemích, v nichž není dostupná vyspělá lékařská péče. Jedná se o degenerativní onemocnění čočky, které vede k jejímu zkalení a tím snížení zrakové ostrosti (Vrubel, Schaeferová, 2015; Dylevský, 2009). Rozmazané vidění způsobuje potíže s nedostatečně kontrastními prvky či detaily (Obrázek 3). Mezi další známky tohoto onemocnění jsou zahrnovány projevy jako je snížené vidění v šeru, světloplachost, zrakové fenomény či dvojité vidění. Typická je také častá potřeba nových a silnějších optických pomůcek. Toto onemocnění lze snadno diagnostikovat očním lékařem (Whittaker et al., 2016). Jsou rozlišovány tři typy vzhledem k době vzniku, a tedy katarakta vrozená, poúrazová a presenilní. V případě, kdy jsou narušeny funkční schopnosti jedince a již nelze zrakovou vadu kompenzovat optickými pomůckami, je navrženo odstranění postižené části čočky za nitrooční implantát (Kimplová, 2010; Beneš, 2019). Nejčastějším rizikovým faktorem je věk, dále pak diabetes mellitus, úrazy a záněty spojené s oční oblastí a v neposlední řadě také kouření (Whittaker et al., 2016).

Obrázek 2 *Projev glaukomu*



Zdroj: Whittaker et al., 2016

Obrázek 3 *Projev katarakty*



Zdroj: Whittaker et al., 2016

Mezi příčiny získané ztráty zraku je řazen diabetes mellitus, na jehož základě se rozvíjí velmi často diabetická retinopatie. Toto onemocnění způsobuje změny na cévním zásobení oka, které poté vede ke krvácení na sítnici, k ischemii či ke vzniku edému (Beneš, 2019). Sítnice je tímto způsobem hypoxická, což vede k jejímu odchlípnutí (Kimplová, 2010). Základním projevem je pokles zrakové ostrosti, při progresi onemocnění pak skotom v zorném poli (Vrubel, Schaeferová, 2015). Jsou uváděny problematické oblasti v běžných denních činnostech jako je čtení, psaní, holení nebo také stříhání nehtů (Beneš, 2019).

Další skupinou získaných zrakových vad, jež ohrožuje každého zdravého jedince, jsou úrazy oka. Pro dětský věk jsou typické úrazy při hře a manipulaci s předměty, v pozdějším věku jsou to traumata oka při autonehodách, v zaměstnání, ale i při zájmových činnostech a sportovních aktivitách. Charakteristické jsou perforační a tupá poranění, méně pak poranění chemickými látkami (Vítková et al., 1999). Mimo jiné propojenost obou očí zásadně komplikuje hojení, kdy z postiženého oka se může případný zánět přenést i na oko zdravé. Míra závažnosti se projeví v následcích, které mohou být přítomné po zbytek života. Z hlediska psychického zatížení náhlá nebo pozvolná ztráta zraku vede k výraznějšímu zatížení psychiky jedince, než jak je tomu u vad vrozených (Štrébllová, 2002; Vítková et al., 1999). Vedle úrazů oka také spadají do skupiny získaných zrakových vad i neurologické příčiny poruch zraku, a to Parkinsonova choroba, cévní mozková příhoda, nádory nebo roztroušená skleróza (Whittaker et al., 2016).

Z pohledu ergoterapeuta by byly řešeny individuální problémové oblasti spojené s projevy zrakové vady, které by byly zjištěny na základě anamnézy a vstupního vyšetření. Je vhodné zařadit úpravu domácího prostředí vzhledem k důležitosti správně nastaveného osvětlení a vytvoření kontrastních prvků. Zejména pak pro oblast čtení je zásadní dostatečné osvětlení v kombinaci se správně zvolenou optickou kompenzační pomůckou. Současně je úlohou ergoterapeuta posoudit vhodnost i neoptických kompenzačních pomůcek, případně doporučit nové a pro zvýšené riziko pádů zařadit edukaci o prevenci pádů. V případě vzniku skotomů (výpadky centrálního zorného pole) je důležitý nácvik excentrického (mimomakulárního) vidění. U zdravého jedince dochází při pohledu na předmět k jeho centrální fixaci, kdy se obraz předmětu promítá přímo na žlutou skvrnu (makulu). Pokud by se takto podívala osoba, jejíž zraková vada je charakteristická skotomem, obraz předmětu by zmizel či by byl rozmazaný. Přizpůsobené excentrické vidění spočívá v nalezení takového bodu (pod, nad nebo do strany od předmětu), ve kterém je obraz nejzřetelnější. Této účinné techniky lze využít například při problémech v oblasti IADL a s rozeznáváním obličejů (Whittaker et al., 2016).

1.3.2 Rozdělení dle stupně vidění

Dalším možným dělením zrakových vad je dle stupně zachovaného zraku, pro které je obvykle využívána tabulka s mezinárodní klasifikací vytvořena dle WHO (Příloha 1). Pro určení stupně je nutné oftalmologické vyšetření zrakové ostrosti. Ta je poté vyjádřena zpravidla ve zlomku, kde čitatel znázorňuje vzdálenost v metrech, ze které je daný text čten, a jmenovatel představuje vzdálenost, z jaké by měl být text přečten při nepostiženém zraku (Květoňová, 2000; Slowík, 2010).

Mezi dále užívané rozdělení jedinců se zrakovým postižením patří dělení na osoby slabozraké, osoby se zbytky zraku a osoby nevidomé (Kimplová, 2010).

1.3.2.1 Osoby slabozraké

Slabozrakost představuje zrakovou ostrost, která je nenávratně změněna na tolik, že jedinci způsobuje obtíže i přes optimální korekci. Lze ji rozdělit na slabozrakost lehkou a těžkou. Z hlediska časového rozmezí ji lze zařadit do vrozených a získaných vad, neboť se mohou objevit prenatalně, ale i v dětství či v pozdějším věku (Finková, 2011).

U slabozrakých jedinců dochází ke snížení rychlosti a přesnosti zrakových schopností (Röderová et al., 2007). Narušena je i adekvátní produkce zrakových představ, ve smyslu neúplnosti, zkreslenosti a deformovanosti (Kimplová, Kolaříková, 2014). Na základě vady mohou být jedinci subjektivně omezeni únavou, která vyplývá z mnohonásobně zvýšené míry koncentrace a záměrné pozornosti na prováděné činnosti a okolní svět (Jesenský, 2002). Intaktní společnost využívá k učení a zapamatování informací především vizuální formu vnímání, která je nejsnazší formou. Pro slabozraké je toto však velmi náročné, a proto je nezbytné využívání kompenzačních prostředků (Röderová et al., 2007; Růžičková, 2015). Dále je důležité dodržování zrakové hygieny. Očními odborníky je slabozrakým doporučováno střídání zrakové práce do blízka a na dálku každých 15 minut. Pro práci do blízka je zásadní zvýšená intenzita osvětlení pracovní plochy, v případě slabozrakých až 5x vyšší. Nedílnou součástí je upravení sklonu pracovního stolu pro vytvoření vhodné vzdálenosti a pozice pro práci (Finková, 2011). Samotná práce je pak ovlivněna narušenou koordinací ruka-oko. Další problémovou oblastí je bezpochyby pohyb, orientace v prostoru, ale i udržení rovnováhy (Kimplová, Kolaříková, 2014). Z psychologického hlediska se pak jistě omezení projevuje při socializaci ve společnosti (Röderová et al., 2007).

1.3.2.2 Osoby se zbytky zraku

Osoby se zbytky zraku jsou skupinou velmi obsáhlou a specifickou, neboť sem spadají jedinci, kteří jsou na hranici mezi těžkou slabozrakostí a praktickou nevidomostí. V praxi se pak s jedinci pracuje na základě postupů pro obě dané skupiny. Hlavním kritériem je, zda se jedinec více směřuje ke způsobům nevidomých, kdy preferuje kompenzaci zrakového deficitu jinými smysly nebo zda využívá zachovaného zbytku zraku a tím se přiklání více k vidícím (Röderová et al., 2007; Kimplová, Kolaříková, 2014). Toto zrakové postižení se může jistým způsobem zlepšovat, ale také i progredovat (Kimplová, Kolaříková, 2014). Zrak těchto jedinců je omezen na schopnost rozpoznání prstů v blízkosti očí s optimální brýlovou korekcí a jsou schopni za využití optické pomůcky přečíst písmo plakátové velikosti (Röderová et al., 2007). Na rozdíl od slabozrakých lze pozorovat významné omezení při práci na blízko. Intenzita lokálního osvětlení vyžaduje zvýšení až na 10x vyšší úroveň a zvýšeny jsou i frekvence, kdy je práce nahrazena přestávkami na odpočinek. K samostatnému pohybu a prostorové orientaci je již jedincům doporučována bílá hůl či alespoň příprava na možné využívání bílé hole při progresi zrakové vady. Důležitost u této skupiny spočívá v kompenzačních pomůčkách a rozvíjení zbylých zrakových schopností ve spolupráci s odborníky (Finková, 2011).

1.3.2.3 Osoby nevidomé

Vymezení pojmu nevidomost je velmi nejednotné v rámci českých autorů, ale i zahraničních publikací (Kimplová, Kolaříková, 2014).

Nevidomost představuje nejzávažnější zrakové postižení. Dle míry zrakové ostrosti a využití zorného pole ji lze dělit na praktickou a úplnou/totální. Vzhledem k různorodosti etiologie může také být vrozená nebo získaná (Röderová et al., 2007). Úplná ztráta zraku znemožňuje jedincům získávání informací z okolního světa běžnou vizuální cestou a také narušuje jejich poznávací procesy. Jedinci k vytváření představ o reálném světě a k jeho prozkoumávání využívají kompenzačních mechanismů. Ty při včasné uplatnění dokážou suplovat chybějící zrakovou funkci (Finková, 2011). Pro osobu nevidomou vyplývá z podstaty vady výrazné omezení v určitých oblastech života, jako je například prostorová orientace a pohyb, pracovní uplatnění, ale i ve schopnosti vytvářet sociální vztahy (Štrébllová, 2002).

1.4 Reakce na získané zrakové postižení

Autorkou práce byla tato kapitola uvedena z důvodu pochopení psychických procesů u získaného zrakového postižení tak, aby ergoterapeut mohl být plně nápomocný i v této oblasti.

Pro doposud intaktního jedince je narušení zraku a zrakového vnímání negativním determinantem a také událostí, jež výrazně ovlivní nejen jeho, ale i život blízkého rodinného kruhu a přátel. Samotná reakce na získané zrakové postižení je individuálním procesem každého jedince, která se odvíjí od stupně, formy a způsobu, jak k danému postižení došlo. Dalším rozhodujícím faktorem je časový rámeček, jímž lze rozdělit zrakové postižení na krátkodobé (akutní), dlouhodobé (chronické) a opakující se (recidivující). Psychický dopad na jedince lze také diferencovat z hlediska postupné či náhlé ztráty zraku. Pozvolná ztráta zraku je jedincem vnímána jako dlouhodobá psychická zátěž, jež je umocňována střídajícím se stavem zrakové kvality. Jedince provázejí smíšené pocity, kdy naděje je nahrazována zoufalstvím či úzkostí a depresemi. Pro náhlou ztrátu zraku jsou charakteristická níže popsaná stadia prožívání (Kimplová, Kolaříková, 2014).

Kimplová a Kolaříková (2014) představují dělení průběhu reakce na získanou ztrátu zraku do tří stádií. Jinými autory je toto tradiční dělení kritizováno z důvodu mimořádné individuality prožívání jednotlivců. Prvotní fáze vzniká jako počáteční šok, který se objevuje v okamžiku, kdy se jedinec dozvídá svou diagnózu či svůj zdravotní stav po úrazu. Charakteristickým znakem je úzkost vyvolaná strachem z momentálního ohrožení života a také z budoucnosti. Převažují nepříjemné pocity nejistoty z prostředí, ve kterém se nachází a jedinec se tak uzavírá do sebe a ztrácí zájem. Dochází k bezprostřednímu narušení psychického stavu. Období druhé fáze se projevuje tzv. reaktivní depresí. V této fázi jedinec prožívá pocity agrese, vzteku na sebe samého i na okolí, typické je především hledání viny u zdravotního personálu. Gradace negativních pocitů může vést až k sebevraždným myšlenkám. Je doporučováno, aby tato fáze volně proběhla bez jakéhokoliv potlačování a mírnění projevů člověka. Postupně nastává třetí období označované jako reorganizace. Dochází ke střídání truchlení s určitými pocity klidu, při nichž si jedinec uvědomuje svou důležitost a zaměřuje se na snížení závislosti na péči okolí. Jedinec se také učí prvním prvkům sebeobsluhy a základní orientaci ve zřetelně změněném prostředí.

Na základě zrakového deficitu se společně s emoční a psychologickou reakcí projevují i další komplikace. Jedinec je ve vnitřním rozporu, kdy je sužován pocitem, že je stále pozorován veřejností, přičemž se nemůže přesvědčit o opaku. V kontrastu s tímto pocitem se objevuje pocit neviditelnosti, který způsobuje, že se u daného jedince snižuje zachování sociálních návyků, zásad vhodného oblékání či vědomého ovládnutí své gestikulace a mimiky. Jedinec ztrácí povědomí o reálném světě, neboť ho na základě svého postižení není schopen vidět. Dále je umocňován pocit zbytečnosti společně s prohlubující se pasivitou, kdy jedinec vnímá určité zpomalení svého tempa ve vykonávání činností a vidícím okolím je opakovaně opravován či navigován ke správnému postupu (Wiener, Rucká, 2006). Tím dochází k narušení autonomie jedince, což může vést ke vzniku tzv. syndromu naučené bezmocnosti. Ten je typický vytvářením nereálného života jedince bez zodpovědnosti v plné závislosti na okolí (Röderová et al., 2007).

V zahraniční studii z roku 2017 byla zjišťována míra výskytu depresivních a úzkostných stavů u 540 starších dospělých s poruchou zraku v průběhu 1 roku. Výsledky byly získávány pomocí dotazníků. Tato studie prokázala, že výskyt deprese a úzkostných stavů je u starších dospělých s poruchou zraku dvakrát vyšší než u osob bez zrakového deficitu. Mezi rizikové faktory, jež vedou ke vzniku psychických poruch patří osamělost, nedostatečná adaptace na zrakové postižení, nedostatek financí a celková snížená kvalita života (Heesterbeek et al., 2017). Další zahraniční studie z roku 2022 se zabývala zkoumáním vztahu mezi rasou a etnickou příslušností a depresí u starších osob nad 65 let se získaným zrakovým postižením. Výzkum byl prováděn z údajů od 293 pacientů (264 bílé rasy, 29 rasy jiné), jež byli členy Massachusettské asociace pro nevidomé a slabozraké a využívali služeb ergoterapeuta v domácím prostředí. K posouzení míry deprese byla použita Geriatric Depression Scale ve zkrácené verzi o 15 položkách. Výsledky potvrdily hypotézu a zjistily, že starší dospělí z nedostatečně zastoupených rasových nebo etnických skupin se zrakovým postižením mají více depresivních příznaků než starší osoby bílé rasy (Do, 2022). Autorkou práce však byla nalezena česká studie z roku 2017 s pozitivnějším závěrem, ve které autoři zastávají názor, že v porovnání s intaktní osobou se životní spokojenost osob se zrakovým postižením kvalitativně neliší (Finková et al., 2017).

2 ERGOTERAPIE U OSOB SE ZÍSKANÝM ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Ergoterapie je Klusoňovou (2011) definována jako profese, která: „*se zabývá u osob se zdravotním postižením obnovou a udržením schopnosti vykonávat běžné a přirozené lidské činnosti. Cílem je důstojný život a pocit tělesné, duševní a sociální pohody.*“ (Klusoňová, 2011, str. 13)

Zahraniční ergoterapeut Whittaker (2016) představuje nejvhodnější postup, s nímž by mělo být přistupováno k jedinci s nově vzniklou (získanou) zrakovou vadou. Základem je vzájemná mezioborová spolupráce mezi ošetřujícím oftalmologem, optometristou a ergoterapeutem. Oftalmologem je jedinec odkázán na optometristu pro další vyhodnocení a poté je optometristou předáno doporučení na ergoterapeuta. Oftalmolog se společně s optometristou primárně zabývají zrakovou vadou, zatímco ergoterapeutem je posuzováno samotné postižení z pohledu širší perspektivy. Nicméně s tímto idealizovaným postupem je realita v určitém rozporu. V zahraniční studii z roku 2017 bylo mezi očními odborníky (oftalmology a optometry) zjišťováno, jaké mají povědomí o roli ergoterapeutů u zrakového postižení a zda své pacienty předávají do jejich péče. Výsledky prokázaly, že oční odborníci jsou obeznámeni s možností využití ergoterapeutických intervencí u osob se zrakovým postižením, avšak si nejsou jistí, jakým způsobem je v této oblasti uvedena ergoterapie do praxe. Současně tak ve více jak v polovině případů nebylo pacientům předáno doporučení na ergoterapeuta. Tato studie odhaluje, že samotná znalost ergoterapie nesvědčí o spolupráci mezi ergoterapeuty a očními specialisty (Molitor, Mayou, 2017).

Navržení vhodné ergoterapeutické intervence vzniká na základě výsledků oftalmologického vyšetření zrakového orgánu, optometrického hodnocení stavu zraku a vlastního vyšetření ergoterapeutem. Terapie pod vedením ergoterapeuta usiluje prostřednictvím smysluplných aktivit o splnění stanovených individuálních cílů a tím dosažení soběstačnosti jedince v běžném životě. Celý průběh terapie je odvíjen v závislosti na hloubce vzdělání a získaných dovednostech ergoterapeuta v oblasti zrakového postižení. Terapie by měla zahrnovat edukaci o funkčních důsledcích zrakové vady a využití kompenzačních technik k maximalizaci samostatné orientace a mobility. Rovněž by mělo být zařazeno rozvíjení zbytkových zrakových schopností, zvládnutí psychických a sociálních problémových situací a také použití optických i neoptických kompenzačních pomůcek společně s doporučením možných úprav v domácím prostředí. Součástí terapie je určení

fyzických, smyslových a kognitivních schopností jedince včetně posouzení zachovaných pracovních dovedností. Další možná doporučení jsou zaměřována na spolupráci se sociálními pracovníky (Whittaker et al., 2016). Bachelder a Harkins (1995) zdůraznili, že úloha ergoterapeuta spočívá v doplňování intervencí, které již poskytuje současný systém poskytovatelů služeb pro zrakově postižené osoby. V České republice se jedná o odborníky ze zdravotnictví, školství a sociální sféry (Moravcová, 2004). Pro zlepšení spolupráce, navrhování terapií i stanovování cílů by bylo patřičné, aby ergoterapeuti měli další vzdělání v oblasti patologie zrakového aparátu a také školení v oblasti optických i neoptických kompenzačních pomůcek a správného používání zvětšovacíh přístrojů, a to vše v kontextu smysluplných činností (Bachelder, Harkins, 1995).

V zahraniční studii Liu a kolektiv (2013) diskutovali o využití ergoterapeutických intervencí v rámci výkonu ADL v domácím prostředí u osob se ztrátou zraku v průběhu života. Poukazují na význam edukace o vlivu zrakové vady, nácviku používání optických i neoptických kompenzačních pomůcek a poskytování zdrojů pro další informace, které ve svém celku podporují soběstačnost. Kladou však důraz především na účinnost opakované edukace v používání kompenzačních pomůcek a rovněž zmiňují důležitost multidisciplinárního přístupu, který je vždy zaměřován na osobní cíle jedince. Další studií je poukazováno na změnu kvality života spojenou se sedavým stylem života a nedostatkem fyzické aktivity vlivem zrakového postižení. Fyzická aktivita se ukazuje jako účinný prostředek ke zlepšení nejen tělesného zdraví, ale také zdraví psychického (Haegele, Zhu, 2019). Ergoterapeut se tak podílí na fyzickém zdraví a současně i na zlepšování sebeuvědomování a pozitivním přístupu jedince k sobě samému. Dosaženo je toho prostřednictvím reflexe jedince o jeho zachovaných schopnostech při vykonávání smysluplných činností a aktivit. Terapie pod vedením ergoterapeuta dopomáhají k nalezení východisek při každodenních výkonnostních problémech spojených se zrakovým postižením (Dreer et al., 2005).

Zahraniční literatura a studie vyzdvihují uplatnění ergoterapeuta především v případě snížené soběstačnosti u starých osob, kdy je rovněž jedním z projevů stáří nově vzniklé zrakové postižení. Snížená kvalita zraku je přijímána jako součást běžného procesu stárnutí a není jí kladena dostatečná pozornost, přičemž je tak jedinec konstantně omezován jejími funkčními následky (Girdler et al., 2008). Zapojení ergoterapeuta v oblasti získaného zrakového postižení je vhodné nejen pro starší osoby, ale také pro osoby, u nichž došlo k postižení na neurologickém podkladě (např. kraniotraumata, cévní mozková příhoda).

Až u třetiny osob po prodělané cévní mozkové příhodě je následkem porucha zraku. Nejčastěji se jedná o hemianopsii, diplopii, nystagmus nebo okulomotorické poruchy, přičemž návratnost zrakových schopností je vysoce individuální. Poruchy jsou v některých případech těžko rozeznatelné, neboť nemají zřetelné projevy jako je tomu u postižení motorických či řečových funkcí (Moreau Physical Therapy, 2018). Poruchy zraku často omezují jedince v účasti na smysluplných aktivitách, jako jsou personální a instrumentální denní činnosti, ale i oblast volného času, práce a společenského života (Girdler et al., 2008). Vše může být doprovázeno projevy osamělosti, funkční závislosti a fyzickou, sociální a emocionální nepohodou jedince s touto diagnózou (Markowitz, 2006).

2.1 Vztah terapeuta a pacienta se zrakovým postižením

Moravcová (2004) vysvětluje, že jako každý pacient, tak i pacient se zrakovým postižením přichází na terapie s očekáváním, že jeho problém bude ihned vyřešen – uvádí zde metaforické užití zázračných brýlí, které v okamžiku navrátí jedinci zrak. Pacientovi je tak nezbytné nastínit, že se k dosažení určitých cílů musí učit novým dovednostem a postupům jiným, než doposud používal. Mimo jiné je nutné vytvořit vhodný vztah mezi terapeutem a pacientem a udržovat v tomto vztahu určité podmínky. Mezi prvními podmínkami je vytvoření důvěry mezi ním a pacientem, neboť to zajistí z velké části úspěšnost terapií. Terapeut tak musí jednat s empatií, vyrovnaností a klidem ve společné harmonii s ostatními pracovníky multidisciplinárního týmu. Další podmínkou v návaznosti na tu předešlou je důkladná znalost svého pacienta. Vědět nejen jeho základní informace o jeho onemocnění a celém průběhu, ale také znát více o jeho dosavadním životě, profesi a zájmech. V kontrastu je však nutné upozornit na nastavení si určité profesní hranice, která by neměla být z žádné strany porušena. Přílišná náklonnost nad rámec terapie ve chvílích nejvyšší potřeby jedince (např. v počátcích zjištění nevratné diagnózy) má tendenci přispívat ke špatnému výsledku terapií. Je to především proto, že větší míra této náklonnosti podporuje závislost, zatímco cílem terapie je nezávislost a soběstačnost (Dodds, 1993). Nedílnou součástí je příprava pacienta na terapii, kdy by měl být obeznámen se všemi terapeutickými postupy, s jejich možným efektem, ale i obtížemi, které se v průběhu mohou vyskytnout. Vždy je účelné zvolit reálné a menší cíle, jelikož nevhodně stanovený, pro pacienta vzdálený cíl, by mohl vést k jeho demotivaci. V neposlední řadě je nutné získat pacientovu plnou spolupráci a tu následně zachovat, neboť snaha pouze z terapeutovy strany by nevedla k zajištění plnohodnotných výsledků. Pro pacienta je mnohdy těžké se smířit s možnými neúspěchy, které mohou být spojovány až s pocity hanby, nicméně dovedností pracovníka

by mělo být jej optimisticky navést a motivovat zpět k dokončení terapie. Společně s těmito kvalitami je nutné, aby terapeut dokázal odhadnout schopnosti pacienta a respektoval možnou únavu během terapií (Moravcová, 2004). Součástí kompetencí terapeuta je pomáhat u jedince podporovat pozitivní zvládání zátěžových situací tím, že je konfrontován s realitou, avšak jsou mu dále nabídnuty různé způsoby řešení (Dodds, 1993).

Dodds (1993) ve své publikaci poukazuje na role z jiných profesí, které by měl ergoterapeut v rámci terapií zohlednit a využít. Ergoterapeutická terapie jako taková zahrnuje učení se široké škále dovedností, jež musí pacient pochopit a následně umět aplikovat v životě. Proto je pro ergoterapeuta důležité převzít roli učitele společně s jeho pedagogickými schopnostmi. Ergoterapeuty jsou využívány výukové metody, prostřednictvím kterých má možnost naučit pacienta dovednostem individuálním způsobem. Jedná se o základní metodu demonstrace, dále pak vysvětlování, rozhovor a diskuze. Mezi další významnou, ale ergoterapeuty opomíjenou metodu patří edukace (Křivošíková, 2011). Edukační působení a podpora jedince se zrakovým postižením je zásadní v oblasti hodnotové orientace (potřeby, zájmy, postoje...), efektivního užívání funkčních zrakových schopností a dále v oblasti praktických dovedností, které napomáhají kompenzačním způsobem k překonání funkčních ztrát (Růžičková, 2015). V určitých fázích rehabilitačního procesu se mnohdy pacient dostává do stavu demoralizovanosti a zde vyvstává přijetí další role ergoterapeutem a to tzv. mentora. Vlastnosti mentora zahrnují zajišťování péče o pacienta společně s jeho celkovým progresem v průběhu onemocnění ve smyslu udržení jeho morálky či vedení k osvojení nových praktických dovedností. Tímto způsobem lze pacienta provést tím, co by jinak pro něj mohlo být náročným emocionálním procesem. S rolí mentora se pojí role psychologa a poradce. Psychologická podpora a poradenství je dle Doddse založeno na poskytování náležitých informací, které mohou dopomoci pacientovi, jeho rodině a dalším pomáhajícím k pochopení momentálních i budoucích pocitů vyplývajících ze situace související se zrakovým postižením. Úloha poradce a poradenství z pohledu Klusoňové (2011) spočívá především v oblasti kompenzačních pomůcek, úpravě prostředí, režimových opatření a v předcházení vzniku sekundárních změn následkem postižení. S ohledem na individuální přístup ergoterapeuta k pacientům lze pozorovat vplynutí další role, nikoliv profesní, nýbrž role přítele. Mnohdy ergoterapeut během terapií tráví významnou část zabýváním se osobními záležitostmi pacienta a je patřičné vzít v úvahu, že po určitou dobu nese roli osoby, v níž jedinec vidí oporu a hlavní pomoc v této nové neznámé situaci. Vždy je nutné udržovat tento vztah na rovině formální (Dodds, 1993).

2.2 Zásady komunikace s osobou se zrakovým postižením

Základem správně nastavené terapie je vhodná komunikace ergoterapeuta se zrakově postiženou osobou (Klusoňová, 2011). Ergoterapeutem před začátkem terapie musí být zohledněn fakt, že osoba s postižením zraku má potíže s prostorovou orientací a v ergoterapeutické místnosti vybavené pomůckami mohou vznikat překážky či určitá nebezpečí. Z tohoto důvodu by měl být v rámci první terapie tento prostor důkladně představen, popsán a případně by měla být odstraněna potenciaální rizika (Ludíková, Kozáková, 2012; Slowík, 2010). Také při prvním setkání je patřičné, aby ergoterapeut inicioval navázání kontaktu a představil se jako první, neboť jeho přítomnost v místnosti nemusí být daným jedincem zaregistrována. V případě, že jedinec přichází se svým průvodcem či asistentem, ergoterapeut zásadně hovoří pouze s pacientem samotným, přičemž s ním současně dodržuje oční kontakt. Zrakově postižené osoby rozpoznají na základě sluchu, zda je s nimi vedena konverzace přímo nebo zda se dotýčný otáčí jiným směrem. V průběhu terapie je podstatný prvek detailní popisování veškerých aktivit s popsáním využívaných pomůcek včetně jejich přesného umístění v prostředí. Popis musí být dostatečně informativní, avšak současně i v jednoduchém podání, aby jedinec nebyl zahrnut přílišnými nepotřebnými informacemi. Dále nelze uvádět lži či polopravdy, vždy se musí popis zakládat na reálné situaci a pravdivých informacích. Důležité je také vytvořit příjemné prostředí bez okolního hluku, neboť přijímání informací probíhá primárně sluchovým vnímáním. Je tedy nutné brát ohled na to, že i obyčejný výrazný venkovní déšť může narušit porozumění a orientaci a následně i průběh terapie. Obzvlášť nevhodné je fyzické manipulování s úmyslem dopomoci bez svolení osoby, vždy předchází vzájemná domluva a slovní upozornění. U slabozrakých jedinců se zbytkovým zrakem je vhodné, pokud možno, zajistit během terapií náležité osvětlení. Bývá doporučováno, aby ergoterapeut zaujal pozici v místnosti tak, aby dopadalo světlo na jeho tvář, čímž umožní jedinci lépe sledovat mimiku a výraz při komunikaci. Při písemné komunikaci je využíváno kontrastů, kdy příkladem lze uvést silný tmavý fix na bílém papíru, který není náchylný k rozmazávání (Slowík, 2010; Moravcová, 2004). Zásadní ze strany ergoterapeuta je pochopit, že i s jedinci s postižením zraku lze vést naprosto přirozenou komunikaci, jestliže budou přijímáni jako zcela normální jedinci, avšak s ohledem na jeho postižení (Beneš, 2019).

2.3 Hodnocení a vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení a vyšetření je nedílnou součástí kompetencí ergoterapeuta, musí však být především efektivní. Ergoterapeut se musí rozhodnout a zhodnotit, jaké informace jsou pro něj stěžejní k sestavení jasného terapeutického plánu. Ergoterapeut pracuje s hodnocením a vyšetřením i dalších odborníků z multidisciplinárního týmu (Krivošíková, 2011; Whittaker et al., 2016).

Ergoterapeuti, kteří běžně nepracují s touto diagnózou, začleňují své typické a navyklé postupy. Jedná se o odebrání anamnézy, zhodnocení prostředí pacienta a hodnocení výkonu při činnosti (McGrath, 2011). Zraková vada se odráží v podobě konkrétních funkčních dopadů a z nich vyplývajících omezení v každodenním životě jedince, což posléze ovlivňuje i jeho výkonnost (Růžičková, 2015). V obecné rovině lze konstatovat, že cílem ergoterapeutického hodnocení a vyšetření u osob se získaným zrakovým postižením je porozumět funkčním schopnostem jedince před i po postižení zraku, definovat jeho současné cíle, zhodnotit jeho schopnost zapojit se do ADL a posoudit jeho psychické zdraví a sociální zázemí (Whittaker et al., 2016).

Zahraničními autory je doporučováno používání přístupu shora-dolů v rámci zhodnocování a tvoření návrhu terapie. V tomto přístupu se ergoterapeut nejprve zaměřuje na zhodnocení a určení rolí, které jedinec zastává či zastával, na jeho touhy, přání a na činnosti, jež jsou pro jedince momentálně prioritní vzhledem k získanému zrakovému deficitu. Následně je ve spolupráci s pacientem stanoven cíl, jehož by mělo být dosaženo a je zhodnoceno fyzické i sociální prostředí, denní zvyklosti a výkonnostní vzorce pacienta. Nakonec je posuzována složka motorická, psychická a kognitivní (Whittaker et al., 2016). Při zrakovém deficitu by mělo být provedeno vyšetření a následné zhodnocení čítí. U osob, jejichž zrakový deficit pramení z postižení CNS, je pravděpodobnější porušení propiocepce a stereognozie (Cooper et al., 2013).

2.3.1 Standardizované a nestandardizované metody

Zrak je nedílnou součástí při vykonávání všech běžných denních činností (ADL), a proto je důležité komplexní zhodnocení schopností jedince v této oblasti. Zhodnocení je prováděno za účelem zjištění, v čem je výkon jedince omezen, ale v čem také spočívají jeho přednosti. Veškeré hodnocení je doprovázeno pozorováním výkonu a efektivity využití zbývajících zraku při výkonu činnosti nejlépe za použití různých úrovní osvětlení a zrakové vzdálenosti (na blízko, na střední vzdálenost a do dálky). Na základě vyhodnocení lze získat

obraz kvality schopností jedince (Smallfield et al., 2017). V zahraničí jsou využívány standardizované testovací metody, jejichž cílem je zhodnocení kvality života slabozrakých a nevidomých. Příkladem lze uvést následující: Functional Independence Measure for Blind Adults (FIMBA), Daily Living Tasks Dependent on Vision (DLTV), Functional Vision Screening Questionnaire nebo LoVIS Functional Test Battery (Kimplová, Kolaříková 2014, Whittaker et al., 2016).

Kimplová a Kolaříková (2014) představují významnou limitaci při používání psychodiagnostických testovacích metod a jejich praktické aplikace, neboť nejsou přizpůsobeny pro zrakově postižené jedince. Jejich hodnocení je platné pouze pro „vidící“ populaci a výsledné hodnoty jsou tak zkresleny. Toto omezení vyvstává u veškerých standardizovaných metod a testů, jež nejsou primárně určeny pro osoby se zrakovým postižením, avšak jejich využívání je pouze důsledek nedostatku standardizovaných testů určených pro osoby se zrakovým postižením. V České republice jsou metody či standardizované testy cílené pouze na jedince se zrakovým postižením prozatím ve svých počátcích.

Mezi další hodnocené oblasti jsou řazeny kognitivní funkce. S věkem se zvyšuje riziko poškození zraku či snížení jeho kvality a taktéž se zvyšuje riziko vzniku kognitivních poruch (Gervais et al., 2017). Mnohdy nesprávně diagnostikované či doposud nediodagnostikované zrakové postižení je zaměňováno za kognitivní nebo percepční poruchu. Osoba nemusí rozpoznat slova vzhledem ke snížené ostrosti, kontrastní citlivosti nebo ztrátě centrálního/periferního pole (Whittaker et al., 2016). Hojně využívanými standardizovanými testy k hodnocení kognitivních funkcí jsou Montreal Cognitive Assessment (MoCA) a Mini-Mental State Examination (MMSE). V zahraničích zdrojích lze naleznout oba tyto standardizované testy ve verzi pro nevidomé prozatím pouze v anglickém jazyce, a to jako Montreal Cognitive Assessment Blind (MoCA-BV) a Mini-Mental State Examination Blind (MMSE-Blind). Modifikace původních testů spočívá ve vynětí úkolů, při nichž je vyžadován zrak, čímž dojde k eliminaci zkreslení výsledků na základě zrakového postižení. Také je snížena hodnotící stupnice z původních 30 na 22 bodů. Studie dokazují, že tato úprava nemá vliv na testy a zůstávají dostatečně citlivé k odhalení kognitivního deficitu (Gervais et al., 2017; Busse et al., 2002). Volně přístupný vzor MoCA-BV byl vložen do přílohy (Příloha 2).

V opozici ke standardizovaným testům Whittaker a kolektiv představují nestandardizovaný „Coin clock“ test, který může být využit ergoterapeutem k hodnocení schopnosti jedince kompenzovat zrakový deficit. K testu je využívána sada 4-5 různých mincí. Nejprve je jedinec se zavázanýma očima požádán, aby na stůl před sebe umístil vždy rozdílnou minci na pozice 12:00, 3:00, 6:00 a 9:00 hodin. Ergoterapeutem je sledována přesnost rozestupů a umístění jednotlivých mincí. Následně je provedena jiná aktivita s tím, že je jedinec obeznámen o pozdějším návratu k tomuto úkolu. Později je osoba vyzvána zpět k původní aktivitě s tím, aby přiložila prst a poté zvedla jmenovanou minci. Zde ergoterapeut hodnotí, zda si osoba vzpomene na přesné uložení mince a zda sáhne přímo na ni. K tomu, aby mohl jedinec se zrakovým postižením používat hmat ke kompenzaci snížené kvality zraku, potřebuje nejen taktilní a hlubokou citlivost, ale také stereognozii, prostorové vnímání a paměť, aby byl schopen vybavení si polohy předmětu v peripersonálním prostoru (v prostoru na délku paže). Provedení „Coin clock“ testu je hodnoceno následovně:

- Povrchová a hluboká citlivost: Vnímá pacient vroubky na hraně mince nebo rozdíly ve velikosti mincí?
- Stereognozie: Zvládl pacient rozlišit druhy mincí?
- Prostorové vnímání: Umístil pacient předměty na stůl, tak aby byly ve správných hodinových pozicích?
- Paměť: Řídil se pacient instrukcemi? Udržel správné pořadí kroků a pamatoval si, kam byly mince umístěny?

2.4 Kompenzace zrakového deficitu jinými smysly z pohledu ergoterapeuta

Pro osobu se získaným zrakovým postižením, kdy již není zrak primárním zdrojem informací při orientaci v běžném životě, je přirozené využívání ostatních smyslových orgánů. Mnohdy vyvstává myšlenka, že ty mohou zákonitě nabýt na citlivosti či funkčnosti, avšak to není pravdivé tvrzení. Toho je dosaženo pouze zásluhou systematického a metodicky správného cvičení smyslů osoby se zrakovým postižením (Keblová, 1999 b). V důsledku poškození zraku vzniká podnětový deficit s následnou sensorickou deprivací, neboť ve fázi bdění prostřednictvím zrakového analyzátoru dochází nejen k získávání informací, ale také k neustálé stimulaci centrálního nervového systému. Proto je nutné z profylaktického hlediska zajistit u osob s postižením dostatek stimulů za použití kompenzačních mechanismů. Ty mohou být členěny na vyšší (myšlení, paměť, řeč...) a nižší (ostatní zachované smysly) (Kimplová, Kolaříková, 2014). U osob se získanou ztrátou zraku

lze na rozdíl od vrozených zrakových vad využít i vyšších kompenzačních mechanismů ve smyslu zachované zrakové paměti a představivosti ze života bez zrakového postižení. Jedinec tak systematicky rozeznává informace z okolí na základě přiřazování k již existujícím zrakovým představám (Růžičková, 2015).

Následující kapitoly poukazují na možné zaměření terapií pod vedením ergoterapeuta především na nižší kompenzační mechanismy. U každé z aktivit je nutné zohlednit adaptaci prostředí a stupňování vzhledem ke schopnostem jedince.

2.4.1 Výcvik hmatu

Osoby, u nichž bylo zrakové vnímání narušeno, využívají hmat jako hlavní smysl pro získávání informací z okolí. Hmatové receptory jsou v nejvyšším množství zastoupeny na bříškách posledních článků prstů, na jejichž základě je možné vnímat a definovat různé kvality předmětů. Hmatové vnímání lze rozdělit na tři různé druhy, a to na pasivní, aktivní a instrumentální. Pasivního vnímání je dosaženo podrážděním kožních receptorů při položení ruky na předmět bez dalšího pohybu. V mozku se tímto formují pouze jednotlivé informace o fyzikálních a prostorových vlastnostech předmětu (např. tvar, teplota, velikost), nicméně celkový obraz předmětu vzniká až za aktivního hmatového vnímání. To je zajištěno cílenou činností ruky a vzniká tak konkrétní představa o daném objektu. Pro instrumentální vnímání je charakteristické využití nástroje jako zprostředkovatele informací z okolí, který tak rozšiřuje haptický prostor ruky. Příkladem pro zrakové postižení je využití bílé hole. Při terapiích by měl ergoterapeut zařadit všechny tyto druhy vnímání (Růžičková, 2015; Finková, 2011).

Systematický výcvik hmatového vnímání zahrnuje rozvoj obratnosti celé paže i ruky a schopnost zapamatování a následné užití hmatových vjemů pro aktivity v běžném životě (Keblová, 1999 b). Cílem výcviku hmatu je dosažení využívání hmatu aktivně ve třech rovinách – percepční, motorické i zpětně aferentní. V praxi to znamená, že je jedinec schopen rozpoznat jemu již známý předmět bez opakovaného procesu aktivního ohmatávání pouze za ohmatání charakteristických znaků a být pak schopen vyvodit subjektivní úsudek o předmětu (Růžičková, 2015). Druhotně řečeno, jedinec musí být schopen poznat předmět v co nejmenším počtu provedených hmatů (Keblová, 1999 b). Prostřednictvím takto naučené kompenzace dojde k zefektivnění splnění úkolů, zvýší se bezpečnost a komfort při práci a je zabráněno nadměrné zátěži zbylého zraku (Růžičková, 2015). Pro hmatové poznávání předmětů jsou doporučena určitá pravidla. Nejprve je vhodné zjistit hmatový prostor

krouživými pohyby po podložce s tendencí zvětšujícího se poloměru. U malých předmětů je vhodné ohmatávat „na dvakrát“ tak, že nejprve si jedinec vloží předmět do ruky pro zjištění celkové velikosti a poté předmět detailně prozkoumává prsty směrem shora dolů. Větší předměty jsou ohmatávány zdola nahoru. Pohyblivé předměty je nutno přidržet a hmatat nejvíce nápadný bod. Pro další rozvíjení koordinace rukou, pohybů prstů a senzitivity lze použít různé manuální činnosti. Příkladem lze uvést třídění předmětů dle vlastností (velikost, tvar, teplota, materiál), práce s papírem (mačkání, trhání, lepení), práce s hmotou (modelína, terapeutická hmota, hlína) či malování (prsty, štětcem). Dále lze využít sypkých materiálů, vody a prázdných nádob pro výcvik manipulace, který jedinec využije pro získání soběstačnosti při práci v kuchyni a v oblasti sebesycení. Následně lze zařadit navlékání (korálků, kroužků, přírodnin) či splétání provázků a vázání uzlů. Vše lze doplnit cvičením ruky s pomůckami nebo bez (Keblová, 1999 b).

2.4.2 Výcvik čichu a chuti

Čich se společně s chutí řadí do skupiny tzv. chemických smyslů a u osob, jejichž zrakové vnímání bylo omezeno slouží k dokreslení představ o vnímaném počítku a rovněž jako indikátor nebezpečí (např. těkavé látky...). Především v předškolním věku je podstatné dbát na zdokonalování těchto dvou smyslů pro zachování pravidelného stravovacího návyku, neboť zrakově postiženými je strava hodnocena pouze těmito smysly bez zrakové kontroly (Keblová, 1999 a). Čich je charakteristický rychlou adaptabilitou na dlouhodobé podněty a s rostoucí dobou se toto vnímání snižuje. Přesto objevování nových vůní není nijak ovlivněno. Funkce chuťového vnímání má také ochranný charakter, na jehož základě dokáže jedinec rozpoznat, zda se jedná o jídlo zkažené či nikoliv (Kimplová, Kolaříková, 2014).

Výcvik čichu a chuti má svůj význam v oblasti sebeobsluhy a také může být zdrojem příjemných počítků. Své uplatnění má i v rámci relaxace, například prostřednictvím aromaterapie lze dosáhnout zmírnění psychické zátěže. Cílem výcviku těchto smyslů je rozlišování vůní a chutí, poznání potravin a jejich čerstvosti nebo čichem pak rozlišení škodlivých látek (Růžičková, 2015). Při nácviku kompenzačních dovedností by měl mít ergoterapeut k dispozici „banku vůní“, aby se jedinec seznámil se všemi možnými druhy známých i neznámých surovin (Schindlerová et al., 2007). K výcviku lze také využít různých prostředí jako jsou nemocnice, lékárny či drogerie s typickou vůní nebo naopak zápachem. Pro chuť lze použít smotek vaty, jenž je ponořen do různých surovin (citrónová šťáva, kečup, cukr atd.). Pro vaření pokrmů lze během terapie vyzkoušet rozpoznání intenzity soli tak, že je postupně přidávána například do jogurtu (Keblová, 1999 a).

2.4.3 Výcvik sluchu

Sluch je smyslem, který ve spojení se zrakem zprostředkovává informace o okolí nejrychlejším způsobem. Jakožto dálkový analyzátor je svou funkcí podstatný pro zrakově postiženého jedince především při orientaci v interiéru i ve volném prostoru. Kvalita orientace závisí na vnějších vlivech a na zvukovém pozadí, které zahrnuje všechny zvuky v dané situaci, tedy i ty, které nemají pro jedince signální význam. Přílišný hluk a stálé soustředění se na okolní zvuky působí negativně z dlouhodobého hlediska nejen na fyzickou stránku jedince, ale i na psychiku. Vede k celkové únavě jedince, postupně ke snížení pozornosti i výkonnosti a také ke změně nálad či zhoršenému spánku. To by mělo být zohledněno ergoterapeutem při terapiích. Ani v opačném případě za úplného akustického ticha není orientace osobě se zrakovým postižením usnadněna. V takovéto situaci nemá jedinec dostatek sluchových stimulů, což vede k dezorientaci a nejistotě (Keblová, 1999 a; Finková, 2011).

Mezi nejdůležitější oblasti ve výcviku sluchu je sluchová pozornost, kdy se jedinec musí naučit rozlišovat podstatné od nepodstatných vjemů z okolního prostředí. Zásadní je také sluchová diferenciací vzdálenosti, směru pohybu zvuku a nuancí, jež vnikají v sociální komunikaci. Cílem výcviku je synergie zbylé zrakové schopnosti se sluchovým vnímáním (Růžičková, 2015). Pro výcvik existuje velké množství činností a jejich variací. Jedná se o činnosti na rozpoznávání hluku a šumu, kdy lze využívat venkovního prostředí a rušných silnic. Další možností jsou aktivity se zaměřením na zvuk a jeho zdroj, jako je hledání nepohybujícího či pohybujícího se ozvučeného předmětu, sledování dráhy zvuku nebo poznávání různých činností sluchem v kontextu každodenního života. Rovněž lze zařadit aktivity určené na sluchovou paměť. Tu lze procvičit například určováním pořadí zvuků hudebních nástrojů či ze zvukové stopy na mobilním zařízení, nebo zapamatováním si pořadí slov a slovní řady. Významnou součástí je orientace v prostoru za využití sluchu, kdy je trénována chůze mezi překážkami k ozvučenému cíli s ozvučenými podněty i v průběhu dráhy, kdy je úkolem popsat přibližné umístění těchto jednotlivých ozvučených bodů a později dokázat za sebou zvuky popsat (vyjmenovat např. o jaké nástroje se jednalo) (Keblová, 1999 d).

2.5 Nácvik soběstačnosti a jeho strategie u osob se zrakovým postižením

Pojmy soběstačnost, běžné denní činnosti či zkratka ADL označují velmi rozsáhlou oblast činností a dovedností, které jsou pravidelně zastoupeny v běžném životě jedince (Krivošíková, 2011; Schindlerová et al., 2007). U osob se zrakovým postižením je rozhodujícím faktorem to, v jaké části života bylo narušeno zrakové vnímání. Zda se jedná o náhlé či pozvolné ubývání kvality zraku nebo zda byl zrak ovlivněn již od narození. U jedinců, u nichž se objevil zrakový deficit v průběhu života, lze poukázat na jistou „výhodu“ ve využívání zkušeností z doby před postižením. Orientují se lépe ve svém okolním prostředí, znají jednotlivé postupy činností, a i přestože si danou činnost nemohli osobně vyzkoušet, měli možnosti ji alespoň vidět u osob druhých (Schindlerová, Gůrová, 2007). Avšak zásadní překážka zde vyvstává v nemožnosti využití dřívějších automatismů. U provádění činností se tak nelze mechanicky a naučeně pohybovat za pouhého využití paměti či předešlých návyků. Vše se stává složitějším, nebezpečnějším a zdlouhavějším (Schindlerová et al., 2007). To podněcuje pocit méněcennosti jedince a pocitu, že není ničeho samostatně schopný (Schindlerová, Gůrová, 2007). Proto je nezbytné využít nácviku pro opětovné získání soběstačnosti, neboť ta je významná pro sebevědomí a sebehodnocení jedince (Schindlerová et al., 2007).

Orientace v prostoru a manipulace s předměty při nácviku ADL představují komplexní činnosti, neboť se nejedná jen o izolované dovednosti, ale kladou na jedince nároky souborného charakteru. Podstatnou komponentou, jež ovlivňuje schopnost jedince orientovat se v prostoru a manipulaci, je senzomotorická koordinace, tedy koordinace oka a ruky, případně oka a nohy (Růžičková, 2015). Při nácviku soběstačnosti je také podstatné, aby se osoby se zrakovým postižením naučily využívat více ostatních smyslů, především hmatu a vytvořily si nový pracovní systém, který jim bude nejvíce vyhovovat, případně se naučily požádat o pomoc od svého okolí (Schindlerová et al., 2007).

Nácvik soběstačnosti je nedílnou součástí kompetencí ergoterapeuta. Ergoterapeut provádí hodnocení způsobu vykonávání běžných denních činností, přizpůsobení prostředí společně se zaměřením na odstranění bariér fyzických i psychických a také se zabývá využíváním kompenzačních pomůcek k podpoření maximální soběstačnosti (Whittaker et al., 2016). Cílem je nabídnout různé metody a způsoby pro provádění nácviku určitých činností (Krivošíková 2011). Přístup k učení se novým věcem je ovlivněn také povahou a pohledem na budoucnost jedince (Schindlerová, Gůrová, 2007). Proto je mimo jiné nutné

vytvoření plánu nácviku ADL vzhledem k přáním a prioritám pacienta (Krivošíková, 2011). Obdobný názor zastávají i Whittaker a kolektiv (2016), jež doporučují využití čtyř strategických kroků při nácviku soběstačnosti, prostřednictvím kterých mohou být rozšířeny pacientovy možnosti. Jedná se o následující: přizpůsobení prostředí, adaptace procesu činnosti, kompenzační pomůcky a přizpůsobení činnosti (zjednodušení úkolu).

Prvním zásadním krokem je přizpůsobení prostředí. Nejen v rámci terapie v ergoterapeutické místnosti, ale i posléze lze takto přizpůsobené prostředí aplikovat v domácím prostředí pacienta. K případným změnám v domácnosti je přistupováno velmi opatrně, zejména pokud osoba žije v tomto prostředí dlouho a je odkázána na důsledné uspořádání nábytku i předmětů (Whittaker et al., 2016). Pendletonová a Schultz-Krohn (2017) uvádějí, že vlastnosti okolního (fyzického) prostředí jsou často faktorem, jež ovlivňují úroveň zrakových dovedností jedince a rovněž úroveň tzv. „zrakového stresu“. Platí zde úměrnost, kdy vyšší míra stresových prvků v prostředí zvyšuje pravděpodobnost, že osoba zde bude trávit co nejméně času vykonáváním činností. U osob se zrakovým postižením je zásadní osvětlení, přičemž příliš silné osvětlení nebo kolísavé osvětlení mohou vést k bolestem hlavy. Pro osoby s rozmazaným viděním důležitost spočívá ve využití kontrastních prvků a omezení drobných vizuálních detailů v úkolech a prostředí. Velké množství vzorů a případný nepořádek jsou důvody k neustálému hledání předmětů v prostředí, což je namáhavé a čas konzumující. Schindlerová a kolektiv (2007) dále zdůrazňují individuální uspořádání v místnostech tak, aby měl jedinec běžně používané předměty na stejném snadno dostupném místě.

V přizpůsobeném prostředí následuje adaptace procesu samotné činnosti. Tento krok zahrnuje využívání různých technik při činnosti, ale i například důsledné umístění či popsání potravin při vaření. Příkladem techniky využívané v rámci vaření je technika „Curled fingers“, která slouží k zajištění kontrolovaného krájení. Čepel nože je svou plochou opřena o metakarpové klouby prstů, které slouží jako pomyslná vodící linie při krájení (Obrázek 4). Třetím krokem je zajištění vhodných kompenzačních pomůcek, které usnadní provedení činnosti. Čtvrtý krok představuje stupňování činnosti, kdy lze nalézt takové řešení, které usnadní jedinci vykonat jinak přetrvávající problémovou činnost. Jednotlivé kroky mohou být změněny nebo zcela nevyužity (Whittaker et al., 2016).

Tyto kroky lze názorně aplikovat v praxi například v oblasti přípravy jídla (krájení zeleniny) následovně:

1. Modifikace/přizpůsobení prostředí – ke krájení zeleniny je využíváno kontrastního povrchu (tmavou zeleninu na světlém povrchu a obráceně), lesklý stůl je zakryt ubrusem s matnou povrchovou úpravou
2. Adaptace procesu činnosti – technika „Curled fingers“ za použití kontrastních krájecích desek
3. Kompenzační pomůcky – např. nůž „s pravítkem“, kde lze nastavit požadovanou šířku nebo kráječ na cibuli
4. Stupňování činnosti (ve smyslu zjednodušení) – použití již nakrájené zeleniny, mražené či konzervované zeleniny, změna druhu zeleniny (vyměnit hrášek za mrkev) (Whittaker et al.,2016).

Obrázek 4 Technika „Curled fingers“



Zdroj: Whittaker et al., 2016

S ohledem na rozsah činností v oblasti ADL byly autorkou práce vybrány a v dalších kapitolách představeny pouze některé postupy, které mohou být využitelné v rámci ergoterapeutických intervencí. Ergoterapeut se zaměřuje na přizpůsobení prostředí při nácviku činnosti, proto jsou uvedeny i možné úpravy v místnosti, poté způsob provedení samotné činnosti, do které se jedinec dle svých individuálních schopností zapojuje.

2.5.1 Návik soběstačnosti v kuchyni

Kuchyň je řazena v domácnosti k nejčastěji používanému prostoru, jelikož jsou zde prováděny veškeré činnosti spojené s jídlem. Pro osobu se zrakovým postižením je podstatné, aby kuchyň byla správně uspořádaná tak, aby umožňovala maximální samostatnou orientaci a následně i vaření. Vhodnou volbou je kuchyň spojená s jídelnou,

neboť je zkrácena vzdálenost jídelního stolu od pracovní plochy v kuchyni, a odpadá tak nepříjemné přenášení jídla, které je spojené s možným rizikem pádu. Pracovní plocha musí být dostatečně prostorná s vhodnou výškou a nejlépe ohraničená z jedné strany zdí. Závěsné skřínky musí být ve vhodné výšce, aby nebylo možné se o ně uhodit do hlavy a zároveň byl umožněn přístup bez stoupání na židli. Kuchyně by měla obsahovat i nejrůznější hmatové prvky pro lepší orientaci a rozpoznávání, kdy jako příklad lze uvést označení nádobek nálepkami s výstupky Braillova písma (Schindlerová, Gůrová, 2007).

Před začátkem samotného vaření se zapnutým sporákem je nutné, aby si jedinec nacvičil práci na studeném nezapnutém sporáku. Je také podstatné, aby se dobře seznámil s druhem sporáku (elektrický, plynový, sklokeramický..) a věděl, kde jaké části jsou. Je také možné části (pozice jednotlivých plotýnek, zapnutý/vypnutý sporák) vyznačit různými způsoby, např. proužky dymopásky, konturpastou či zářezy. Důležitým bodem je uvědomit si, že práce s plynovým a elektrickým sporákem se liší. Jedinec si musí dávat pozor na ploténku u elektrického sporáku, která zůstává horká i po vypnutí. U plynového sporáku je těžší umístit hrnec na nestabilní ploténku, jestliže není využito speciální kovové přihrádky, která stabilitu zajistí. Hrozí zde výrazné riziko při zapalování, kde se osoba může lehce spálit nebo může unikat plyn po zhasnutí (Schindlerová, Gůrová, 2007).

Vaření a práce s jídlem souvisí se stolováním, které vyžaduje vysokou míru představitivosti, přesnosti hmatového vnímání a orientaci na stole před sebou. Osoba se zrakovým postižením mnohdy velmi ocení, když mu je popsána situace na talíři v podobě hodin – např. příloha od 9 do 3, maso od 3 do 6 a zelenina od 6 do 9 (Schindlerová et al., 2007). Tímto způsobem může být popsána i situace na stole pro přecházení nechtěnému převrnutí sklenic (Whittaker et al., 2016). Při rozlišování soli a pepře lze opět využít sluchu, kdy je sůl při zatřepání hlasitější a těžší nebo lze nasypat nepatrné množství do dlaně. Olej a ocet mají rovněž při nalévání odlišný zvuk na základě své hustoty. Pro zjištění polohy ostří nože ve společnosti může jedinec přejet po okraji talíře, a tak nalézt zoubky. Případně s velkou opatrností využít klasického způsobu a opatrně osahat nůž (Schindlerová et al., 2007).

K činnostem spojenými se sebesycením a prací v kuchyni patří i nalévání nápojů. V začátcích nácviku nalévání nápojů a tekutin je vhodné používat nejprve studenou vodu v pevném skle, později pak stupňovat až k vodě horké a vroucí. Při nácviku se jedinec nejprve seznámí s nádobou, do které tekutinu bude nalévat. Hmatem určí, zda se jedná

o skleničku či hrnek a jaká je přibližná výška, šířka a stabilita nádoby. Poté následuje nádoba, ze které se bude nalévat. Zde je rozlišována rozdílnost tvaru, zdali je to konvice s hubičkou nebo lahev s hrdlem, její tíha a držení. Postup pro nalévání iniciuje méně šikvná ruka, ve které je pevně držena prázdná nádoba (sklenice, hrneček..). Dominantní ruka svírá lahev, hrdlo směřuje nad skleničku a je opřené o okraj skleničky. Ukazovákem nedominantní ruky je hrdlo posouváno po okraji sklenice až na střed, následně současným zvedáním a nakláněním je tekutina nalita do skleničky. Existuje několik způsobů, jak osoba se zrakovým deficitem pozná, že je sklenička plná. Základní metodou je odhad, který je nepřesný a je to použitelné pouze u nádob, které tyto osoby dobře znají. Mohou se pokusit odhadnout plnost skleničky pomocí její váhy, kdy během nalévání drží sklenici v druhé ruce nebo podle poslouchání zvuku nalévané tekutiny (záleží na druhu, materiálu či tvaru nádob). Také lze lehce fouknout přes hrdlo, které vydá zvuk (čím vyšší zvuk, tím plnější nádoba). V případě vroucí vody lze využít indikátor hladiny, který vydává zvukový alarm, když je sklenička plná. Přímý kontakt je nejčastější způsob, kdy jedinec má ve skleničce prst a čeká na dotek nalévané tekutiny (Schindlerová et al., 2007).

2.5.2 Návik soběstačnosti v koupelně

Prostory koupelny mnohdy bývají tou nejméně upravenou částí domácího prostředí. Avšak i zde je zásadní přizpůsobení místnosti pro osobu zrakově postiženou k udržení maximální bezpečnosti při přesunu do koupelny a během umývání (Schindlerová et al., 2007). Koupelnu je vhodné upravit s použitím kontrastů tak, aby došlo ke zlepšení viditelnosti prostoru. Při vstupu/výstupu do vany lze omotat madla protiskluzovými kontrastně barevnými pásy, vložit kontrastní protiskluzovou podložku dovnitř a případně ji přehodit přes okraj vany. Kontrast lze vytvořit i tmavým ručníkem na světlé sedačce. Samotné omývání těla jako takové nepředstavuje hlavní problémovou oblast, nicméně jisté komplikace mohou být shledány právě v přesunu do koupelny či v následném rozlišování produktů určených k umývání (Whittaker et al., 2016).

K problémovým situacím také patří jeden z nejzákladnějších úkonů v péči o své tělo, a to čištění zubů. Pro jedince se zrakovým deficitem je vhodné využití kartáčku elektrického namísto klasického. Důležité před samotným návikem je, aby si jedinec nejprve ohmatem vyzkoušel, jaké štětiny má nový kartáček a jaké kartáček roztřepený. Znatelný problém může způsobovat nanesení pasty na kartáček. Proto je doporučováno využití některého z následujících způsobů nanesení. První z možností je vytlačení pasty z tuby přímo do úst nebo případně na jazyk. Jako druhá možnost se ukazuje nanesení pasty na natažený

ukazováček a pak až na štětiny kartáčku. Třetí možností je nanesení pasty pastu přímo na kartáček upraveným způsobem, kdy tuba pasty je zanořena do štětín ze strany hlavice kartáčku. Pro eliminaci ztráty víčka od tuby je výhodné zakoupení zubní pasty s odklápěcím víčkem (Schindlerová et al., 2007).

2.5.3 Návuk soběstačnosti v oblasti oblékání

Stejně jako s ostatními pracemi v domácnosti, musí osoby se zrakovým postižením dbát na to, aby i v této oblasti měly srozumitelný systém, kterým se bude řídit celá rodina. Je mnoho možností jak označit prádlo, aby bylo rozlišené dle barev či materiálu. Důležitým kritériem je zvolit takové označení, které i po několikátém vyprání vydrží. Příkladem základního roztřídění je, že s pomocí druhé vidící osoby, případně ergoterapeuta, si jedinec roztřídí oblečení do poliček dle svého systému uložení například světlé v horní polici, tmavé v dolní. Oblečení lze poznat dle dalších vlastností jako je střih, tvar a počet knoflíků, průběh švů a materiál. I prostřednictvím cedulky z vnitřní strany oděvu lze vytvořit označení, kdy lze zastříhnout růžky nebo na ni vyšít značky (kolečkem bílou barvu, křížkem červenou barvu,...). K rozeznání lze také našít knoflíky nebo korálky různých velikostí. Vhodným pomocníkem k rozeznání jsou ramínka, na která je možné pověsit celý sladěný outfit a k tomu i štítek s označením. Pro udržení ponožek v páru lze použít plastový klips, v případě bot je možné je svázat k sobě tkaničkami nebo označit zespoda na podrážce, aby nedošlo k pomíchání. Nejvyužívanější pomůckou k rozeznávání barev je indikátor barev. Indikátor v dnešní době rozpozná téměř 1 000 barevných odstínů, a dokonce dokáže rozeznat vzor. Tato pomůcka oznámí barvu hlasovým výstupem (Schindlerová, Gůrová, 2007).

2.6 Kompenzační pomůcky

Problematika kompenzačních pomůcek pro osoby se zrakovým postižením je svým obsahem velmi rozsáhlé téma, proto byly autorkou práce představeny pouze základní informace.

Doporučování kompenzačních pomůcek je jednou z domén ergoterapeuta. Pokud je výkon činnosti neefektivní a vyžaduje významné úsilí nebo ho nelze jiným způsobem adaptovat, jsou doporučeny kompenzační pomůcky (Klusoňová, 2011). Pro osobu se zrakovým postižením slouží pomůcky k získávání psaných informací, k samostatnosti a integraci do pracovního i společenského života. Pomůcky jsou hrazeny plně nebo částečně zdravotními pojišťovnami nebo lze využít příspěvku na zvláštní pomůcku (Kimplová, Kolaříková, 2014).

Pomůcky mohou být rozděleny dle mnoha kritérií. Keblová (1999c) uvádí základní rozdělení na optické a neoptické pomůcky. Do skupiny optických pomůcek jsou řazeny například zvětšovací či kamerové lupy a lupové brýle (hyperokuláry) nebo prizmatické monokuláry. Za neoptické pomůcky jsou považovány ty, které ke zlepšení vidění nepoužívají zvětšovací čočky. Základní pomůckou je bílá hůl, nesprávně označovaná za slepeckou hůl. Jedinci se zrakovým postižením slouží k nalézání orientačních bodů a vodících linií při pohybu ve městě či při rozpoznávání dalších terénů. Pro usnadnění orientace a transportu existují různé elektronické pomůcky jako například zvukový maják, který hlásí číslo linky nebo stanici. Pomocí dálkového ovládače, který může být vložen i do bílé hole, jsou zvukové majáčky zaktivovány. Mezi další pomůcky pro běžný život lze zařadit kuchyňské a osobní váhy s hlasovým výstupem, minutník, indikátory hladiny (Obrázek 5) a indikátory barev nebo šablony na rozpoznání papírových bankovek (Obrázek 6) (Kimplová, 2010).

Obrázek 5 *Indikátor hladiny*



Zdroj: vlastní

Obrázek 6 *Šablona na bankovky*



Zdroj: vlastní

Whittaker a kolektiv (2016) uvádějí, že úlohou ergoterapeuta v oblasti kompenzačních pomůcek je zjistit, zda již zvolená kompenzační pomůcka je pro jedince vhodná či případně určit alternativní nebo jinou strategii k dosažení kompenzace ztracené zrakové schopnosti. K tomu však musí ergoterapeut pochopit, na jakém principu tyto pomůcky fungují. Současně také zdůrazňují, že porozumění optickým pomůckám může být pro ergoterapeuta komplikovanou oblastí, tudíž by se měl zaměřit zejména na úpravu prostředí a neoptické zrakové pomůcky. Optické pomůcky by tak měly být primárním zájmem očních odborníků (oftalmolog, optometrista). Rovněž je doporučováno zajištění katalogů pro lepší orientaci mezi dostupnými kompenzačními pomůckami.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

3.1 Cíle práce

Autorkou byl zvolen hlavní a dílčí cíl. Těchto cílů by mělo být v bakalářské práci dosaženo. Hlavním cílem je zjistit, zda a případně jakou mají osoby se získaným zrakovým postižením zkušenost s profesí ergoterapeuta.

Dílčím cílem bakalářské práce je prozkoumat, zda jsou osoby se získaným zrakovým postižením informovány o náplni profese ergoterapeuta.

3.2 Úkoly práce

Pro dosažení hlavního cíle je nutno splnit následující úkoly:

- 1) Nastudování teoretických znalostí z dostupných českých i zahraničních zdrojů k pochopení dané problematiky.
- 2) Vytvoření dotazníku k prozkoumání výzkumných problémů.
- 3) Rozeslání dotazníků a zajištění dostatečného množství respondentů.
- 4) Vyhodnocení získaných dat v ucelený výsledek práce.
- 5) Prezentace získaných dat z dotazníkového šetření.

4 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

V rámci kvantitativního výzkumného šetření byly autorkou bakalářské práce zvoleny deskriptivní výzkumné problémy následovně:

- 1) Jakou mají osoby se získaným zrakovým postižením zkušenost s profesí ergoterapeuta?
- 2) Jaká je informovanost osob se získaným zrakovým postižením o profesi ergoterapeuta?

5 METODIKA PRÁCE

Pro vytvoření obsahu teoreticko-praktické práce byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření s ohledem na cíl práce. Tento typ výzkumu je charakteristický rozsáhlejším počtem respondentů z důvodu zjištění množství, rozsahu či frekvence výskytu jevů (Hendl, 2005; Gavora, 2000). Do šetření jsou zahrnuty zkoumané osoby tak, aby bylo dosaženo nejvhodnějšího reprezentování určitého druhu populace. Tímto pak lze výsledky zevšeobecnit na zbytek populace (Gavora, 2000). Kvantitativní výzkum disponuje rychlým, přímočarým a strukturovaným sběrem dat. Hlavní nevýhoda spočívá především v přílišné redukci dat, jež se může projevit opomenutím určitých fenoménů (Hendl, 2005). Z pohledu výzkumníka a následné práce se získáváním dat lze poukázat na negativní jev ve smyslu neochoty či přeskokování otázek v dotazníku ze strany respondentů (Disman, 2014).

Dle dané metodologie v rámci Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě jsou stanoveny pouze výzkumné problémy bez tvoření hypotéz a dále zde není posuzován vztah mezi proměnnými, nýbrž souvislost. Je postupováno s ohledem na zachování standardizovaného procesu při vypracovávání kvantitativní práce (Beránek et al., 2019). Důvodem absence hypotéz je také skutečnost, že v případě deskriptivních výzkumných problémů nelze formulovat hypotézy. V této kvantitativní práci byly stanoveny dva deskriptivní výzkumné problémy. Pro jejich formulaci byla využita tázací forma, kdy výsledek výzkumu lze považovat za odpověď na takto zvolenou otázku (Gavora, 2000).

Praktická část této bakalářské práce byla vypracována kvantitativní formou výzkumu prostřednictvím dotazníku. Pro dotazník je charakteristické sestavení z předem připravených otázek s daným počtem a pořadím (Chráška, 2016). Dotazník byl rozdělen na 3 sekce vzhledem k obsahu otázek. Tyto sekce byly automaticky znázorněny v aplikaci Google Forms, pro program MS Word autorkou práce sekce uváděny nebyly z důvodu zachování přehlednosti jednotlivých stran dotazníku. První sekce v dotazníku obsahovala 6 otázek se zaměřením na základní informace o respondentech. Ve druhé sekci byly 3 otázky zaměřeny na soběstačnost respondentů a třetí sekce s 6 otázkami se věnovala oblasti ergoterapie. Struktura dotazníku byla vytvořena v jednoduchém zobrazení bez tabulek s přijatelným počtem otázek s ohledem na cílovou skupinu. V tomto případě sestával z celkem 15 otázek, kdy se počet odvíjel na základě odpovědí respondenta. Jednalo se o 1 otevřenou otázku, 6 otázek polootevřených a 8 uzavřených otázek. Disman (2014) upozorňuje na vhodnost využití co nejmenšího možného počtu otevřených otázek, neboť výsledné kódování

a kategorizování v kvantitativním charakteru šetření je časově náročné a namáhavé. Současně je tímto zkracována doba vyplňování dotazníku pro respondenty. U polootevřených otázek bylo využito kombinace výběrových (celkem 4) a výčtových otázek s možností pro více odpovědí (celkem 3) (Reichel, 2011). Také byla zvolena kontrolní otázka, jež je účelná pro kontrolu pravdivosti výpovědí (Kutnohorská, 2009).

Pro specifičnost zkoumané skupiny byly také vytvořeny různé možnosti zobrazení otázek v dotazníku, a to elektronickou formou v programu a Google Forms nebo ve fyzické podobě vytisknutého dotazníku (vytvořený v programu MS Word). Tyto aplikace byly zvoleny z důvodu kompatibility pro čtecí zařízení s hlasovým výstupem, jež je využíváno osobami se zrakovým postižením. Při zrakovém postižení je zásadní možnost výběru formy psaného textu, která je zvolena vzhledem ke zrakovým schopnostem jedince (Kimplová, 2010). Chráska (2009) uvádí, že dotazník lze distribuovat poštou, osobním předáním autorem či s využitím dalších osob. V rámci této práce byly použity všechny tyto tři způsoby s tím, že dotazník byl rozeslán poštou elektronickou a v případě nedostupnosti čtecího zařízení byly otázky předány ústní formou prostřednictvím další osoby. Z důvodu cílové skupiny a její vysoké individuality nebylo předem možné určit přibližnou dobu vyplňování dotazníku. Součástí procesu sběru dat byl tzv. předvýzkum, který byl proveden na 15 respondentech, jimž byla zaslána první verze dotazníku prostřednictvím elektronické pošty (e-mailu). Kontakt na tyto osoby byl získán níže popsanou metodou sněhové koule. Jelikož nebyla nikým přidána připomínka k dotazníku a otázky splnily svůj účel, byla tato verze označena za finální. Rovněž tak mohly být odpovědi zařazeny do výzkumu. Tento krok sloužil k otestování nástroje na malém vzorku, jež byl následně v šetření využit (Disman, 2014).

K zajištění celkového počtu respondentů byl zvolen výběr nabalováním, označován také jako metoda sněhové koule. Tato metoda je charakteristická oslovením jednotlivců či organizací, na jejichž základě jsou získávány kontakty na další vhodné respondenty. Pomocí těchto kroků je pak rozšiřován okruh a množství respondentů do té doby, než dojde k vyčerpání všech možností na nové kontakty (Jeřábek, 1993). Tímto způsobem byli osloveni zaměstnanci z celkem 18 organizací, jež sdružují osoby s určitým typem získané zrakové vady. Kontakt byl navázán prostřednictvím uvedené emailové adresy či telefonního čísla na internetových stránkách organizace. Jednalo se o 13 poboček Tyfloservisů po celé České republice, Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, Charita Opava, Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Chrlících

a dvě oblastní odbočky SONS organizace. Také byl dotazník sdílen na sociální síti Facebook do 5 různých skupin, které byly tvořeny uživateli se zrakovým postižením. Vždy byly poskytnuty dostupné formy zobrazení dotazníku pro možný výběr. Plná návratnost dotazníků byla zajištěna pouze tam, kde byly autorkou práce osobně sbírány vyplněné tištěné verze dotazníků.

Získané odpovědi z online dotazníku v Google Forms byly automaticky aplikací zaznamenány. Tato aplikace také nabízí přehledný souhrn všech odpovědí a výsledků z dotazníku. Z tohoto důvodu zde byly autorkou práce zaznamenány i odpovědi, jež získala v programu MS Word a z osobního vyzvednutí vyplněných tištěných dotazníků. Tímto manuálním zaznamenáním do aplikace rovněž došlo ke kontrole dat, která slouží k účelnému vyřazení dotazníků s odpověďmi, jež jsou nevhodné, neúplné či postrádají logiku. Takto byly nalezeny 3 nevhodně vyplněné dotazníky. Ve všech případech byla důvodem k odstranění z dotazníkového výzkumu otázka č.6, kdy se objevila nesrovnalost mezi věkem respondenta a dobou, v níž mu byla diagnostikována zraková vada. Součástí aplikace Google Forms je možnost převedení všech odpovědí do programu MS Excel pro další zpracování, což bylo autorkou práce následně provedeno. Uzavřené otázky a polouzavřené otázky s nezodpovězenou možností „Jiné“ byly vyhodnocovány prostřednictvím třídění, kdy jsou zjišťovány společné znaky respondentů, v tomto případě byla společným znakem odpověď na otázku. Jedná se tak o třídění prvního stupně, tedy například četnost výskytu jedné zvolené odpovědi (Chrásková, 2009). Pro otevřenou otázku bylo nutné kódování, na základě kterého byly vytvořeny kategorie. Ty zahrnují co nejvíce odpovědí se stejným znakem, poté byly odpovědi z jednotlivých kategorií vloženy do grafu (Reichel, 2011). Odpovědi „Jiné“ u polootevřených otázek byly v rámci tohoto výzkumu využívány respondenty spíše sporadicky, proto autorkou tyto odpovědi nebyly kódovány, ale pouze vypsány. V rámci práce nebylo využito statistické vyhodnocování výsledků s hypotézami, ale jednalo se o popisnou statistiku. Ta slouží k organizaci a prezentaci získaných dat v konečné fázi výzkumu skrze tabulky a grafy s náležitým popisem a charakteristikou těchto dat (Hendl, 2009). V práci byly zvoleny výšečové (prstencové) a sloupcové grafy, které byly společně s tabulkami vytvořeny v programu MS Excel. Tímto způsobem jsou vyhodnoceny jednotlivé otázky v dotazníku. Vyhodnocení vedlo k získání odpovědí na výzkumné problémy a cíle bakalářské práce.

Pro vytvoření obsahu kapitoly Diskuze byla využita nejen dostupná literatura, ale také studie z internetových stránek PubMed, Google Scholar či Research Gate a další. Rovněž se v této kapitole autorka vyjadřuje k úskalím a limitacím, jež ji provázely při provádění výzkumu. V celém textu práce a později pak v seznamu literatury je dodržována citační norma ISO 690 v harvardském stylu (jméno, datum).

5.1 Etická stránka výzkumu

Při zpracovávání praktické části bakalářské práce, především pak při zajišťování respondentů je zásadní dodržování etického chování. Osoby, jež jsou zahrnuty do výzkumného šetření, musí být obeznámeny o průběhu výzkumného šetření a žádné okolnosti týkající se výzkumu nesmí být zatajeny. Současně nesmí být vyvíjen tlak na participaci a jejich účast tak musí být zcela dobrovolná. Je nutná maximální důvěrnost a anonymita s ohledem na získané informace od zkoumaných osob (Kutnohorská, 2009). Hendl (2009) dále uvádí, že při výzkumu nesmí být vytvářeny takové podmínky, které by uvedly osobu do tělesného či duševního stresu. Za žádných okolností nesmí být porušována práva zkoumaných osob. Etické aspekty byly shrnuty v úvodní části dotazníku, přičemž následným vyplněním otázek dané osoby vyjádřily souhlas s probíhajícím šetřením. Během zpracování dat je povinností výzkumníka ukázat i negativní aspekty výzkumu, neboť je neetické data upravovat či zatajovat v jeho prospěch (Hendl, Remr, 2017). Autorkou byly uvedeny takové informace a výsledky, jež byly získány.

Lze tedy shrnout, že dotazníkové šetření bylo zcela dobrovolné a anonymní v souladu se zachováním GDPR. Na základě těchto skutečností nelze dle prezentovaných výsledků šetření vyvodit závěry o jednotlivých respondentech, neboť v dotazníku nejsou vyžadovány konkrétní informace o respondentovi. Také nelze v žádném z krajů či organizací možné dopátrat identitu jedince. V příloze je vložen souhlas s výzkumným šetřením (Příloha 4).

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

K vypracování praktické části bakalářské práce byla provedena kvantitativní technika sběru dat pomocí dotazníkového šetření. Sběr dat byl absolvován v rozmezí 2 měsíců na přelomu roku 2022/2023 (prosinec/leden).

Dotazník byl vyplněn celkem 84 respondenty, kteří jsou z České republiky. Celkový počet byl tvořen z 52 žen a 32 mužů, přičemž ve výzkumu byli zastoupeni respondenti všech věkových skupin a všech stupňů zrakových schopností. Výběrový soubor byl tvořen respondenty, jež splňovali následující kritéria.

Základním souborem výzkumného šetření byly všechny osoby v rámci České republiky, které mají diagnostikovaný jakýkoliv druh zrakové vady v průběhu života. Jedná se tedy osoby se získanou zrakovou vadou, nikoliv s vrozenou. Pohlaví, věk, druh a závažnost získané zrakové vady nebyly rozhodujícím faktorem pro přijetí do šetření. Další podmínkou pro zařazení do dotazníkového šetření byla taková zraková vada, kterou již nelze plně ovlivnit medikamenty, operativně či optickými pomůckami. Z tohoto důvodu zásadně nelze zahrnout osoby, jejichž zrakovou vadu je možno kompenzovat brýlemi či očními čočkami. Tato kritéria byla zvolena na základě definicí, které stanovují zařazení jedince do skupiny osob se získaným zrakovým postižením. K zajištění respondentů byla využita již výše popsaná metoda sněhové koule.

Souhrn:

Z celkového počtu 84 respondentů převažují ženy s 62% zastoupením oproti mužům (38 %). Ve věkovém rozložení je nejčastěji uváděna skupina mezi 18 až 29 lety (34 %). K diagnostikování zrakových vad u respondentů došlo nejčastěji ve věku nižším než 18 let (37 %) nebo v době mezi 18 až 29 lety (36 %). Praktická nevidomost je nejčastěji uváděnou skupinou zrakových schopností (34 %). Největší podíl v rámci jednotlivého zastoupení krajů má kraj Jihočeský (32 %). Grafické znázornění těchto informací je v sekci I. v kapitole Výsledky.

7 VÝSLEDKY

V této kapitole jsou shrnuty výsledky dotazníkového šetření. Odpovědi jsou prezentovány prostřednictvím tabulek a grafů z důvodu zajištění přehlednosti získaných dat. Četnost odpovědí v rámci jednotlivé otázky je znázorněna malým písmenem n, jež je umístěno v popisku. Procentuální vyjádření je vždy zaokrouhлено na celé číslo. Vzor celého dotazníku je vložen do přílohy (Příloha 3).

I. SEKCE

První sekce v dotazníku byla tvořena úvodními otázkami, které byly zaměřeny na získání základních informací o respondentech. Jedná se o otázky č. 1-6.

Otázka č. 1: „Jaké je Vaše pohlaví?“

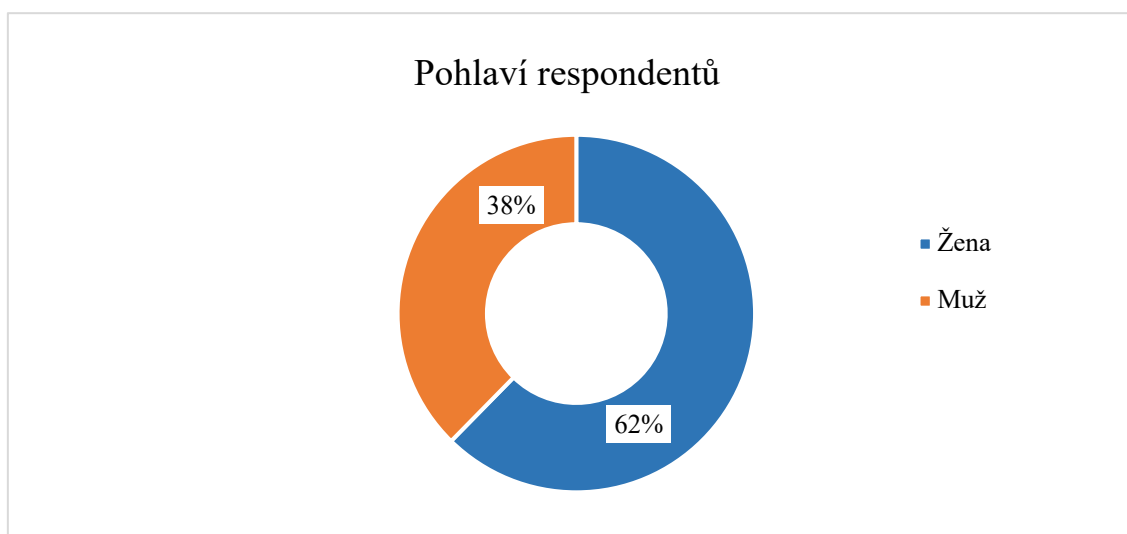
V rámci první otázky bylo zjišťováno zastoupení jednotlivého pohlaví. Jednalo se o otázku uzavřenou. Výzkumu zúčastnilo více žen v počtu 52 respondentek z celkových 84 respondentů, zatímco zbylých 32 respondentů byli mužského pohlaví. Procentuální vyjádření je tedy 62 % žen a 38 % mužů.

Tabulka 1 Pohlaví respondentů (n=84)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Žena	52	62 %
Muž	32	38 %

Zdroj: vlastní

Graf 1 Pohlaví respondentů (n=84)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 2: „Jaká je Vaše věková skupina?“

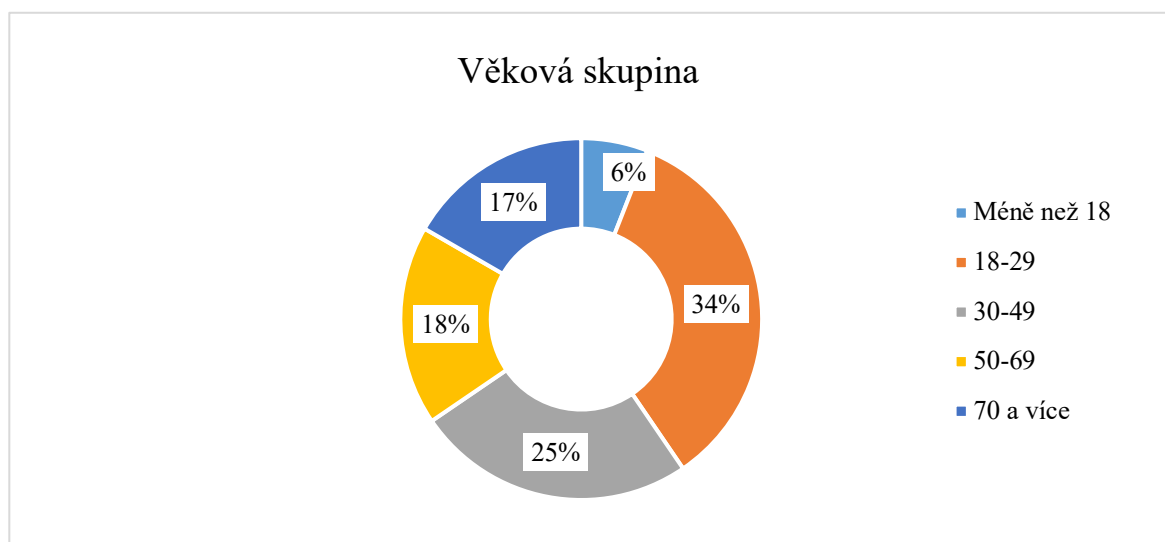
Prostřednictvím druhé uzavřené otázky bylo zodpovězeno, do jaké věkové skupiny jsou jednotliví respondenti řazeni. Na výběr bylo celkem 5 věkových skupin. Nejvíce odpovědí bylo získáno od 29 respondentů z věkové skupiny mezi 18 až 29 lety s 34% zastoupením. Druhou nejpočetnější skupinou byla skupina s věkovým rozmezím 30 až 49 let v počtu 21 respondentů (25 %). Poté následovaly skupiny ve věku 50 až 69 let a 70 a více s počtem 15 (18 %) a 14 respondentů (17 %). Nejmenší počet byl ve skupině pod 18 let, a to počet 5 respondentů (6 %).

Tabulka 2 Věková skupina respondentů (n=84)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Méně než 18	5	6 %
18-29	29	34 %
30-49	21	25 %
50-69	15	18 %
70 a více	14	17 %

Zdroj: vlastní

Graf 2 Věková skupina respondentů (n=84)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 3: „V jakém kraji momentálně bydlíte?“

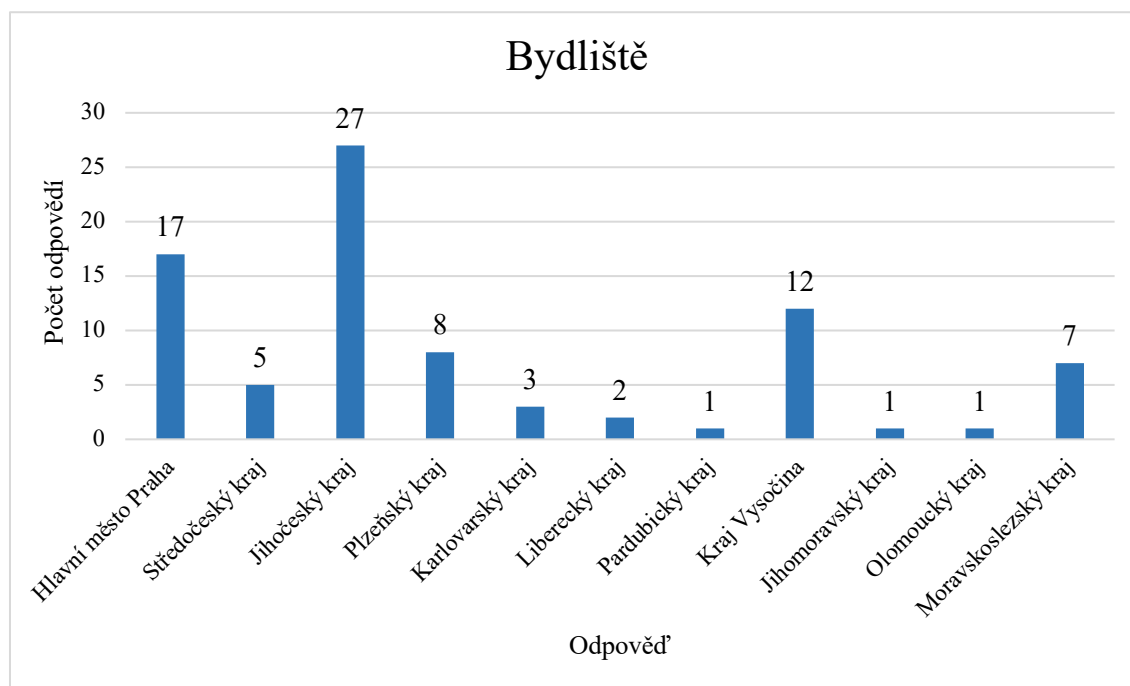
Třetí otázkou byl zjišťován kraj, ve kterém má respondent momentální bydliště. Na výběr bylo všech 13 krajů České republiky. Zvolena mohla být pouze 1 odpověď. Nejvíce respondentů odpovědělo z Jihočeského kraje v počtu 27 respondentů, což tvoří 32 % z celkového počtu 84 respondentů. Z hlavního města Prahy vyplnilo dotazník 17 respondentů a je to tak druhý nejvíce zastoupený kraj s 20% vyjádřením. Dalším hojně zastoupeným krajem byl kraj Vysočina s 12 respondenty (14 %). Poté se již zastoupení respondentů ve zbylých krajích snižovalo, a to v Plzeňském kraji 8 respondentů (10 %), Moravskoslezském 7 respondentů (8 %), Středočeském kraji 5 respondentů (6 %) a v Libereckém kraji 2 respondenti (2 %). Z Olomouckého a Pardubického kraje byla shodně odpověď pouze od 1 respondenta (1 %). Také zde byly kraje, ze kterých nebyla získána žádná odpověď. Jednalo se o kraj Ústecký, Královéhradecký a Zlínský. Pro úplnost byly zapsány do tabulky i nulové hodnoty.

Tabulka 3 Zastoupení jednotlivých krajů dle bydliště (n=84)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Hlavní město Praha	17	20 %
Středočeský kraj	5	6 %
Jihočeský kraj	27	32 %
Plzeňský kraj	8	10 %
Karlovarský kraj	3	4 %
Liberecký kraj	2	2 %
Pardubický kraj	1	1 %
Kraj Vysočina	12	14 %
Jihomoravský kraj	1	1 %
Olomoucký kraj	1	1 %
Moravskoslezský kraj	7	8 %
Ústecký kraj	0	0 %
Královéhradecký kraj	0	0 %
Zlínský kraj	0	0 %

Zdroj: vlastní

Graf 3 Zastoupení jednotlivých krajů dle bydliště (n=84)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 4: „Navštěvujete momentálně zařízení či organizaci, která poskytuje služby osobám se zrakovým postižením? Pokud ano, v jakém kraji?“

Čtvrtá uzavřená otázka navazovala na otázku třetí, kdy bylo zjišťováno, zda a v jakém kraji respondenti navštěvují organizaci či zařízení pro osoby se zrakovým postižením. Tato otázka také poukazuje na skutečnost, zda se u jedinců navštěvující organizaci/zařízení liší místo bydliště a zázemí organizace. S ohledem na dodržení maximální anonymity nebylo stěžejní, o jakou organizaci či zařízení se jedná.

Z výsledků vyplývá, že 62 respondenty z celkových 84 (74 %) je navštěvována organizace či zařízení, které poskytuje služby osobám se zrakovým postižením. Největší část respondentů dle výsledků dochází do organizace v Jihočeském kraji s počtem 22 respondentů, jedná se tak o 26% zastoupení. 17 respondentů navštěvuje organizaci v hlavním městě Praha (20 %), v Plzeňském kraji je organizace navštěvována 6 respondenty (7 %). Organizaci v kraji Vysočina navštěvuje 5 respondentů (6 %), v Moravskoslezském kraji 4 respondenti (5 %) a v Karlovarském pak 3 respondenti (4 %). Ve Středočeském a Libereckem kraji organizaci navštěvuje shodně počet 2 respondentů (2 %). Do organizace

v Pardubickém kraji dochází 1 respondent (1 %). Autorka práce však dodává, že počet návštěvnosti organizace je úměrný počtu respondentů z jednotlivého kraje.

Po prozkoumání jednotlivých odpovědí bylo zjištěno, že dojíždějí pouze 2 respondenti ze Středočeského a 1 respondent z Jihomoravského kraje do Hlavního města Prahy. Ostatní respondenti docházejí do organizace/zařízení v místě svého bydliště. Zbýlých 22 respondentů (26 %) organizaci nenavštěvují. Tito respondenti jsou z kraje Vysočina (7 respondentů z 12), z Jihočeského (6 respondentů z 22), Moravskoslezského (4 respondenti z 7), Plzeňského (4 respondenti z 8) a Olomouckého kraje (1 respondent z 1).

Graf 4 Zastoupení jednotlivých krajů dle návštěvnosti organizace (n=84)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 5: „Do jaké skupiny byste se zařadil/a na základě stupně Vašich zrakových schopností?“

Pátá otázka se zabývala stupněm zrakových schopností respondentů. Přesný druh zrakové vady nebyl zjišťován, neboť častým jevem je kombinované postižení a mnohdy sám jedinec není schopen určit odborný název své zrakové vady. Stupně zrakového postižení jsou představeny v teoretické části.

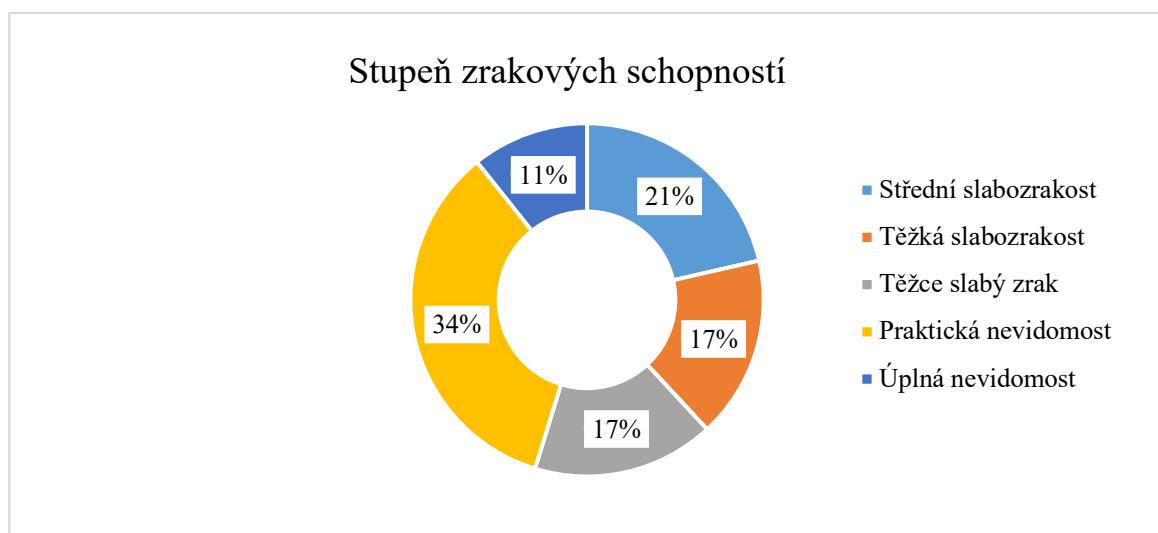
Jednalo se o otázku polouzavřenou s nabídkou 5 uzavřených odpovědí a možností pro volnou odpověď označenou jako „Jiné“. V tomto případě všemi respondenty byla zvolena jedna z vybraných možností, nikdo nevyužil prostor pro napsání vlastní odpovědi. Nejčastěji zodpovězeným stupněm zrakových schopností byla praktická nevidomost s počtem 29 respondentů z celkových 84 (34 %). Ta se liší svou závažností od nejméně početné skupiny 9 respondentů s úplnou nevidomostí (11 %). Druhou nejpočetnější skupinou s 18 respondenty byla střední slabozrakost (21 %), následovaná skupinou těžké slabozrakosti a těžce slabého zraku se shodným počtem 14 respondentů (17 %).

Tabulka 4 *Stupeň zrakových schopností (n=84)*

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Střední slabozrakost	18	21 %
Těžká slabozrakost	14	17 %
Těžce slabý zrak	14	17 %
Praktická nevidomost	29	34 %
Úplná nevidomost	9	11 %
Jiné	/	/

Zdroj: vlastní

Graf 5 *Stupeň zrakových schopností (n=84)*



Zdroj: vlastní

Otázka č.6: „V kolika letech Vám byla zraková vada diagnostikována lékařem?“

Pomocí šesté otázky z dotazníku bylo zjišťováno, v jaké části života u respondenta došlo k diagnostikování zrakové vady lékařem. Z pohledu autorky práce určení diagnózy či vyšetření zrakových schopností představuje určitý mezník v životě jedince, jenž přibližuje dobu, od které se jedinec potýká se získanou zrakovou vadou. Tato otázka také sloužila z části jako kontrolní, neboť v otázce č. 2 byl dotazován věk respondenta, který v logickém důsledku nesmí být nižší než věk, ve kterém byla diagnostikována zraková vada. Z toho důvodu byly již předem vyřazeny takto neplatné odpovědi.

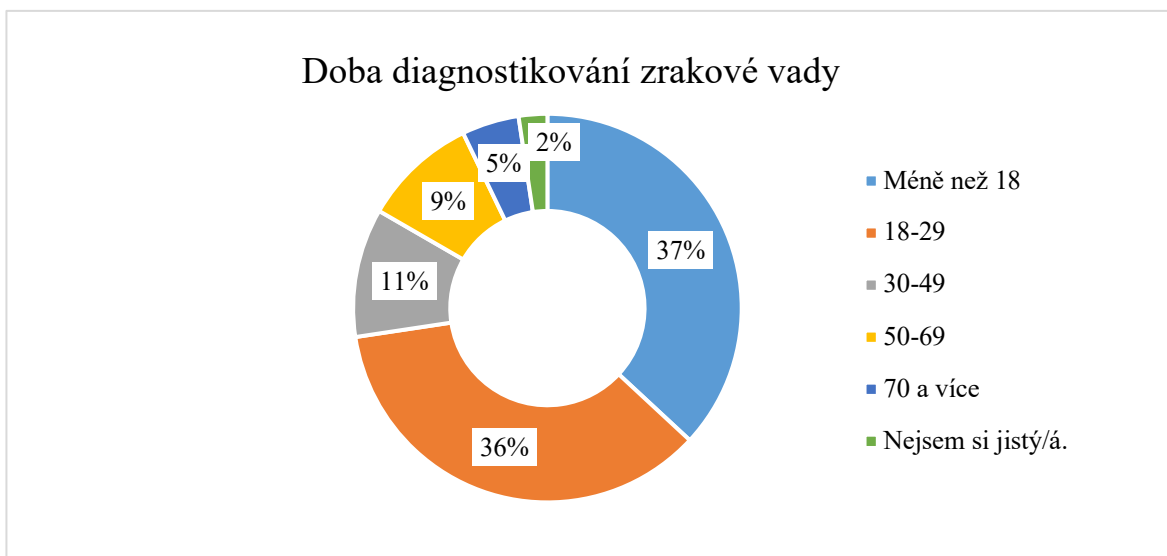
Respondenti měli na výběr jednotlivé věkové skupiny a také odpověď „Nejsem si jistý/á“ a „Jiné“. Na základě odpovědí lze určit, že nejčastěji byla zraková vada diagnostikována před dosažením plnoletosti respondentů, tedy již ve velmi mladém věku pod 18 let. Jednalo se o odpověď od 31 respondentů z celkových 84 (37 %). Nicméně je nutné podotknout, že se nejednalo o zrakovou vadu vrozenou, neboť tací respondenti nesplňovali podmínky pro přijetí do dotazníkového šetření. Druhou nejfrekventovanější odpovědí celkem od 30 respondentů byla věková skupina mezi 18 a 29 lety (36 %). Dále celkem 9 respondenty byla uvedena věková skupina mezi 30 a 49 lety (11 %) a 8 respondentů patřilo do věkové skupiny od 50 do 69 let (9 %). Ve věku 70 a více let byl dotazník vyplněn 4 respondenty (5 %). Možnost „Nejsem si jistý/á“ byla zvolena 2 respondenty (2 %), přičemž možnost „Jiné“ byla nebyla vyplněna žádným z respondentů.

Tabulka 5 Doba diagnostikování zrakové vady (n=84)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Méně než 18	31	37 %
18-29	30	36 %
30-49	9	11 %
50-69	8	9 %
70 a více	4	5 %
Nejsem si jistý/á.	2	2 %
Jiné	/	/

Zdroj: vlastní

Graf 6 Doba diagnostikování zrakové vady (n=84)



Zdroj: vlastní

II. SEKCE

Otázkami z druhé sekce byly zjišťovány informace v oblasti soběstačnosti respondentů, zda a kdo se podílel na získávání soběstačnosti po získané zrakové vadě. Druhá sekce obsahuje otázky č. 7-9.

Otázka č.7: „Vnímáte omezení své soběstačnosti na základě získaného zrakového postižení? Pokud ano, v jaké oblasti?“

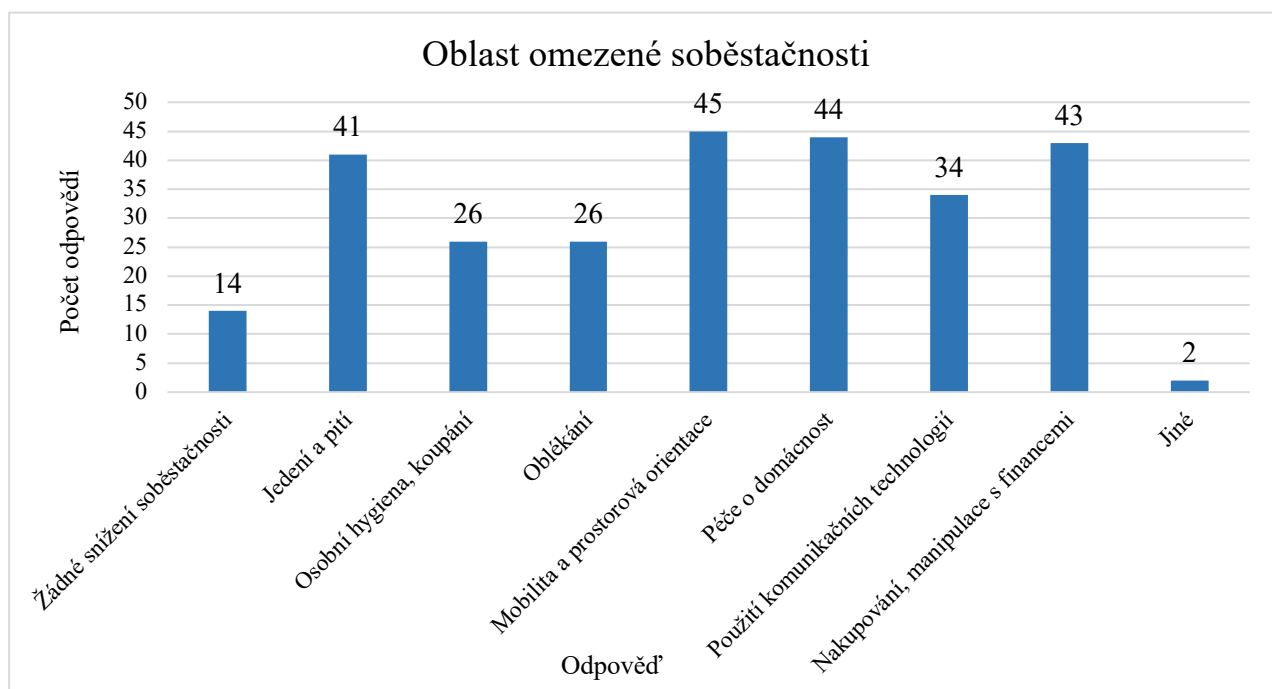
Tato sedmá polouzavřená otázka byla koncipována tak, aby představila, zda a v jaké oblasti má vliv získané zrakové postižení na soběstačnost. Respondenty bylo vybíráno více odpovědí z celkem 7 možností a také byla připojena možnost „Jiné“ s prostorem pro vlastní odpověď respondenta. Dle výsledků nepocíťovalo snížení soběstačnosti celkem 14 respondentů (17 %), přičemž zbylých 83 % ano. Za nejvíce problémovou oblast byla označena mobilita a prostorová orientace 45 respondenty (54 %). Následovala dle četnosti péče o domácnost se 44 respondenty (52 %) a také oblast nakupování a manipulace s financemi, která byla zodpovězena celkem 43 respondenty (51 %). Pro 41 respondentů bylo problémovou oblastí jedení a pití (49 %) a oblast použití komunikačních technologií představovala omezení soběstačnosti pro 34 respondentů (40 %). Se shodným počtem 26 respondentů pocíťovalo snížení své soběstačnosti v oblasti osobní hygieny a v oblasti oblékání (31 %). Prostoru pro připsání vlastní odpovědi využili celkem 2 respondenti (2 %), kteří odpověděli následující: „Společenský život a pracovní uplatnění“ a „Čtení, psaní“.

Tabulka 6 *Oblast omezené soběstačnosti (n=84)*

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Žádné snížení soběstačnosti	14	17 %
Jedení a pití	41	49 %
Osobní hygiena, koupání	26	31 %
Oblékání	26	31 %
Mobilita a prostorová orientace	45	54 %
Péče o domácnost	44	52 %
Použití komunikačních technologií	34	40 %
Nakupování, manipulace s financemi	43	51 %
Jiné	2	2 %

Zdroj: vlastní

Graf 7 Oblast omezené soběstačnosti (n=84)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 8. „Zkoušel/a jste nácvik běžných denních činností?“

Volba této uzavřené otázky byla zvolena v návaznosti na otázku předešlou i nadcházející. Otázka doplňovala informaci o tom, zda v případě snížené soběstačnosti daný respondent zkoušel nácvik běžných denních činností. Na výběr bylo pouze ze dvou možností „Ano“ a „Ne“. Odpověď „Ano“ byla zvolena 59 respondenty. Jedná se tak o výrazně vyšší počet než u odpovědi „Ne“ s 25 respondenty. Respondenti, kteří již v životě zkoušeli nácvik běžných denních činností tvoří 70% zastoupení, zatímco zbylých 30 % nácvik běžných činností do svého života nezahrnuli. Pokud bylo respondentem zodpovězeno „Ano“, následující otázka se zabývala, s kým tento nácvik byl prováděn.

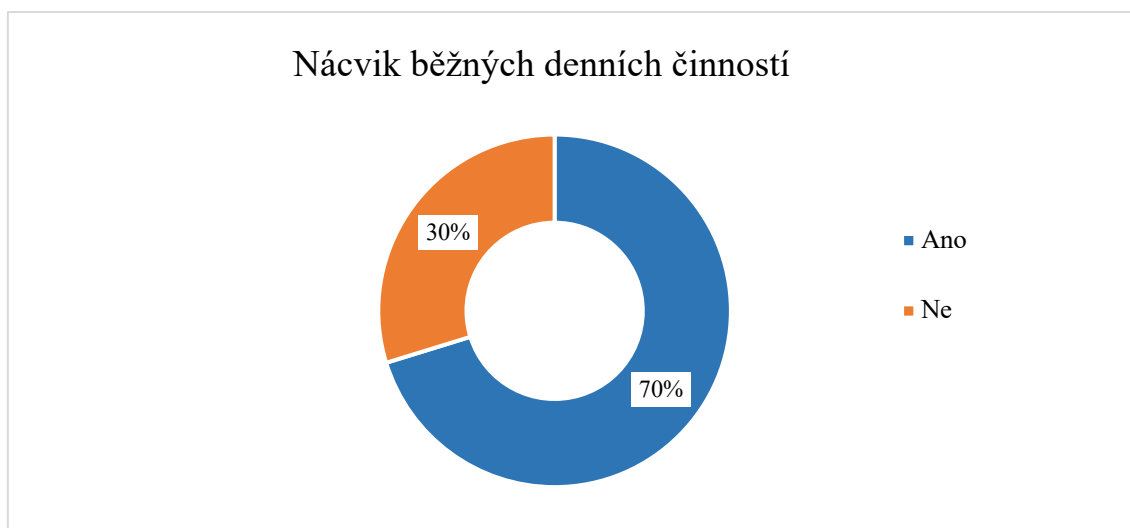
K otázce byl přidán krátký popis s vysvětlením, co představuje pojem nácvik běžných denních činností.

Tabulka 7 Nácvik běžných denních činností (n=84)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ano	59	70 %
Ne	25	30 %

Zdroj: vlastní

Graf 8 *Nácvik běžných denních činností (n=84)*



Zdroj: vlastní

Otázka č. 9: „Kdo Vám pomáhá/ pomohl se získáním soběstačnosti (s nácvikem běžných denních činností)?“

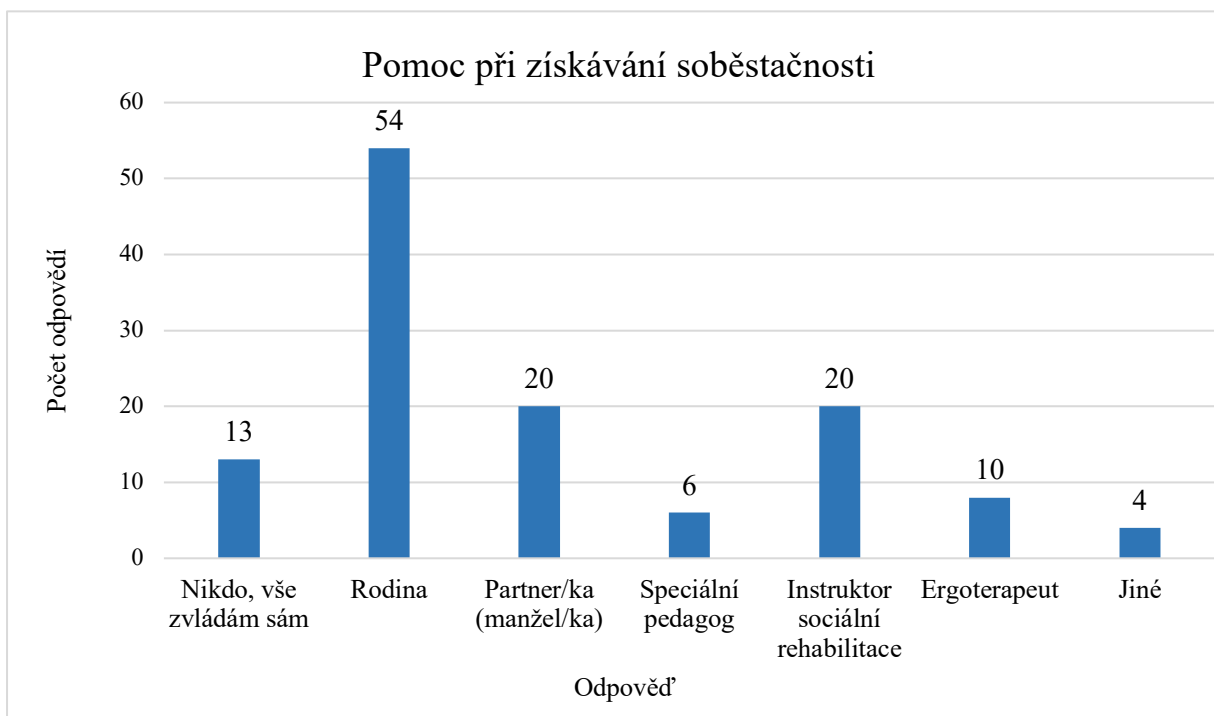
Prostřednictvím této polouzavřené otázky bylo zjišťováno, kdo se podílel či stále podílí na nácviku běžných denních činností, tedy na získávání soběstačnosti. Odpovídali pouze ti respondenti, kteří u otázky výše odpověděli „Ano“. Respondenty mohlo být zvoleno více odpovědí z celkem 7 uzavřených odpovědí a 1 otevřená odpověď ve formě „Jiné“. Z výsledků vyplývá, že s nácvikem běžných denních činností u osob se zrakovým postižením nejčastěji pomáhá vlastní rodina. Bylo tak zodpovězeno 54 respondenty z celkových 59, jedná se tak o 92 % vyjádření. Na druhém místě dle četnosti odpovědí byl/a partner/ka (manžel/ka) a také instruktor sociální rehabilitace shodně s počtem 20 respondentů (34 %). Tuto pozici zastávají zaměstnanci Tyfloservisů, kde jednou z nabízených služeb je právě nácvik běžných denních činností pro osoby se zrakovým postižením. Dále 13 respondentů (22 %) uvedlo, že vše zvládají samostatně bez cizí pomoci a se získáním soběstačnosti jim nikdo nepomáhá/ nepomohl. V počtu 10 odpovědí má zde své zastoupení i ergoterapeut (17 %), který je následován speciálním pedagogem se 6 odpověďmi (10 %). Možnost „Jiné“ byla zvolena 4 respondenty (7 %), přičemž zahrnovala následující odpovědi: Logoped, Pracovník přímé péče, Kamarád/ka, Sousedka.

Tabulka 8 Pomoc při získávání soběstačnosti (n=59)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Nikdo, vše zvládám sám	13	22 %
Rodina	54	92 %
Partner/ka (manžel/ka)	20	34 %
Speciální pedagog	6	10 %
Instruktor sociální rehabilitace	20	34 %
Ergoterapeut	10	17 %
Jiné	4	7 %

Zdroj: vlastní

Graf 9 Pomoc při získávání soběstačnosti (n=59)



Zdroj: vlastní

III. SEKCE

Ve třetí sekci byly otázky věnovány oboru ergoterapie, kdy byla zjišťována míra informovanosti o profesi ergoterapeuta u osob se získaným zrakovým postižením a zda s ním tyto osoby mají zkušenost. Jedná se o otázky č.10-15.

Otázka č.10: „Co je podle Vás náplní profese ergoterapeuta?“

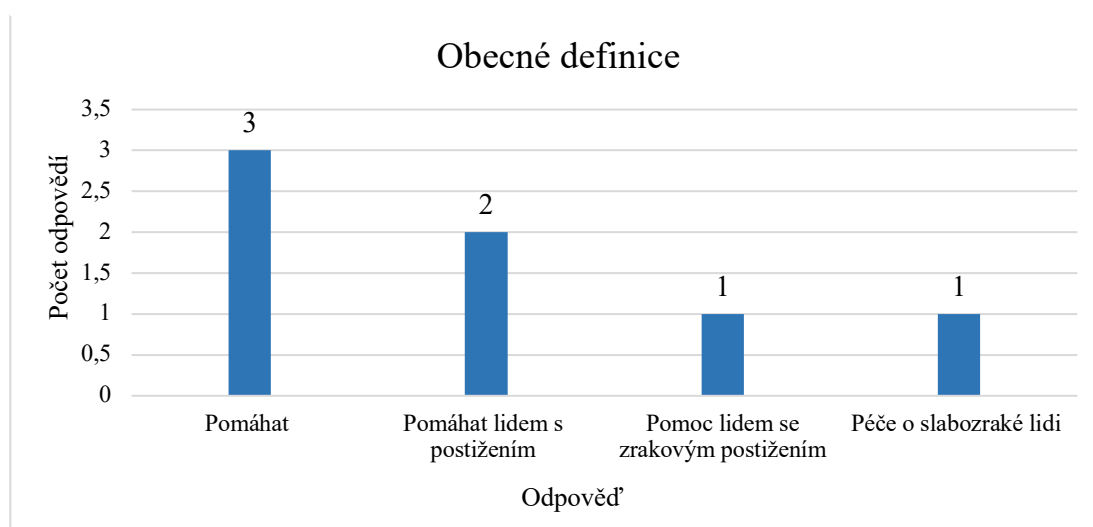
Desátá otázka byla jedinou otevřenou otázkou v dotazníku. Tou bylo zjišťováno, jaká je informovanost osob se zrakovým postižením o tom, čím se zabývá ergoterapeut. Na tuto otázku odpověděli všichni z dotazovaných, tedy celkem 84 respondentů. Jednotlivé odpovědi byly prostřednictvím kódování rozděleny do 6 kategorií. Ke každé kategorii byl vytvořen graf s názornou ukázkou odpovědí respondentů.

Z celkového počtu bylo autorkou práce označeno celkem 43 odpovědí, jež subjektivně považovala za správně koncipované a lze tak očekávat, že jedinec má určité povědomí o profesi ergoterapeuta. Jednalo se o 51% zastoupení oproti zbylým 49 %, kdy respondentem byla uvedena odpověď, která nepřesvědčila autorku o dostatečné informovanosti respondenta.

1) Kategorie „Obecné definice“

Na základě odpovědí respondentů byla první kategorie nazvána jako „Obecné definice“. Tyto odpovědi nebyly specificky nijak zaměřené, spíše se jednalo o obecný odhad respondentů na uvedenou otázku. V této kategorii bylo celkem 7 takto koncipovaných odpovědí. Nejčastější odpovědí bylo „Pomáhat“, kterou uvedli celkem 3 respondenti (4 %). Následovala odpověď „Pomáhat lidem s postižením“, kterou uvedli 2 respondenti (2 %). Další dvě odpovědi byly „Pomoc lidem se zrakovým postižením“ a „Péče o slabozraké lidi“, které byly zodpovězeny vždy 1 respondentem (1 %).

Graf 10 *Obecné definice (n=84)*

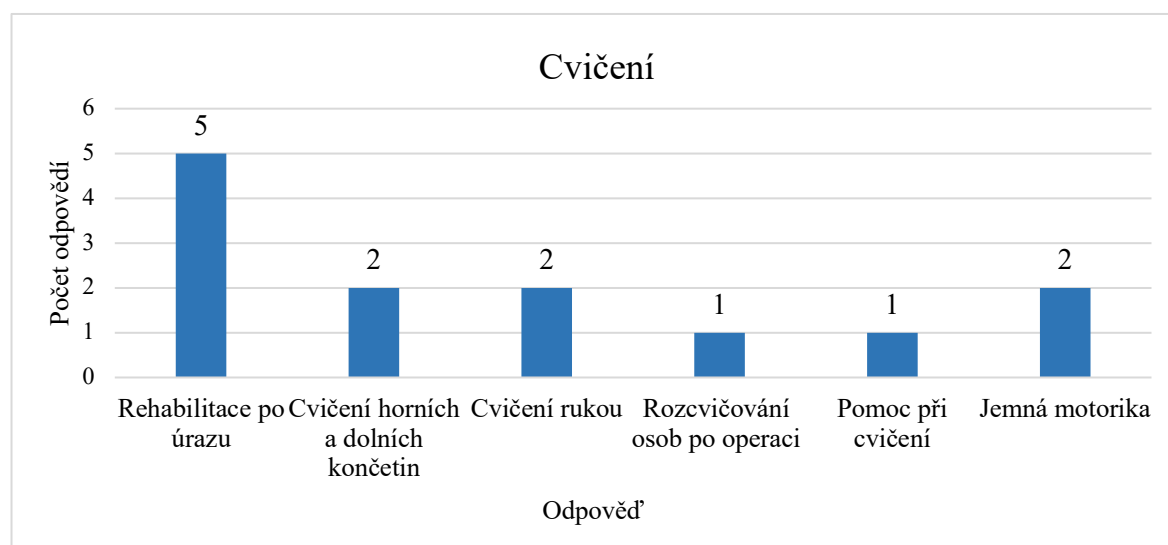


Zdroj: vlastní

2) Kategorie „Cvičení“

Druhá kategorie byla pojmenována jako „Cvičení“. Veškeré odpovědi se týkaly cvičení těla a končetin a také zahrnovaly pojem rehabilitace po úrazu. Tato kategorie zahrnovala celkem 13 odpovědí. Nejvíce respondenty byla napsána odpověď „Rehabilitace po úrazu“ a to 5 respondenty (6 %), dále byly uvedeny odpovědi „Cvičení horních a dolních končetin“, „Cvičení rukou“ a „Jemná motorika“ vždy po 2 respondentech, jedná se tedy o 2 % zastoupení za každou tuto odpověď. 1 z respondentů zodpověděl „Rozcvičování osob po operaci“ (1 %) a „Pomoc při cvičení“ bylo také uvedeno 1 respondentem (1 %).

Graf 11 *Cvičení (n=84)*

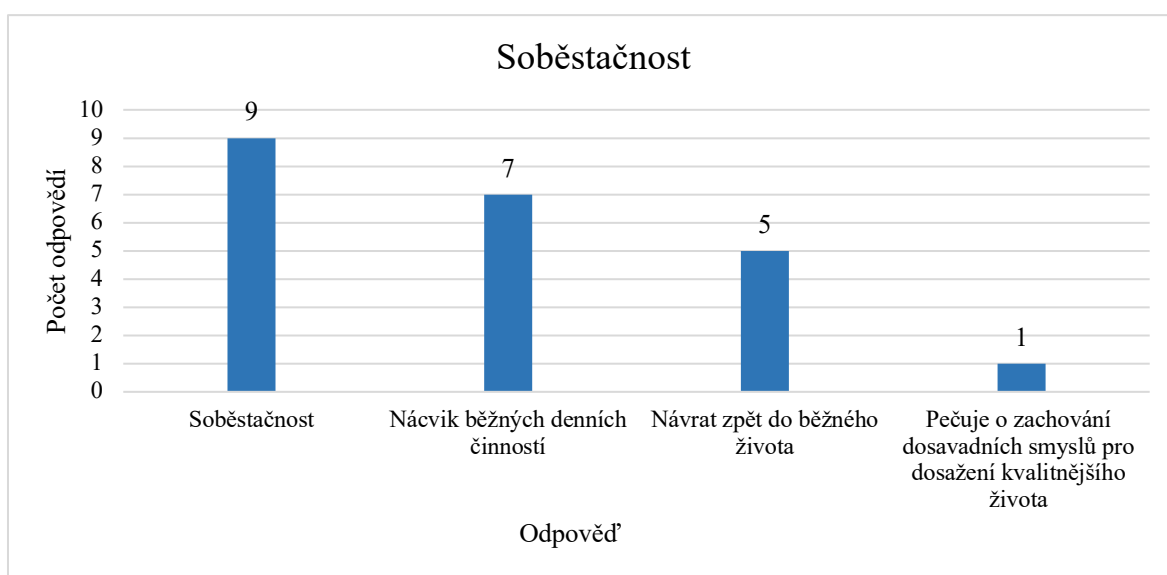


Zdroj: vlastní

3) Kategorie „Soběstačnost“

Třetí kategorie se dle odpovědí nazývá „Soběstačnost“. Odpovědi byly směřovány především k návratu do běžného života, na nácvik běžných denních činností a na znovuzískání soběstačnosti. Takto odpovědělo celkem 22 respondentů. Nejčastěji uváděnou odpovědí bylo, že se ergoterapeut zabývá „soběstačností“ a jejím získáváním. Tato odpověď se v dotazníkovém šetření objevila u 9 respondentů (11 %). Další početnou odpovědí na otázku byl „nácvik běžných denních činností“, kdy takto odpovědělo 7 respondentů (8 %). „Návrat zpět do běžného života“ uvedlo 5 respondentů s 6% zastoupením. Specifická odpověď od 1 respondenta představovala ergoterapeuta jako profesi, která „Pečuje o zachování a posílení dosavadních smyslů pro dosažení kvalitnějšího života“ (1 %).

Graf 12 Soběstačnost (n=84)

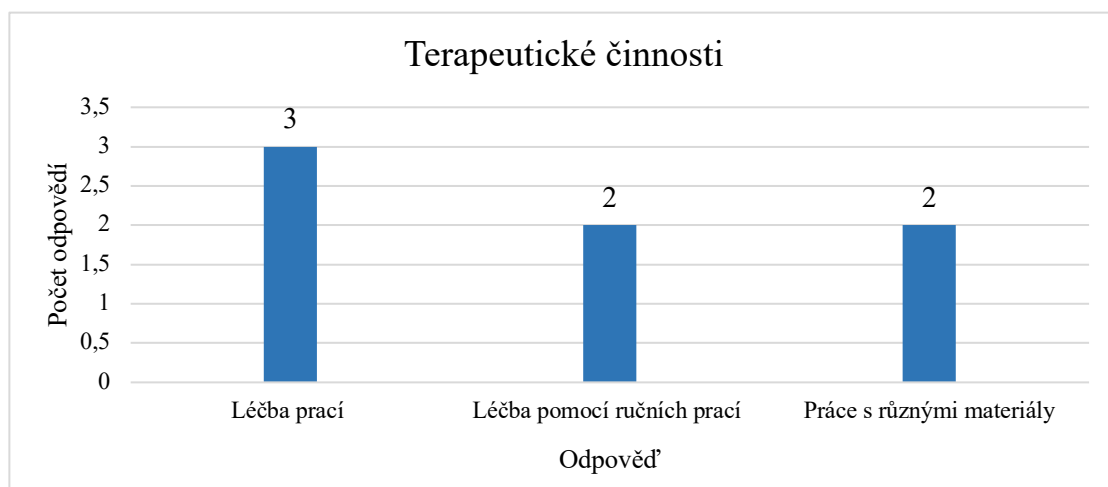


Zdroj: vlastní

4) Kategorie „Terapeutické činnosti“

Ve čtvrté kategorii byly shromážděny odpovědi, které se týkaly práce s materiály a léčbou prostřednictvím ručních prací. V této kategorii odpovědělo celkem 7 respondentů. Na otázku byla uvedena odpověď „Léčba prací“ 3 respondenty (4 %), která byla následována odpovědí „Léčba pomocí ručních prací“, jež rovněž zodpověděli 2 respondenti (2 %). Souhlasně s 2 respondenty byla také odpověď „Práce s různými materiály“ jako je papír, dřevo, keramika (2 %).

Graf 13 *Terapeutické činnosti (n=84)*

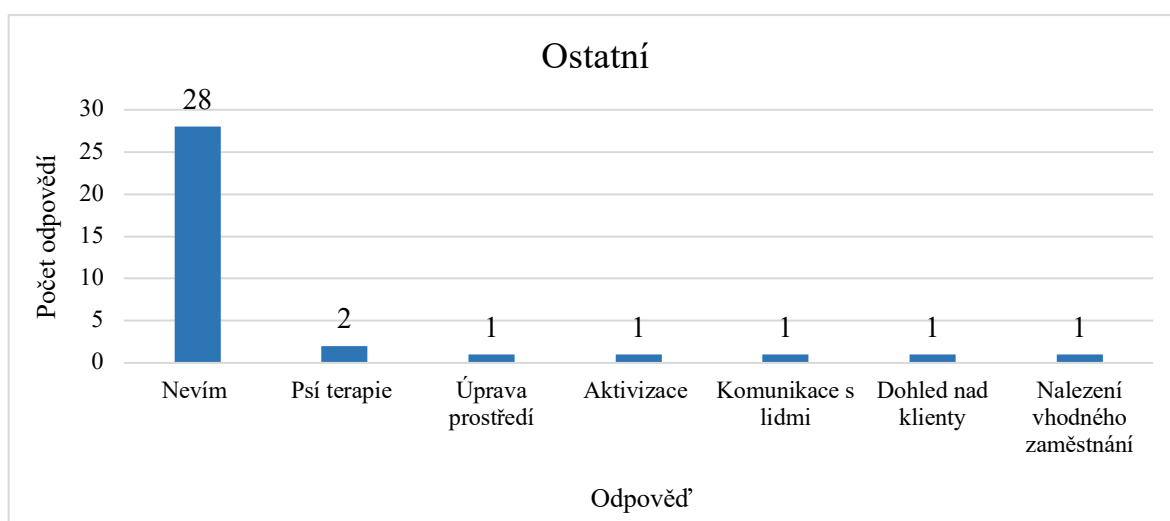


Zdroj: vlastní

5) Kategorie „Ostatní“

V rámci kategorie „Ostatní“ jsou shromážděny odpovědi, které byly ojedinělé nebo je případně nebylo možné zařadit do žádné z výše uvedených kategorií. Byla sem také vložena odpověď „Nevím“ s celkem 28 respondenty, čímž se jednalo o nejpočetnější odpověď v této kategorii s 33% zastoupením. Dále byla 2 respondenty napsána odpověď „Psí terapie“, kdy se autorka dotazníku domnívá, že se jedná o laické označení pro canisterapii (2 %). Další uvedené odpovědi vždy po 1 respondentovi byly následující: „Úprava prostředí“, „Aktivizace“, „Komunikace s lidmi“, „Dohled nad pacienty“ či „Nalezení vhodného zaměstnání“ (5x 1 %).

Graf 14 *Ostatní (n=84)*



Zdroj: vlastní

Otázka č. 11: „Spolupracoval/a jste vy osobně s ergoterapeutem?“

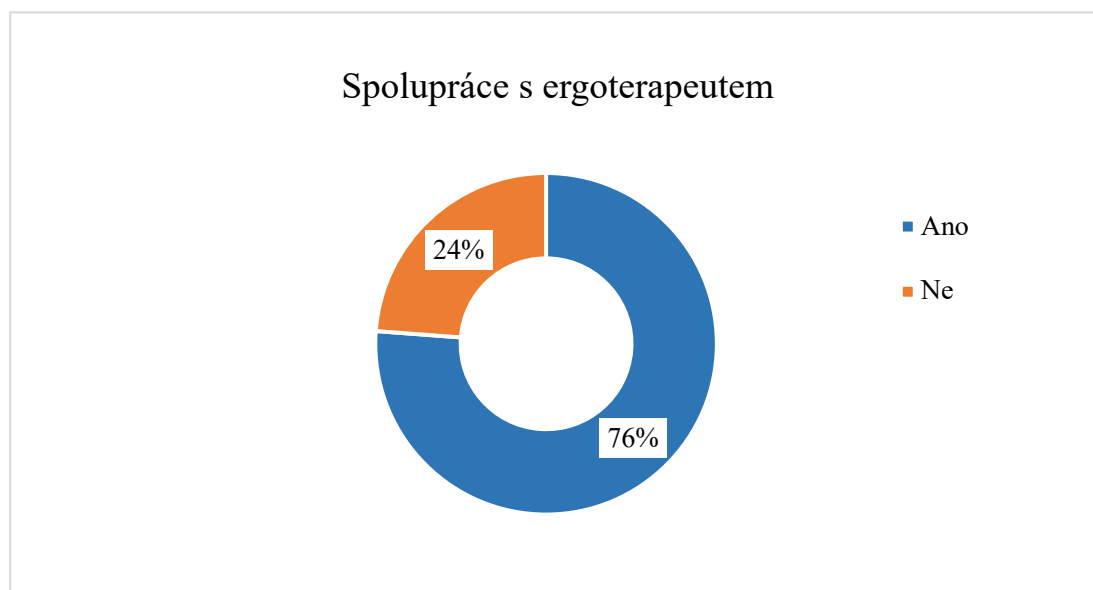
Odpovědi na tuto otázku představily, kolik z dotazovaných osob se získaným zrakovým postižením mají osobní zkušenost s ergoterapeutem. Významná většina, tedy 64 z celkových 84 respondentů (76 %) osobně nespolupracovala s ergoterapeutem. Zbýlími 20 respondenty (24 %), jež se osobně setkali s ergoterapeutem, byly vyplňovány i následující tři otázky, které se zaměřovaly na informace o vzájemné spolupráci.

Tabulka 9 Spolupráce s ergoterapeutem (n=84)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ano	20	24 %
Ne	64	76 %

Zdroj: vlastní

Graf 15 Spolupráce s ergoterapeutem (n=84)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 12: „Kde jste se s ergoterapeutem osobně setkal/a?“

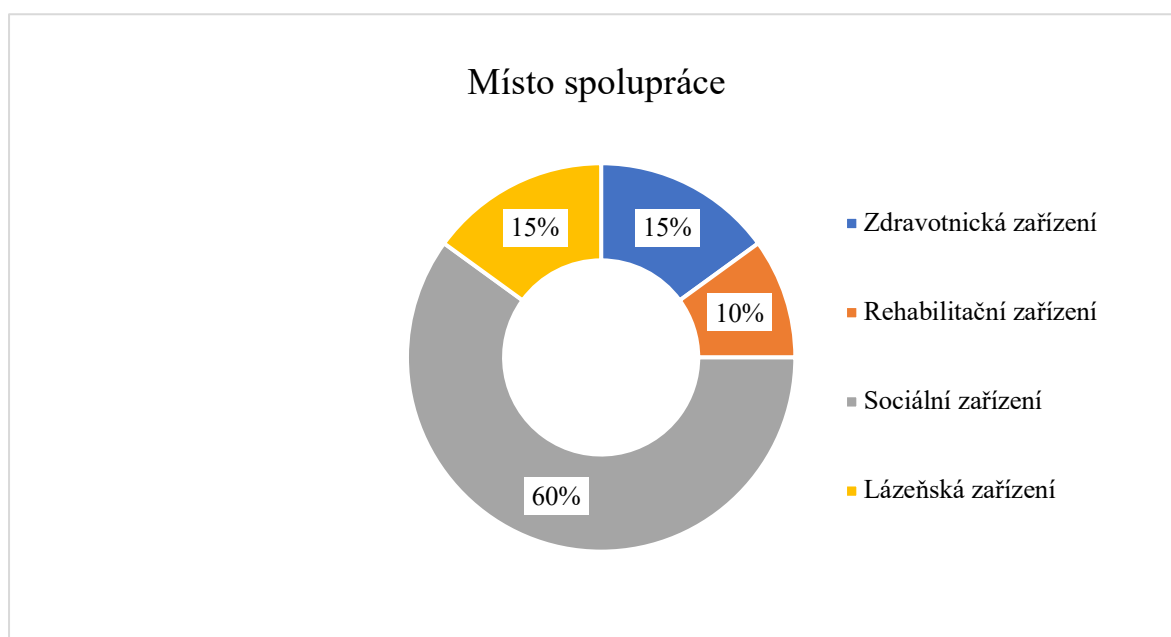
Tato otázka následovala pouze tehdy, když byla předešlá otázka respondentem zodpovězena kladně. Otázkou bylo zjišťováno, kde se respondent setkal s ergoterapeutem. Nejčastější odpovědí bylo sociální zařízení, které bylo uvedeno celkem 12 respondenty z 20 (60 %). Již méně početná byla další zařízení, a to zdravotnická a lázeňská se shodným počtem 3 respondentů (15 %). Rehabilitační zařízení bylo nejméně zastoupené v počtu 2 respondentů (10 %). Prostor pro volnou odpověď nikdo z respondentů nevyužil.

Tabulka 10 Místo spolupráce s ergoterapeutem (n=20)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Zdravotnická zařízení	3	15 %
Rehabilitační zařízení	2	10 %
Sociální zařízení	12	60 %
Lázeňská zařízení	3	15 %
Jiné	/	/

Zdroj: vlastní

Graf 16 Místo spolupráce s ergoterapeutem (n=20)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 13: „V jaké oblasti z níže uvedených Vám byl ergoterapeut nejvíce nápomocný?“

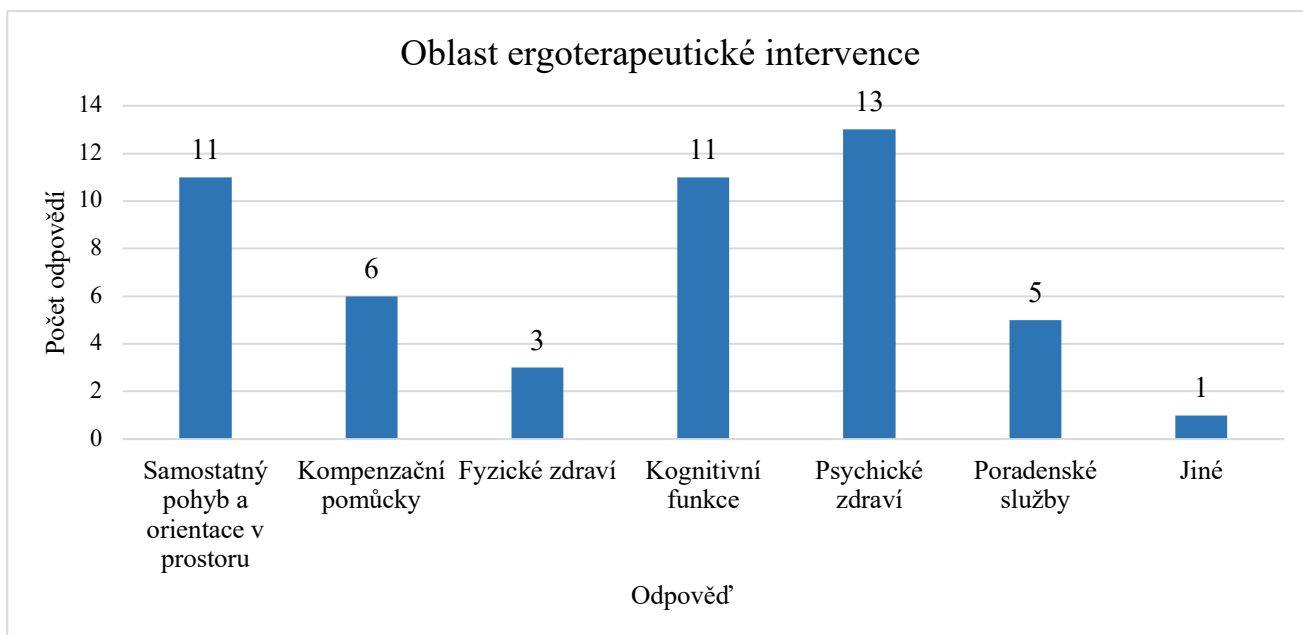
Následně ve třinácté otázce bylo 20 respondenty odpovídáno na to, v jaké oblasti jim byl ergoterapeut nejvíce nápomocný. Mohlo být zvoleno více možných odpovědí a také volná odpověď pod označením „Jiné“. Dle počtu 13 odpovědí (65 %) se ergoterapeut nejvíce uplatnil v oblasti psychického zdraví, neboť získaná zraková vada je událostí, jež zásadně ovlivňuje psychickou stránku jedince. Druhá nejpočetnější odpověď byla oblast samostatného pohybu a orientace v prostoru společně s oblastí kognitivních funkcí vždy po 11 respondentech (55 %). Dále následovaly běžné denní činnosti s 10 respondenty (50 %), která tak společně s otázkami č.9 a č. 10 potvrzuje uplatnění ergoterapeuta v této oblasti. V oblasti kompenzačních pomůcek byl ergoterapeut nápomocný celkem 6 respondentům (30 %) a v oblasti poradenských služeb dále 5 respondentům (25 %). Pro 3 respondenty byl ergoterapeut nápomocen v oblasti fyzického zdraví (15 %). Veškerými 20 respondenty byla zvolena jedna z možných oblastí, odpověď „V žádné oblasti“ nebyla nikým vybrána. Jedním respondentem byla doplněna vlastní odpověď, kdy nejvíce nápomocný mu ergoterapeut byl v oblasti čtení (5 %).

Tabulka 11 *Oblast ergoterapeutických intervencí (n=20)*

Odpověď respondenta	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Běžné denní činnosti	10	50 %
Samostatný pohyb a orientace v prostoru	11	55 %
Kompenzační pomůcky	6	30 %
Fyzické zdraví	3	15 %
Psychické zdraví	13	65 %
Kognitivní funkce	11	55 %
Poradenské služby	5	25 %
Jiné	1	5 %

Zdroj: vlastní

Graf 17 Oblast ergoterapeutické intervence (n=20)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 14: „Byla pro Vás spolupráce s ergoterapeutem přínosná?“

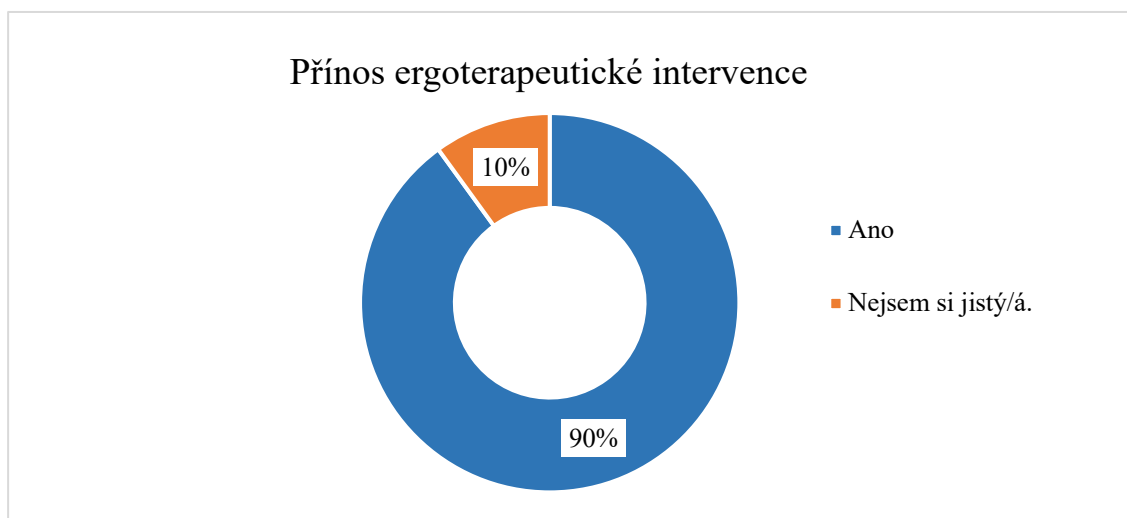
V rámci čtrnácté otázky bylo zjišťováno, zda těmito 20 respondenty byla ergoterapeutická intervence považována za přínosnou. Z převážné většiny, tedy 16 respondenty (90 %), byla odpověď kladná a lze to tedy označit za pozitivní zkušenost s ergoterapeutem. Žádným z respondentů nebyla spolupráce negativně hodnocena. Nicméně 2 respondenti si přínosem ergoterapie nebyli jistí, a tudíž nelze určit, zda se jednalo o pozitivní či negativní zkušenost (10 %).

Tabulka 12 Přínos ergoterapeutické intervence (n=20)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ano	18	90 %
Ne	0	0 %
Nejsem si jistý/á.	2	10 %

Zdroj: vlastní

Graf 18 Přínos ergoterapeutické intervence (n=20)



Zdroj: vlastní

Otázka č.15: „Měl/a byste vzhledem k objasnění náplně oboru ergoterapie zájem o spolupráci s ergoterapeutem?“

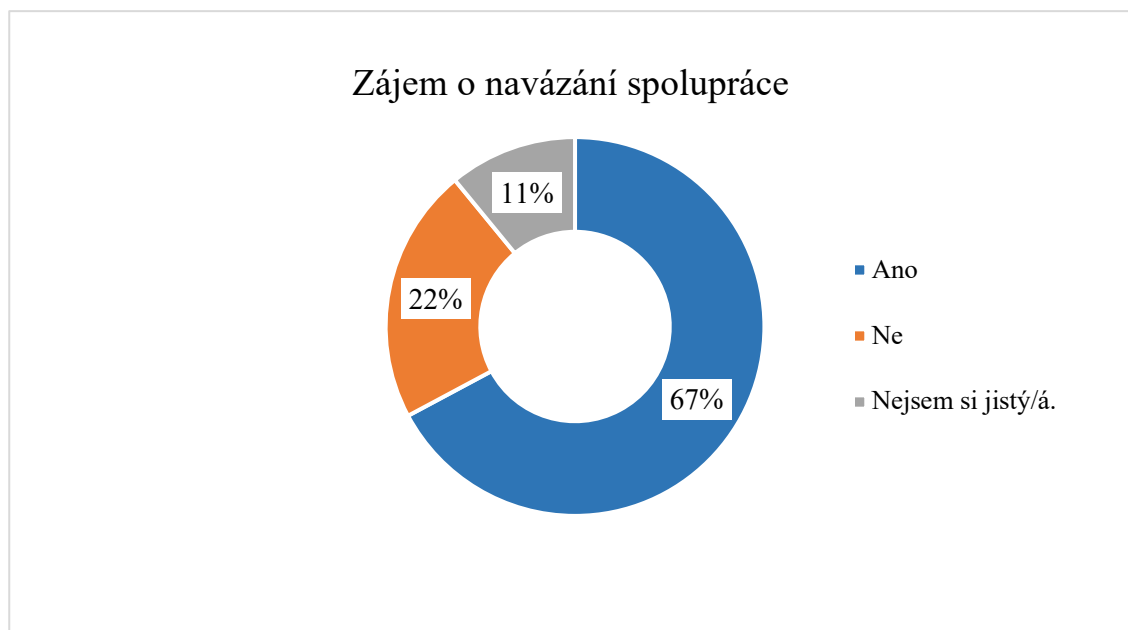
V rámci této otázky byla uvedena jedna z možných definic oboru ergoterapie, jež mohla dopomoci k rozhodnutí, zda by měl jedinec zájem o spolupráci s ergoterapeutem či nikoliv. Na tuto otázku odpovídalo celkem 64 respondentů, kteří prozatím nespolupracovali s ergoterapeutem. Z celkového počtu dotazovaných by 43 (67 %) mělo zájem o navázání spolupráce. Naopak 14 respondentů (22 %) neprojevovalo zájem o ergoterapii, byť by zde mohl být ergoterapeut nápomocen. Zbýlých 7 respondentů si nebylo jistých, zda by o ergoterapeutickou intervenci měli zájem.

Tabulka 13 Zájem o navázání spolupráce s ergoterapeutem (n=64)

Odpověď	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
Ano	43	67 %
Ne	14	22 %
Nejsem si jistý/á.	7	11 %

Zdroj: vlastní

Graf 19 *Zájem o navázání spolupráce (n=64)*



Zdroj: vlastní

8 DISKUZE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda a jakou mají osoby se získaným zrakovým postižením zkušenost s ergoterapeutem. Současně pak prozkoumat, zda jsou tyto osoby informovány o náplni profese ergoterapeuta. Byly stanoveny dva deskriptivní výzkumné problémy, na které je v rámci práce odpovídáno.

- 1. Jakou mají osoby se získaným zrakovým postižením zkušenost s profesí ergoterapeuta?*
- 2. Jaká je informovanost osob se získaným zrakovým postižením o profesi ergoterapeuta?*

V bakalářské práci byl stanoven první výzkumný problém zaměřený na zkušenost osob se získaným zrakovým postižením s ergoterapeutem. Otázky v dotazníku byly směřovány na to, v jaké oblasti byl ergoterapeut nejvíce nápomocný, kde se ním osoby setkaly a zda ergoterapeutická intervence byla přínosem. Mnoho zahraničních studií dokazuje negativní dopad získaného zrakového postižení na kvalitu života a soběstačnost. Liu a Chang (2019), Bergerová (2012), Schindlerová a kolektiv (2007) posuzují zrakový deficit jako determinant, který vždy vede k určitému omezení soběstačnosti v každodenním životě. Souhlasný názor je uváděn i Kempenem (2011), který navíc upozorňuje na vznik deprese a úzkostí v souvislosti se vzniklým zrakovým postižením. Ačkoli není ergoterapeut primárně spojován s oblastí zrakových vad a jejich vlivem na soběstačnost, jako je tomu například u pracovníků Tyfloservisu či speciálních pedagogů, měl by dokázat s takovými jedinci a postižením pracovat. Jelínková a kolektiv (2009) uvádějí, že ergoterapeut je schopen pracovat s osobami, které jsou omezeny v provádění aktivit pro fyzické, psychické, sociální nebo smyslové bariéry. Souhlasný názor má i Bergerová (2013), která vyzdvihuje zapojení ergoterapeuta u zrakového postižení, neboť ten klade důraz na oblast participace v běžném životě, chápe změny tělesných funkcí a z nich vyplývajících výkonnostních dovedností u osob s touto diagnózou. Avšak v další dohledané zahraniční literatuře byl Lambertovou (1994) vyjádřen protichůdný výrok. Poukazuje na nedostatečné vzdělání a specializaci ergoterapeuta v oblasti zrakového postižení, z čehož pramení i přesvědčení, že ergoterapeutem nemůže být klient/pacient vhodně nasměřován na jiné potřebné služby. Dále uvádí, že z tohoto důvodu mohou pracoviště upřednostňovat jiné specializované odborníky před ergoterapeuty. Shodný pohled na tuto problematiku mají i Orrová a Huebnerová (2001). Jedná se však o poměrně staré studie. Novodobější zahraniční studie z roku 2019

ukazuje kladný vliv zapojení multidisciplinárního týmu, jehož součástí je ergoterapeut, při podpoře soběstačnosti u starších dospělých se zrakovým postižením a také je jejími autory doporučováno zapojení ergoterapeuta v této oblasti (Liu, Chang, 2019). V další stejně zaměřené studii z roku 2007 byla prokázána efektivita multidisciplinárního přístupu na každodenní život a jeho kvalitu u osob se zrakovým postižením především ve dvou oblastech – psychická pohoda a čtení (Lamoureux, 2007). Autorka bakalářské práce se přiklání k názoru, jenž podporuje zapojení ergoterapeuta u zrakového postižení, nicméně uznává potřebnost i dalšího vzdělávání v této oblasti.

Výsledek této bakalářské práce prokázal největší zkušenost s ergoterapeutem v oblasti psychického zdraví (65 % z 20 respondentů), čímž vzniká spojitost s výše uvedenou studií. Autorka práce však poukazuje na určitou nesourodost mezi odpověďmi v dotazníku, konkrétně mezi otázkami č.10 a č. 13. Přestože byla nejčastější odpovědí na otázku č.13 ohledně oblasti, ve které byl ergoterapeut nejvíce nápomocný, již výše zmiňovaná oblast psychického zdraví, v otevřené otázce č. 10 s prostorem pro volné vyjádření o náplni profese ergoterapeuta nebyla ani jedna z uvedených odpovědí směřována tímto směrem. Naopak v této otázce bylo respondenty uváděno nejvíce odpovědi z kategorie soběstačnost a cvičení. Autorka práce si není jistá, co je příčinou tohoto jevu a nemá dostatečnou argumentaci pro zdůvodnění. Ergoterapeut byl také nápomocen v oblasti orientace v prostoru a samostatného pohybu (55 % z 20 respondentů), což v rámci tohoto výzkumu bylo respondenty představeno jako nejvíce ovlivněnou oblastí vzhledem ke zrakovému postižení (54 % z 84 respondentů). Ta je také Šumníkovou (2018) označována za jednu ze základních předpokladů kvalitního prožívání života jedince se zrakovým postižením, byť dle Kroupové a Růžičkové (2017) se jedná vždy o problémovou oblast v důsledku postižení. Ke stejným výsledkům došla i zahraniční studie z roku 2016, jež se zabývala problémovými oblastmi u osob se získaným zrakovým postižením, konkrétně věkem podmíněnou makulární degenerací (Taylor et al., 2016). Brown a kolektiv (2014) ve své studii uvádí jako nejvíce problémovou oblast čtení, přičemž samostatná mobilita byla dle procentuálního zastoupení respondenty uváděna až na čtvrtém místě. Kroupová a Růžičková (2017) popisují hlavní odborníky v této oblasti jako instruktora prostorové orientace a samostatného pohybu nebo instruktora sociální rehabilitace. Z pohledu autorky práce je tak úspěchem, že i ergoterapeut dokázal být nápomocen, navzdory tomu, že není primárně zaměřen a vyškolen na tuto oblast. Další zkušenost a přínosnost ergoterapeuta byla prokázána v oblasti kognitivních funkcí (55 % z 20 respondentů), nebylo však specifikováno, kde přesně zlepšení nastalo. Zahraniční studie

prokazuje spojení mezi poklesem kognitivních funkcí a sníženými zrakovými schopnostmi (Lim et al., 2020). Autorka práce předpokládá, že vzhledem k přímé spojitosti stáří a ubývání zrakových i kognitivních schopností bude velmi častým jevem zařazování do terapií zaměřených na zrakové postižení současně i kognitivní trénink. Dle odpovědí další dvě oblasti, v nichž byl ergoterapeut zapojen, byly kompenzační pomůcky (30 % z 20 respondentů) a poradenství (25 % z 20 respondentů). Jedná se o oblasti, které patří mezi domény ergoterapeuta, avšak mohou zde dominovat i jiné profese. U zrakového postižení se na tuto oblast zaměřuje zejména speciální pedagog (Keblová, 2001) nebo také oftalmolog či optometrista (Whittaker et al., 2016). V neposlední řadě byl ergoterapeut nápomocný ve fyzickém zdraví. I zde má ergoterapeut svou nezastupitelnou úlohu, neboť se zaměřuje na fyzické zdraví v kontextu provádění běžných denních činností. Jelínkovou a kolektivem (2009) je uváděno, že prostřednictvím správně zvolené aktivity je udržováno nejen fyzické, ale i duševní zdraví. Tento výsledek byl potvrzen již výše uvedenou studií v teoretické části, kde byla prokázána účinnost fyzické aktivity k udržení tělesného i psychického zdraví u osob se zrakovým postižením.

Dalšími otázkami v dotazníku bylo zjišťováno více informací o ergoterapeutických intervencích, například kde se s ergoterapeutem respondent setkal. Nejčastěji se jednalo o sociální zařízení, poté pak zdravotnická a lázeňská zařízení. Tento výsledek však může být ovlivněn vzhledem k osloveným organizacím a odtud získaných respondentů, přičemž autorkou nebylo přímo osloveno žádné ze zdravotnických či lázeňských zařízení. Whittaker a kolektiv (2016) uvádějí, že pro ergoterapeuty se zájmem o oblast zrakového postižení existuje mnoho potenciálních míst pro uplatnění. Tyto možnosti sahají od zaměstnání v rehabilitačních zařízeních, v sociálních zařízeních až po agentury domácí péče. Opětovně je zde zdůrazňováno, že především v domovech pro seniory naleznou ergoterapeuti svou úlohu vzhledem ke snížené soběstačnosti ve stáří a současně k vysokému procentu výskytu zrakového postižení, jež komplikuje nejen jim, ale i pracovníkům úkony spojené s péčí a negativně tak přispívá k závislosti jedince na druhých osobách.

Dohromady odpovědi na tyto otázky nastiňují zkušenost osob se získaným zrakovým postižením s ergoterapeutickou intervencí. Ergoterapeut nejvíce pomohl ve výše uvedených oblastech a pro převážnou většinu respondentů (90 % z 20 respondentů) se jednalo o zkušenost s kladným hodnocením. Rovněž tyto oblasti představují příležitost pro navázání spolupráce s ergoterapeutem. Autorka se tak domnívá, že i přestože momentální zkušenost není prozatím příliš vysoká, v budoucnu by počet spoluprací mohl mít rostoucí tendenci.

V rámci druhého výzkumného problému bylo zjišťováno, jaká je informovanost osob se získaným zrakovým postižením o profesi ergoterapeuta. Ergoterapie je relativně mladý a stále vyvíjející se obor, který prošel významnými změnami. Jeho definice a vymezení v literatuře není jednotné, a dokonce i pro samotné ergoterapeuty je vystihnout podstaty ergoterapie nelehkým úkolem. Jelínková a kolektiv (2009) uvádí, že toto může vést k prohlubování mezery v informovanosti širokého okolí a veřejnosti o náplni ergoterapie. Z tohoto důvodu a na základě svých zkušeností se autorka práce domnívala, že širokou veřejností, a tudíž i mezi osobami se získaným zrakovým postižením, není prozatím profese ergoterapeuta příliš známá. Toto tvrzení může být dále stupňováno faktem, že vzhledem ke statistickým údajům k roku 2022 je v celé České republice pouhých 1400 ergoterapeutů (COTEC, 2022). Z tohoto počtu pak pouze jedna ergoterapeutka pracuje v zařízení pro osoby se zrakovým postižením, a to Mgr. Lenka Hružová. Jiné ergoterapeuty se zaměřením na osoby se zrakovým postižením i přes veškeré získané kontakty nebylo možno dohledat. Proto byly výsledky tohoto výzkumného šetření více než překvapivé, neboť dle vyhodnocených dat informovanost o náplni profese ergoterapeuta u dotazovaných osob nabývá nadpoloviční hodnoty, tedy 51 %. Z důvodu neexistujících českých ani zahraničních výzkumů s totožným záměrem nebylo možné porovnání dat. Nejbližší tématem byl osobní průzkum Pešáka (2002), v němž zjišťoval, co si 15 osob zrakově postižených a 10 pracovníků v této oblasti představují pod pojmem „rehabilitace zrakově postižených osob“. Odpovědi zahrnovaly například nácvik prostorové orientace a samostatného pohybu, nácvik v oblasti ADL, nácvik čtení a psaní v Braillově písmě nebo poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek.

Této problematice byla v dotazníku věnována otevřená otázka č.10, kde osoby se získaným zrakovým postižením představovaly svůj subjektivní názor na to, čím se zabývá ergoterapeut. Otázka se zaměřovala na povědomí o náplni profese ergoterapie jako takové, bez specifikace na oblast zrakového postižení. Autorkou práce bylo předpokládáno, že větší část respondentů nebude obeznámena s oborem ergoterapie nebo bude uváděna pouze tradiční odpověď: „Ergoterapie je léčba prací.“ Taková odpověď není odpovědí chybnou, neboť se jedná o součást ergoterapie a o historické pojmenování samotného oboru, avšak Jelínkovou (2009) i Krivošíkovou (2011) je v literatuře zdůrazňováno, že je takto označováno dřívější užší pojetí a rukodělné práce jako je tvorba s materiály již nemusí být primární náplní terapií vedené ergoterapeutem. Dle výsledků si tak lze povšimnout, že ani jedna z domněnek autorky práce nebyla potvrzena. Respondenty byly uváděny odpovědi

směřované především na soběstačnost, nácvik běžných denních činností, rehabilitaci po úrazu a cvičení těla. Tyto domény jsou pro ergoterapeuta zásadní a jsou tak všechny takto zvolené odpovědi považovány za vyhovující, kdy autorka předpokládá, že respondenti jsou dostatečně informováni o náplni práce ergoterapeuta. Odpovědi „lčba prací“ a „práce s různými materiály“ zde měly také své zastoupení, nicméně pouze v malém množství. Ojedinělymi, ale korektními odpověďmi byly „úprava prostředí“ a „nalezení vhodného zaměstnání“. V teoretické části je věnována pozornost úloze ergoterapeuta při úpravě prostředí, kde autoři z čerpaných publikací poukazují na důležitost tohoto kroku, čímž je podpořena správnost odpovědi. Uplatnění ergoterapeuta u zaměstnání je také hodnocena jako náležitá odpověď, neboť součástí kompetencí ergoterapeuta je ergodiagnostické vyšetření, jež posuzuje pracovní potenciál jedince. To může napomoci s nalezením pracovního místa (ČAE, 2023). Zbylý počet respondentů uvedl odpovědi, jež postrádaly celostní pojetí charakteru profese. Příkladem takto koncipované odpovědi je formulace „Pomáhat lidem s postižením“ nebo prostě „Pomáhat“. Z těchto odpovědí nelze vyvodit míru informovanosti o ergoterapii. V závěru lze konstatovat, že informovanost osob se získaným zrakovým postižením byla vzhledem k autorčiným odhadům lehce nadprůměrná, avšak tento fakt nebrání dalšímu rozšiřování povědomí o profesi ergoterapeuta mezi osobami s tímto typem postižení. Autorka během vypracovávání subjektivně předpokládala vliv věku jedince a doby, ve které mu byla diagnostikována zraková vada, na znalost a spolupráci s ergoterapeutem. Ani jedna z domněnek nebyla potvrzena, neboť výsledky neprokázaly tuto souvislost.

V konečném souhrnu je z návaznosti prvního a druhého výzkumného problému nutno zdůraznit, že dostatečná informovanost neodpovídá stejnému procentu spolupráce mezi ergoterapeuty a osobami se získaným zrakovým postižením, neboť z výsledků tohoto výzkumu vyplývá, že pouze 24 % respondentů někdy ve svém životě spolupracovalo s ergoterapeutem. Dále 70 % ze všech respondentů uvedlo, že zkoušelo nácvik běžných denních činností, přičemž pouze u 12 % z nich byl v této oblasti zapojen ergoterapeut. Lze tedy říct, že zkušenost těchto osob s ergoterapeutem je poměrně malá, neboť 76 % oslovených se s ergoterapeutem nikdy nesešlo. Výsledky prokazují, že na získávání soběstačnosti jedince se získaným zrakovým postižením se podílí nejvíce rodina či partner/ka (manžel/ka). Z řad odborníků je primárně osloven instruktor sociální rehabilitace, jakožto pracovník Tyfloservisu. Výsledky dotazníku však objevují zásadní zjištění, že u 90 % jedinců, kteří spolupracovali s ergoterapeutem, jim byla ergoterapeutická intervence

přínosem. Pro celistvost informací bylo prostřednictvím další otázky zjišťováno, zda by osoby, jež doposud nespolupracovaly s ergoterapeutem, měly zájem o služby ergoterapeuta. Až v 67 % případech byla uvedena kladná odpověď. S přihlédnutím na tyto skutečnosti vyplývá, že i když je míra spolupráce s ergoterapeutem malá, zájem o její navázání by byl velký. Rovněž přínosnost a oblasti, v nichž byl ergoterapeut nápomocný, podporují názor, že úloha ergoterapeuta je patřičná v oblasti zrakového postižení. Proto si autorka klade otázku, zda malé procento spolupráce je pouze následkem nedostatečné propagace nebo malého množství literatury zmiňující ergoterapii u zrakového postižení či je zde jiný doposud neznámý důvod.

8.1 Úskalí a limitace práce

Největší limitaci autorka shledává v malém množství české i zahraniční literatury s tímto tématem. V rámci českých zdrojů nebyla autorkou nalezena žádná literatura, jež by byla plně zaměřena na téma ergoterapie u osob se zrakovým postižením. V zahraniční literatuře byla nalezena stěžejní publikace, jejímuž obsahu autorka věnovala nejvyšší váhu. Limitací je rovněž stáří dohledaných zdrojů, které byly využity pro vytvoření bakalářské práce.

Kvantitativní výzkum byl proveden prostřednictvím polostrukturovaného dotazníku. Tento způsob získávání dat byl autorkou práce zvolen i přes určitá znepokojení, zda se jedná o vhodný způsob s ohledem na zrakové schopnosti cílové skupiny, a tedy i na schopnost přečtení otázek v dotazníku. Nicméně autorka byla přesvědčena o možnosti využití kompenzačních pomůcek i pomocných zařízení, která umožňují osobám se zrakovým postižením čtení psaného textu v různých podobách. V případě online dotazníku bylo Slowíkem (2010), Kimplovou a Kolaříkovou (2014) uvedeno, že jedinci se zrakovým postižením jsou schopni samostatné práce na počítači prostřednictvím přizpůsobené obrazovky (zvětšení písma) nebo hlasového výstupu. Pro tištěný dotazník platí totéž pravidlo o kompenzačních pomůckách a pomocných zařízení, přičemž byl vybrán vhodný font písma (Arial) ve větší velikosti, který je bez patek a nečiní tak nadbytečné problémy při čtení, jak uvádí autorka Moravcová (2004). Struktura dotazníku byla v jednoduchém provedení s přijatelným počtem otázek, avšak nemohlo být zvoleno složitější zobrazení otázek jako jsou maticové otázky, otázky doplněné obrázkem či tabulkou nebo také nemohl být dotazník proveden ve studenty hojně využívaném programu Survio vzhledem k nekompatibilitě se čtecím zařízením. Určitý problematický aspekt nastával také u polouzavřených otázek, kdy jsou respondenty uváděny do možnosti „Jiné“ odpovědi, jež patří do výčtu z uvedených

možností autorkou dotazníku. S těmito odpověďmi bylo zacházeno tak, jako by byly respondenty vybrány v jedné z nabízených možností.

Za druhou hlavní limitaci autorka považovala především návratnost dotazníků. V první řadě samotné zajišťování respondentů bylo velmi náročným procesem, který je důsledkem přílišné specifikace tématu bakalářské práce a cílové skupiny, kdy v převážné většině se setkala s osobami se zrakovou vadou vrozenou. Významná komplikace také vyplývá z podstaty získané zrakové vady, která bývá charakteristická především pro osoby ve stáří. Lze tedy v logickém důsledku konstatovat, že v této věkové skupině se nalézá nejvyšší počet respondentů. Hendl a Remr (2017) představují tento jev jako negativum dotazování online dotazníkem, kdy tak osoby staršího věku a domácnosti bez dostupného internetu nebudou dostatečně reprezentovány. Proto tam, kde bylo možné, se autorka snažila alespoň zajistit tištěnou verzi dotazníku namísto vyplňování elektronické verze. Návratnost byla problémovou oblastí pro významné procento neúspěšných kontaktů, jež silně převyšovalo ty úspěšné. Gavora (2002) ve své publikaci uvádí, že mnohdy je nízká návratnost způsobena nedostatečnou argumentací výzkumníka o důležitosti své práce, čímž nedojde k přesvědčení respondenta k účasti na výzkumu. Autorka práce uznává, že toto může být jeden z faktorů, který přispěl k vysoké míře neúspěšných kontaktů. Z druhé strany ochota zaměstnanců oslovených organizací předat svým klientům informace o výzkumném šetření nebyla ze strany autorky nijak zajištělná. V důsledku těchto limitací vyvstává otázka reprezentativnosti vzorku, kdy si je autorka vědoma nepříliš vysokého počtu respondentů a rovněž poukazuje na to, že i přestože byli osloveni respondenti ze všech krajů České republiky, do odpovědích se tento fakt nepromítl. Autorkou se zajistit respondenty ze všech krajů nepovedlo, i přes opakované oslovení.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, zda a případně jakou mají osoby se získaným zrakovým postižením zkušenost s profesí ergoterapeuta. Současně bylo cílem prozkoumat, zda jsou tyto osoby informovány o náplni této profese. Pro naplnění hlavního i dílčího cíle byly zvoleny dva výzkumné problémy. Autorce se podařilo zodpovědět oba výzkumné problémy a splnit tak stanovené cíle. Teoretická část byla v úvodu zaměřena na stručné představení anatomie zrakového aparátu i s jeho patologickými odchylkami, jež mohou vzniknout v průběhu života. V další části byly popsány možnosti ergoterapie u osob se získaným zrakovým postižením. Pro vytvoření obsahu praktické části byl zvolen kvantitativní výzkum s využitím polostrukturovaného dotazníku jako technikou sběru dat. Výsledná data byla prezentována formou tabulek a grafů.

Získané zrakové postižení má významný dopad na život jedince. Je ovlivňována nejen soběstačnost v každodenním životě, ale také oblasti zahrnujících fyzické a duševní zdraví či sociální zázemí. Role ergoterapeuta je mnohostranná, jelikož své schopnosti a dovednosti dokáže přizpůsobit potřebám jedince. Z dohledaných informací v teoretické části a z výsledků praktické části autorka shledává přínos práce především v poukázání na významnost uplatnění ergoterapeutů v oblasti života jedince se získaným zrakovým postižením. Načež by ráda zdůraznila nepoměr, kdy je prokázán kladný vliv ergoterapeutických intervencí a případný zájem o spolupráci s ergoterapeutem, byť v kontrastu s nedostatečným zapojením ergoterapeutů v oblasti zrakového postižení.

Autorka si je však vědoma, že se jedná pouze o malý vzorek respondentů, kdy s hlubším a rozsáhlejším zkoumáním by výsledky mohly nalézt jiných hodnot. I přes tyto nedostatky byly prací zjištěny závěry, jež doposud žádnými studiemi zkoumány nebyly. Autorka práce považuje sníženou soběstačnost důsledkem získaného zrakového postižení za problematiku, do které by měl být zapojován ergoterapeut jako jeden z hlavních odborníků. Proto v rámci dalšího zkoumání by navrhovala propojení tohoto tématu s podrobnějším zaměřením na průběh a možnosti terapie za použití kvalitativního výzkumu s doplněním o subjektivní názor dotazovaných osob, anebo v porovnání s ergoterapií u vrozeného zrakového postižení. Domnívá se totiž, že by se našly odlišnosti v ergoterapii u vrozeného a získaného zrakového postižení. Na závěr práce by autorka práce chtěla zdůraznit, že důsledky získaného zrakového postižení sahají daleko za hranice zraku a zrakového systému.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BACHELDER, Judy McGinty a Don HARKINS, 1995. Do Occupational Therapists Have a Primary Role in Low Vision Rehabilitation?. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 49(9), 927-930 [cit. 2023-01-18]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.49.9.927>

BENEŠ, Pavel, 2019. *Zraková postižení: behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2110-6.

BERÁNEK, Václav a kol., 2019. *Metodika zpracování kvalifikačních prací*. Plzeň, Fakulta zdravotních studií.

BERGER, Sue, 2012. Is my World Getting Smaller? The Challenges of Living with Vision Loss. *Journal of Visual Impairment & Blindness* [online]. 106(1), 5-16 [cit. 2023-03-20]. ISSN 0145-482X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0145482X1210600102>

BERGER, Sue, 2013. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Older Adults Living With Low Vision. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 67(3), 263-265 [cit. 2022-9-21]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.007203>

BUSSE, Anja et al., 2002. Adaptation of Dementia Screening for Vision-impaired Older Persons. *Journal of Clinical Epidemiology* [online]. 55(9), 909-915 [cit. 2022-10-18]. ISSN 08954356. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00449-3](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00449-3)

COOPER, Cynthia, DESHAIES, Lisa, 2013. *Mosby's Field Guide to Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Mosby, an imprint of Elsevier Inc. ISBN 978-0-323-06767-6.

Council of Occupational Therapist for The European Countries, 2022. *Summary of Occupational Therapy Profession 2022* [online]. [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.coteceurope.eu/wp-content/uploads/2022/06/Summary-of-the-Profession-2022.pdf>

Česká asociace ergoterapeutů. *Co je ergoterapie*. [online] ČAE, c2008-2023. [cit. 2022-10-05]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>

DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměněné vydání. Praha: Karolinum. Edice pedagogické literatury. ISBN 978-80-246-1966-8.

DO, Anna Ngoc, Diane SMITH a Kim SCHOESSOW, 2022. Examining the Relationship Between Race and Ethnicity and Depression in Older Adults With Low Vision. *Topics in Geriatric Rehabilitation* [online]. 38(4), 254-260 [cit. 2022-10-10]. ISSN 0882-7524. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/TGR.0000000000000372>

DODDS, Allan, 1993. *Rehabilitating Blind and Visually Impaired People: A psychological approach*. Nottingham: Springer Science+Business Media Dordrech. ISBN 978-1-4899-4461-0.

DREER, Laura E. et al., 2005. Social Problem-Solving Abilities and Psychological Adjustment of Persons in Low Vision Rehabilitation. *Rehabilitation Psychology* [online], 50(3), 232-238 [cit. 2023-03-26]. ISSN 1939-1544. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.3.232>

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4.

FINKOVÁ, Dita, 2011. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2742-3.

FINKOVÁ, Dita, Martina HUBIŠTOVÁ a Jana KASÁČKOVÁ, 2017. Problematika životní spokojenosti u dospělých osob se zrakovým postižením. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy. 27(2), 129-139. ISSN 1211-2720.

GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.

GERVAIS, Marie-Ève et al., 2017. Evaluation of Cognitive Functioning in the Context of Rehabilitation for Visual Impairment in Older Adults: A Case Series. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* [online]. 35(3-4), 132-155 [cit. 2023-03-16]. ISSN 0270-3181. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02703181.2017.1339758>

GIRDLER, Sonya, Tanya L. PACKER a Duncan BOLDY, 2008. The Impact of Age-Related Vision Loss. *OTJR: Occupation, Participation and Health* [online]. 28(3), 110-120 [cit. 2023-01-13]. ISSN 1539-4492. Dostupné z: <https://doi.org/10.3928/15394492-20080601-05>

HAEGELE, Justin A. a Xihe ZHU, 2021. Physical Activity, Self-efficacy and Health-related Quality of Life among Adults with Visual Impairments. *Disability and Rehabilitation* [online]. 43(4), 530-536 [cit. 2023-02-26]. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2019.1631397>

HEESTERBEEK, Thomas et al., 2017. The Incidence and Predictors of Depressive and Anxiety Symptoms in Older Adults with Vision Impairment: a longitudinal prospective cohort study. *Ophthalmic and Physiological Optics* [online]. 37(4), 385-398 [cit. 2022-11-20]. ISSN 0275-5408. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/opo.12388>

HENDL, Jan, 2009. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat. 3.*, přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-482-3.

HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2.*, aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ, 2009. *Ergoterapie.* Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-583-7.

JEŘÁBEK, Hynek, 1993. *Úvod do sociologického výzkumu.* Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-662-5.

JESENSKÝ, Ján, 2002. *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia: sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí Hradec Králové, 21.-23.9.2001.* Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-041-8.

KEBLOVÁ, Alena, 1999a. *Čich a chuť u zrakově postižených.* Praha: Septima. ISBN 80-721-6081-8.

KEBLOVÁ, Alena, 1999b. *Hmat u zrakově postižených: souhrn (nejen) psychologické problematiky.* Praha: Septima. ISBN 80-721-6085-0.

KEBLOVÁ, Alena, 1999c. *Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené žáky ZŠ*. 2. upr. vyd. Praha: Septima. ISBN 80-721-6104-0.

KEBLOVÁ, Alena, 1999d. *Sluchové vnímání u zrakově postižených*. Praha: Septima. ISBN 80-721-6080-X.

KEBLOVÁ, Alena a Renata RUCKÁ, 2001. *Zrakově postižené dítě*. Praha: Septima. ISBN 80-721-6191-1.

KEMPEN, Gertrudis I. J. M et al., 2012. The Impact of Low Vision on Activities of Daily Living, Symptoms of Depression, Feelings of Anxiety and Social Support in Community-living Older Adults Seeking Vision Rehabilitation Services. *Quality of Life Research* [online]. 21(8), 1405-1411 [cit. 2023-03-26]. ISSN 0962-9343. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3438403/>

KIMPLOVÁ, Tereza, 2010. *Ztráta zraku: úvod do psychologické problematiky*. Ostrava: Pedagogická fakulta, Ostravská univerzita. ISBN 978-80-736-8917-9.

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

KLUSOŇOVÁ, Eva, 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-535-8.

KOCHOVÁ, Klára a Markéta SCHAEFEROVÁ, 2015. *Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0782-5.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

KVĚTOŇOVÁ, Lea, 2000. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-85931-84-2.

LAMBERT J., 1994. Occupational Therapists, Orientation and Mobility Specialists and Rehabilitation teachers. In: WHITTAKER, Stephen et al., 2016. *Low Vision Rehabilitation: A Practical Guide for Occupational Therapists*. Second edition. New Jersey: Slack Incorporated. ISBN 978-1-63091-234-5.

LAMOUREUX, Ecosse Luc et al., 2007. The Effectiveness of Low-Vision Rehabilitation on Participation in Daily Living and Quality of Life. *Investigative Ophthalmology & Visual Science* [online]. 48(4) [cit. 2023-03-08]. ISSN 1552-5783. Dostupné z: <https://doi.org/10.1167/iovs.06-0610>

LIM, Zhi Wei et al., 2020. Association Between Visual Impairment and Decline in Cognitive Function in a Multiethnic Asian Population. *JAMA Network Open* [online]. 3(4) [cit. 2023-03-20]. ISSN 2574-3805. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32324240/>

LIU, Chiung-ju et al., 2013. Occupational Therapy Interventions to Improve Performance of Daily Activities at Home for Older Adults with Low Vision: A Systematic Review. In: BERGER, Sue, 2013. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Older Adults Living With Low Vision. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 67(3), 263-265 [cit. 2022-07-21]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.007203>

LIU, Chiung-ju a Megan C. CHANG, 2019. Interventions Within the Scope of Occupational Therapy Practice to Improve Performance of Daily Activities for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 74(1) [cit. 2023-03-19]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7018463/>

LUDÍKOVÁ, Libuše a Veronika RŮŽIČKOVÁ, 2006. *Tyflopédie pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1189-X.

LUDÍKOVÁ, Libuše a Zdeňka KOZÁKOVÁ, 2012. *Specifika komunikace s osobami se speciálními vzdělávacími potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3094-2.

MARKOWITZ, Michelle, 2006. Occupational therapy interventions in low vision rehabilitation. *Canadian Journal of Ophthalmology* [online]. 41(3), 340-347 [cit. 2023-01-18]. ISSN 00084182. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16767190/>

MÉSZÁROSOVÁ, Anna, 2013. *Vrozené vývojové vady: nejdůležitější otázky a odpovědi* [online]. 20.3.2023 [cit. 2022-10-11]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/vrozene-vyvojove-vady-nejdulezitejsi-otazky-odpovedi>

MOLITOR, Lucas Whitney a Rebecca MAYOU, 2017. The Low Vision Team: Optometrists' and Ophthalmologists' Perceptions and Knowledge of Occupational Therapy. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* [online]. 36(1), 54-71 [cit. 2023-03-29]. ISSN 0270-3181. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02703181.2017.1417343>

MORAVCOVÁ, Dagmar, 2004. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-476-4.

McGRATH, Colleen, 2011. *Occupational Therapy Now* [online]. 13 (3), 26-28 [cit. 2023-03-12]. ISSN 1481-5532. Dostupné z: https://caot.in1touch.org/document/3917/OTNow_May_11.pdf

Moreau Physical Therapy, 2018. Occupational Therapy for Persons with Visual Impairment. *Moreau Physical Therapy* [online]. Texas [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.moreaupt.com/blog/OT-for-Persons-with-Visual-Impairment>

NASREDDINE, Ziad, c2023. MoCA Basic Blind. In: *MoCA Cognition* [online]. Canada, [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://mocacognition.com/paper/>

ORR, Alberta L. a Kathleen M. HUEBNER, 2001. Toward a Collaborative Working Relationship among Vision Rehabilitation and Allied Health Professionals. *Journal of Visual Impairment & Blindness* [online]. 95(8), 468-482 [cit. 2023-03-08]. ISSN 0145-482X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0145482X0109500803>

PENDLETON, Heidi a Winifred SCHULTZ-KROHN, 2017. *Pedretti's Occupational Therapy: Practice skills for physical dysfunction*. 8th edition. Missouri: Elsevier. ISBN 978-0-323-33927-8.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

RÖDEROVÁ, Petra, 2015. *Edukace osob se zrakovým postižením v osobnostním pojetí*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8091-1.

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

RŮŽIČKA, Evžen a kol., 2019. *Neurologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-681-5.

RŮŽIČKOVÁ, Kamila, 2015. *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-383-3.

RŮŽIČKOVÁ, Veronika, 2006. *Integrace zrakově postiženého žáka do základní školy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1540-2.

RŮŽIČKOVÁ, Veronika a Kateřina KROUPOVÁ, 2017. *Pohled na samostatný pohyb a prostorovou orientaci osob se zrakovým postižením: souhrn (nejen) psychologické problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-802-4452-739.

SHI, Angell a Sarwat SALIM, 2023. Vision Rehabilitation in Glaucoma Patients. *Current Opinion in Ophthalmology* [online]. 34(2), 109-115 [cit. 2023-03-11]. ISSN 1040-8738. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36718681/>

SCHINDLEROVÁ, Olga a kol., 2007. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých*. Praha: Tyfloservis. ISBN 978-80-239-8822-2.

SCHINDLEROVÁ, Olga a Kateřina GŮROVÁ, 2007. *Na ruce si nevidím: praktické dovednosti pro život se zrakovým postižením*. Praha: Okamžik. ISBN 80-86932-10-9.

SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3676-919.

SMALLFIELD, Stacy et al., 2017. Living with Low Vision: Strategies Supporting Daily Activity. *Occupational Therapy In Health Care* [online]. 31(4), 312-328 [cit. 2022-07-18]. ISSN 0738-0577. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1384969>

SYNEK, Svatopluk a Šárka SKORKOVSKÁ, 2014. *Fyziologie oka a vidění*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3992-2.

ŠIKL, Radovan, 2012. *Zrakové vnímání*. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-247-3029-5.

ŠTRÉBLOVÁ, Miroslava, 2002. *Poznáváme svět se zrakovým postižením: úvod do tyflogedie*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně. ISBN 80-7044-448-7.

ŠUMNÍKOVÁ, Pavlína, 2018. *Možnosti prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-807-6030-053.

VÍTKOVÁ, Marie et al., 1999. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-75-3.

VRUBEL, Martin a Markéta SCHAEFEROVÁ, 2015. *Facilitátory a bariéry školní a sociální inkluze osob se zrakovým postižením: úvod do tyflopédie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-802-1080-225.

WHITTAKER, Stephen, Mitchell SCHEIMAN a Debra A. SOKOL-McKAY, 2016. *Low Vision Rehabilitation: A Practical Guide for Occupational Therapists*. Second edition. New Jersey: Slack Incorporated. ISBN 978-1-63091-234-5.

WIENER, Pavel a Renata RUCKÁ, 2006. *Terapie zrakového handicapu: souhrn (nejen) psychologické problematiky*. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS. ISBN 80-239-6774-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Mezinárodní klasifikace zrakového postižení dle WHO

Příloha 2 – Montreal Cognitive Assessment/ MoCA – BLIND

Příloha 3 – Vzor dotazníku v MS Word

Příloha 4 – Souhlas s výzkumným šetřením

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Mezinárodní klasifikace zrakového postižení schopností dle WHO

STUPEŇ SNÍŽENÍ ZRAKOVÝCH SCHOPNOSTÍ	
1.	Střední slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1
2.	Silná slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2
3.	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
4.	Praktická nevidomost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5.	Úplná nevidomost ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Zdroj: Růžičková, 2015

Příloha 2 – Montreal Cognitive Assessment/ MoCA – BLIND

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT / MoCA-BLIND
Version 7.1 Original Version

Name:
Education:
Sex:
Date of birth:
Date:

MEMORY		FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	POINTS
Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials even if 1st trial is successful. Do a recall after 5 minutes.	1st trial						No points
	2nd trial						
ATTENTION							
Read list of digits (1 digit/sec.) Subject has to repeat them in the forward order [] 2 1 8 5 4 Subject has to repeat them in the backward order [] 7 4 2							___ / 2
Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No point if ≥ 2 errors [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B							___ / 1
Serial 7 subtraction starting at 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 or 5 correct subtractions: 3 pts, 2 or 3 correct: 2 pts, 1 correct: 1 pt, 0 correct: 0 pt							___ / 3
LANGUAGE							
Repeat: I only know that John is the one to help today. [] The cat always hid under the couch when dogs were in the room. []							___ / 2
Fluency / Name maximum number of words in one minute that begin with the letter F. [] _____ (N \geq 11 words)							___ / 1
ABSTRACTION							
Similarity between e.g. banana - orange = fruit [] train - bicycle [] watch - ruler							___ / 2
DELAYED RECALL	Has to recall words	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	Points for UNCUED recall only
	With no cue	[]	[]	[]	[]	[]	
Optional	Category cue						
	Multiple choice cue						___ / 5
ORIENTATION							
[] Date [] Month [] Year [] Day [] Place [] City							___ / 6
© Z. Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal \geq 18 / 22		TOTAL	
Administered by: _____						Add 1 point if \leq 12 yr edu	
						___ / 22	

Zdroj: Nasreddine, nedatováno

Příloha 3 – Vzor dotazníku v aplikaci MS Word

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Nikola Houdková a jsem studentkou 3.ročníku oboru Ergoterapie na Západočeské univerzitě v Plzni. Dovoluji si Vás oslovit s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku na téma Role ergoterapeuta u osob se získaným zrakovým postižením. Vyplnění dotazníku slouží jako podklad k vytvoření praktické části mé bakalářské práce a je určen pro osoby s diagnostikovanou zrakovou vadou v průběhu života, kterou již **nelze** ovlivnit operativně ani optickými pomůckami jako jsou oční brýle či čočky. Proto prosím nevyplňujte, pokud tyto kritéria nesplňujete. Cílem práce je zjistit, zda a jakou mají osoby se získaným zrakovým postižením zkušenost s profesí ergoterapeuta a současně prozkoumat, zda jsou tyto osoby informovány o náplni profese ergoterapeuta. Výsledky šetření mohou dát podnět k navázání vzájemné spolupráce a vést k uplatnění ergoterapeuta u tohoto typu postižení.

Tento dotazník je zcela dobrovolný a anonymní v souladu se zachováním GDPR. Dotazník obsahuje maximálně 15 otázek, počet se odvíjí na základě Vašich odpovědí. Vyplněním těchto otázek je schváleno zařazení získaných informací k dalšímu zpracování v rámci bakalářské práce.

Prosím, nevyplňujte znovu, pokud jste již tento dotazník vyplňoval/a.

Mockrát děkuji za Váš čas a ochotu.

Nikola Houdková

OTÁZKY V DOTAZNÍKU

1. JAKÉ JE VAŠE POHLAVÍ?

- A) Žena
- B) Muž

2. JAKÁ JE VAŠE VĚKOVÁ SKUPINA?

- A) Méně než 18
- B) 18-29
- C) 30-49
- D) 50-69
- E) 70 a více

3. V JAKÉM KRAJI MOMENTÁLNĚ BYDLÍTE?

- A) Hlavní město Praha
- B) Středočeský kraj
- C) Jihočeský kraj
- D) Plzeňský kraj
- E) Karlovarský kraj
- F) Ústecký kraj
- G) Liberecký kraj
- H) Královéhradecký kraj
- I) Pardubický kraj
- J) Kraj Vysočina
- K) Jihomoravský kraj
- L) Zlínský kraj
- M) Olomoucký kraj
- N) Moravskoslezský kraj

4. NAVŠTĚVUJETE MOMENTÁLNĚ ZAŘÍZENÍ ČI ORGANIZACI, KTERÁ POSKYTUJE SLUŽBY OSOBÁM SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM? POKUD ANO, V JAKÉM KRAJI?

- A) Nenavštěvuji žádnou organizaci
- B) Hlavní město Praha
- C) Středočeský kraj
- D) Jihočeský kraj
- E) Plzeňský kraj
- F) Karlovarský kraj
- G) Ústecký kraj
- H) Liberecký kraj
- I) Královéhradecký kraj
- J) Pardubický kraj
- K) Kraj Vysočina
- L) Jihomoravský kraj
- M) Zlínský kraj
- N) Olomoucký kraj
- O) Moravskoslezský kraj

5. DO JAKÉ SKUPINY BYSTE SE ZAŘADIL/A NA ZÁKLADĚ STUPNĚ VAŠICH ZRAKOVÝCH SCHOPNOSTÍ?

- A) Střední slabozrakost
- B) Těžká slabozrakost
- C) Těžce slabý zrak
- D) Praktická nevidomost
- E) Úplná nevidomost
- F) Jiné...

6. V KOLIKA LETECH VÁM BYLA ZRAKOVÁ VADA DIAGNOSTIKOVÁNA LÉKAŘEM?

- A) Méně než 18
- B) 18-29
- C) 30-49
- D) 50-69
- E) 70 a více
- F) Nejsem si jistý/á.
- G) Jiné...

7. VNÍMÁTE OMEZENÍ SVÉ SOBĚSTAČNOSTI NA ZÁKLADĚ ZÍSKANÉHO ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ? POKUD ANO, V JAKÉ OBLASTI?

*Ize zaškrtnout více odpovědí

- A) Necítím žádné snížení soběstačnosti, vše zvládám.
- B) Jedení a pití
- C) Hygiena
- D) Oblékání
- E) Mobilita a prostorová orientace
- F) Péče o domácnost
- G) Použití komunikačních technologií
- H) Nakupování, manipulace s financemi
- I) Jiné...

8. ZKOUŠEL/A JSTE NÁCVIK BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ?

* Nácvik běžných denních činností je charakterizován nacvičováním samostatnosti při běžných denních činnostech jako je hygiena v koupelně, oblékání se, sebesycení, vaření apod.

- A) Ano
- B) Ne

9. KDO VÁM POMÁHÁ/ POMOHL SE ZÍSKÁVÁNÍM SOBĚSTAČNOSTI (S NÁCVIKEM BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ)?

*Ize zaškrtnout více odpovědí

- A) Nikdo, vše zvládám sám/a
- B) Rodina
- C) Partner/ka (manžel/ka)
- D) Speciální pedagog
- E) Instruktor sociální rehabilitace
- F) Ergoterapeut
- G) Jiné...

10. CO JE PODLE VÁS NÁPLNÍ PROFESE ERGOTERAPEUTA?

11. SPOLUPRACOVAL/A JSTE VY OSOBNĚ S ERGOTERAPEUTEM?

- A) Ano – **nevyplňovat otázku č. 15**
- B) Ne – **nevyplňovat otázky č.12 až č.14**

12. KDE JSTE SE S ERGOTERAPEUTEM OSOBNĚ SETKAL/A?

- A) Zdravotnická zařízení
- B) Rehabilitační zařízení
- C) Sociální zařízení
- D) Lázeňská zařízení
- E) Jiné...

13. V JAKÉ OBLASTI Z NÍŽE UVEDENÝCH VÁM BYL ERGOTERAPEUT NEJVÍCE NÁPOMOCNÝ?

- A) Oblast běžných denních aktivit
- B) Oblast kompenzačních pomůcek
- C) Oblast samostatného pohybu a orientace v prostoru
- D) Oblast fyzického zdraví
- E) Oblast psychického zdraví
- F) Oblast kognitivních funkcí (např. pozornost, myšlení, řeč...)
- G) Oblast poradenských služeb (např. úprava domácnosti)
- H) V žádné oblasti
- I) Jiné...

14. BYLA PRO VÁS SPOLUPRÁCE S ERGOTERAPEUTEM PŘÍNOSNÁ?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nejsem si jistý/á.

15. MĚL/A BYSTE VZHLEDEM K NÍŽE UVEDENÉMU OBJASNĚNÍ NÁPLNĚ OBORU ERGOTERAPIE ZÁJEM O SPOLUPRÁCI S ERGOTERAPEUTEM?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nejsem si jistý/á.

ERGOTERAPIE

Ergoterapie je: „*profese, která se zabývá podporou zdraví a celkové pohody jedince (well-being) prostřednictvím zaměstnávání či činnosti. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit osobám plně se účastnit všech svých každodenních činností. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle buď prováděním samotného zaměstnávání či činnosti, nebo také tím, že podporují schopnost jedince zapojit se do činnosti prostřednictvím úpravy prostředí, ve kterém činnost probíhá.*“ (WFOT, 2007 in Krivošíková, 2011)

KONEC DOTAZNÍKU.

Mockrát Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

V případě zájmu, kontaktní údaje: nhoudk@students.zcu.cz, nikca700@seznam.cz

Pro zaslání výsledků výzkumného šetření, uveďte prosím svou emailovou adresu:

.....
.....

MÁTE NĚJAKÉ PŘIPOMÍNKY PRO AUTORA DOTAZNÍKU?

.....
.....
.....

Příloha 4 – Souhlas s výzkumným šetřením



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Nikola Houdková
Studijní program/ročník: Ergoterapie, 3. ročník
Akademický rok: 2022/2023

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v rámci bakalářské práce

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací¹ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 2. 7. 2023

Podpis: 



Žádost pro oslovenou instituci:

Vážená paní proděkanka Pavlíková,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studenta/ky Nikoly Houdkové, posluchače/ky bakalářského studijního programu Ergoterapie, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem je zjistit, zda a jakou mají osoby se získaným zrakovým postižením zkušenost s profesí ergoterapeuta a současně prozkoumat, zda jsou tyto osoby informovány o náplni profese ergoterapeuta. Výsledky tohoto šetření mohou dát podnět k navázání vzájemné spolupráce a vést k uplatnění ergoterapeuta u této diagnózy.

Sledovaný soubor tvoří osoby s diagnostikovaným získaným zrakovým postižením v průběhu života. Do tohoto souboru nebudou zahrnuty osoby, jejichž zraková vada je vrozená nebo lze korigovat medikamenty, operativně či optickými pomůckami.

Sběr dat bude proveden prostřednictvím strukturovaného dotazníku v rámci kvantitativního výzkumu. Dotazník obsahuje maximálně 15 otázek, kdy počet otázek je odvíjen na základě odpovědí respondenta.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením: Mgr. Kateřina Svěčená, Ph.D.

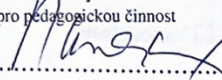
Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V Plzni dne 2.1.2023

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
proděkan pro pedagogickou činnost


.....
Razítko a podpis