

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kvalita života u lidí s postupnou ztrátou zraku

2006/2007

Bc. Jana Novotná

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní PhDr. Heleně Chloubové za cenné rady, pomoc a věnovaný čas při zpracování diplomové práce, dále bych chtěla poděkovat všem svým respondentům za pomoc a ochotu při sbírání informací pro diplomovou práci. Velký dík patří celé mé rodině za trpělivost a podporu v náročných chvílích mého života.

Obhajoba diplomové práce dne:

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Jméno oponenta:

Hodnocení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne 20.dubna 2007

podpis:

OBSAH

Abstrakt v českém jazyce	7
Abstrakt in English language	8
Teoretická část	9
Úvod	10
1. Kvalita života	11
1.1. Vymezení pojmu kvalita života	11
1.2. Kvalita života a nemoc	12
1.3. Kvalita života slabozrakých a nevidomých	15
2. Význam zraku a akceptace zrakových vad různého stupně postižení	19
2.1. Význam zraku	19
2.2. Nonakceptace vady u těžce zrakově postižených osob	21
2.3. Akceptace vady těžce zrakově postiženým člověkem	22
2.4. Akceptace těžkých zrakových vad vidícím člověkem	23
3. Patofyziologie zrakového ústrojí	24
3.1. Anatomie a fyziologie zrakového ústrojí	24
3.1.1. Anatomie zrakového ústrojí	24
3.1.2. Fyziologie zrakového ústrojí	25
3.1.2.1. Mechanismus akomodace	25
3.2. Patologie zrakového ústrojí	26
3.2.1. Vrozené poruchy zraku	27
3.2.2. Získané poruchy zraku	30
4. Reakce na ztrátu zraku	37
4.1. Definice a vymezení základních pojmů	37
4.2. Překonávání negativních následků ztráty zraku v dospělosti	42
5. Možnosti terapie zraku	46
5.1. Terapie zraku	46
5.2. Přehled oblastí terapie zraku	47
5.2.1. Využití neoptických pomůcek	47
5.2.2. Využití optických pomůcek	49
5.2.3. Využití elektronických pomůcek	50
5.2.4. Techniky zrakové práce	51
5.2.5. Komplikace technik zrakové práce zrakově postižených osob	52
6. Sociální zabezpečení osob se zrakovým postižením	53
6.1. Sociální péče	53
6.2. Přehled právních předpisů upravujících sociální péči	53
6.3. Nové zákony o sociálních službách	55

6.4. Co nového přináší zákon o sociální péči lidem se zrakovým postižením	56
Empirická část	58
7. Empirický výzkum	59
7.1. Námět empirické části	59
7.2. Cíle kvalitativního výzkumu	59
8. Metodiky výzkumu	60
8.1. Strukturovaný rozhovor	60
8.2. Pozorování	63
8.3. Sledování dokumentace a anamnestických údajů	63
8.4. Předvýzkum - Ošetřovatelské kazuistiky	64
8.5. Charakteristika výzkumného vzorku	68
8.5.1. Kritéria pro výběr respondentů a základní identifikační znaky	68
8.6. Organizace a časový plán výzkumné práce	74
8.6.1. Organizace výzkumné práce	74
8.6.2. Časový plán výzkumné práce	74
8.7. Způsob zpracování výsledků	75
9. Kvalitativní zhodnocení výpovědí respondentů	76
10. Diskuze	107
10.1. Verifikace cíle č. 1	108
10.2. Verifikace cíle č. 2	110
10.3. Verifikace cíle č. 3	111
10.4. Verifikace cíle č. 4	112
10.5. Verifikace cíle č. 5	113
10.6. Verifikace cíle č. 6	113
10.7. Verifikace cíle č. 7	114
11. Možnosti zlepšení kvality života u lidí s postupnou ztrátou zraku	115
12. Závěr	117
13. Seznam použitých zdrojů	120
13.1. Literární zdroje	120
13.2. Internetové zdroje	126
14. Seznam zkratk v teoretické a empirické části	128
Přílohy – Seznam příloh	

Anotace

Titul a jméno autora:	Bc. Jana Novotná
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
Obor :	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce:	Kvalita života u lidí s postupnou ztrátou zraku
Vedoucí práce:	PhDr. Helena Chloubová
Počet stran:	128 + přílohy
Počet příloh:	13
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	Kvalita života, postižení zraku, vada, handicap, bariéra, kompenzace, vyrovnání se, nepřijetí, bagatelizace

Diplomová práce se zabývá problematikou kvality života u lidí, kde během jejich života došlo k poruše zraku a k jeho postupnému úbytku. Teoretická část je zaměřena na kvalitu života, význam zraku pro člověka, patofyziologii zrakového ústrojí, reakce na ztrátu zraku, možnosti terapie zraku a sociální zabezpečení osob se zrakovým postižením. Výzkumná část vyhodnocuje horizontálně a vertikálně výpovědi respondentů ve třech kolech rozhovorů v tříměsíčních obdobích. Sleduje proces vyrovnání se respondentů s postupně zhoršujícím se zrakem.

Abstract

Author's name: Bc. Jana Novotná

School: Charles University, Prague
1st Faculty of Medicine
Institut of Theory and Practice of Nursing
Studničkova 5, 121 00 Prague

Program: Health Care Administration

Title: The Quality of life of People, Who
Labour With Gradual Lossing Sight

Consultant: PhDr. Helena Chloubová

Number of pages: 128 + attachments

Number of attachments: 13

Year: 2007

Key words: Quality of life, infliction of the sight, imperfection, handicap, barrier, compensation, taking care of problems, non-admission, belittlement

My master thesis treats of problems of quality of life of people, whose sight has been broken, and they have been gradually losing it during their life. Theoretical part is focused on the quality of life, sight sense for man, sight patho-physiology, reaction to losing sight, sight therapy possibilities and social support for people with sight problems. Research part evaluates informants' statements in a horizontal and vertical way. These statements were gained in three rounds interviews after three months parts. Research part follows the process of taking care of informants with gradual losing sight.

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Má práce se zabývá problematikou lidí postižených vadou zraku. Jejich částečná nebo úplná ztráta schopnosti vizuálně se orientovat v našem světě s sebou nese nejrůznější obtíže, s nimiž se zejména starší lidé velmi špatně vyrovnávají. Některým z nich se zhoršila kvalita života, nedokázali se s údělem vyrovnat či se uzavřeli před okolím. Setkala jsem se i s respondenty, kteří „skrze svůj osud“ nedokázali nalézt cestu a nový způsob života. Byla jsem svědkem jejich boje, proher a výher.

V teoreticko-výzkumné práci se zrcadlí úděl těchto lidí, příčiny jejich trápení a někdy neochota nebo nevědomost společnosti podat jim pomocnou ruku.

Pokládala jsem si postupně sedm otázek, jenž se staly i mými cíli pro výzkum. Jejich předmětem byly myšlenky na bariéry, které musí překonávat. Zajímaly mě jejich prožitky, integrace do společnosti, změny životních hodnot. V neposlední řadě jsem se zaměřovala na to, jak respondenti subjektivně hodnotí celkovou kvalitu svého života, proto jsem zvolila kvalitativní výzkum.

Odpovědi na otázky jsem hledala ve tří-kolovém výzkumu. Zamýšlela jsem sledovat stejný vzorek 32 respondentů ve 3 etapách. Ale psychické stavy některých sledovaných mi zabránily pokračovat v další spolupráci. Ke konci výzkumu jich se mnou spolupracovalo 22, ale i toto číslo pokládám za velký úspěch.

Práce má mimo jiné napovídat, co všechno je potřeba učinit, zlepšit, vybudovat pro lidi trpící zrakovým handicapem, aby se v budoucnu nestávalo, že zůstanou sami bez pomoci a naděje cesty ven z jejich „temnoty“.

1. Kvalita života

1.1. Vymezení pojmu kvalita života

„Kvalita života je dojem jednotlivce či skupiny, že jsou jejich potřeby uspokojovány a že jim nejsou odpírány příležitosti k dosažení štěstí a naplnění.“⁶⁹

Slovo kvalita pochází z latinského slova „*qualitas*“, což znamená kvalita, jakost, vlastnost. *Qualitas* je odvozeno od kořene „*qui*“ a znamená kdo. Český kořen tohoto tázacího zájmena (kdo) „*k*“ – nás dovede až ke slovům „*kéz*“ či „*kýžený*“ – tj. žádoucí, cílový stav.³⁰

*Kvalitou života se rozumí pocity jednotlivce jak vnímá svůj život, zda jej prožívá tak, že může žít v normální společnosti, jak pocituje rozdíl mezi tím, co si může dovolit a co by si přál, aby směl a měl.*⁷⁰ Je proto pochopitelné, že rozdíly mezi přáními, tužbami a pocity zdravého člověka a nemocného mohou být odlišné v mnoha situacích života. Pocity zdraví a nemoci jsou také ovlivněny závislostí na věku, kulturnosti a hodnotovém systému v dané geografické oblasti. Kvalita života tu není statický ukazatel, ale v čase se vyvíjející proces, který odráží široké spektrum stránek lidské existence.

Kvalitu života je též možno definovat jako *pocit dobrého bytí*. Samostatný pojem kvalita života je velmi úzce propojený s pojmem zdraví. WHO (Charta, Ottawa, 1986) *Chápe zdraví jako procesuální děj, který zahrnuje tělesné, psychické a sociální aspekty. Zdraví umožňuje jedinci efektivní a přiměřené překonávání obtíží, z čehož vyplývá pozitivní životní pocit a přesvědčení o vlastních silách.*⁷³ Z toho plyne, že zdraví lze dostatečně určit pouze na základě subjektivních informací.

Dalo by se říci, že lidé se zabývali kvalitou života odedávna. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení, inspirací nejen toho co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo. Známy je např. výrok Aristotela o tom, že štěstí (a tím i do určité

⁶⁹Definice - Kvalita života. [http://64.233.183.104/search?q=cache:3ueRq9cTdgMJ:lf /upload/socka.doc+kvalita \[1.6.2006\]](http://64.233.183.104/search?q=cache:3ueRq9cTdgMJ:lf /upload/socka.doc+kvalita [1.6.2006])

³⁰KŘIVOHLÁVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. 2002. s. 162. ISBN 80-247-0179-0

⁷⁰ Definice – Kvalita života. [http://www.copn.cz/e/anky_kvalitazivotaRyma.htm \[31.5.2006\]](http://www.copn.cz/e/anky_kvalitazivotaRyma.htm [31.5.2006])

⁷³Definice - Zdraví podle WHO. [http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/uvod%20studia20protekt.htm \[31.5.2006\]](http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/uvod%20studia20protekt.htm [31.5.2006])

míry kvalita života) je něčím, na co mají různí lidé odlišné názory. Každý člověk vidí v různých situacích života štěstí (a podobně i kvalitu života) v něčem jiném. Aristoteles říká: „*Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.*“³⁰

Kvalitu života lze hodnotit ve třech sférách. A to v *makro-rovině*, *mezo-rovině* a *personální rovině*. V makro-rovině jde o kvalitu života velkých společenských celků. Tato problematika se tak stává součástí základních politických úvah (viz. např. problematika boje s epidemiemi, hladomorem, chudobou, terorismem, ale i investic do zdravotnictví). V *mezo-rovině* se jedná o souvislosti s kvalitou života, o malé sociální skupiny (např. škola, nemocnice, domov důchodců). Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování základních potřeb každého člena společnosti, existence tzv. sociální opory a sdílených hodnot. *Osobní (personální) rovina* je definována dosti jednoznačně. Jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, atd. Každý z nás sám hodnotí kvalitu svého vlastního života.

*Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým vztahem, reflexí nad vlastní existencí.*³⁰

1.2. Kvalita života a nemoc

Současnost preferuje jednoznačně zdraví, mládí, úspěch a výkon.²² Kvalita života se odvíjí právě od těchto hodnot, a proto také jakékoliv odkazy na význam utrpení, bolesti a nemoci pro osobní růst každého člověka jsou považovány téměř za nepatřičné. Lidský život je lemován většími či menšími krizemi, společně s utrpením a nemocemi. Člověk touží po naplnění smyslu svého života, po tom, aby byl jeho život celistvý, bez utrpení a nemocí, bez životních krizí. Všechny tyto negativní elementy, které doprovázejí život lidí, mnohdy člověka posunou do jiných „dimenzí“ lidského bytí. Vedou ke změnám žebříčku hodnot, životního stylu, změny návyků, každodenních rituálů, mohou vést k získání životní moudrosti. Mnohdy mohou převrátit život

³⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. 2002. 164 s. ISBN 80-247-0179-0

³⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. 2002. 164 s. ISBN 80-247-0176

²² JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON. 2003. 128s. ISBN 80-7254-329-6

člověka „naruby“. Např. když je člověk po vážné autonehodě upoután na invalidní vozík nebo přijde vlivem traumatu o končetinu. Ale nemusejí to být jen traumata, ale samotné stárnutí připravuje člověku nemalé změny. Ve stáří dochází k mnohým změnám nejen ve fyzické, ale i psychosociální složce člověka. Tyto změny jsou většinou ve smyslu mínus. Najednou člověk zjistí, že už nestihne tolik práce jako před deseti lety. Jeho mladší kolegové v práci jsou výkonnější, rychlejší a samozřejmě mohou dosahovat vyšších pracovních výkonů. Stárnutí a stáří je samo o sobě v dnešní přetechnizované a na výkon zaměřené době „handicapem.“ Spolu se stárnutím a přibývajícím lety se začínají objevovat i nemoci.

Chceme-li mluvit o nemoci, je potřeba připomenout si definici zdraví (viz str.1). Z toho vyplývá, že za nemoc je považován stav, kdy je člověk omezován v některé oblasti lidské pohody. Mezi zdravím a nemocí lze vést jen velmi obtížně ostrou hranici. Přejít ze stavu zdraví do nemoci může být buď velmi pozvolný anebo náhlý. Změna, kterou nemoc představuje, nám signalizuje jak velmi jsme zranitelní. Jedno staré přísloví praví: „*Zdravý člověk má tisíc přání, nemocný jen jedno.*“²²

Každý člověk je schopen vyrovnávat se s nemocí různým způsobem. Každý má své ověřené strategie zvládnání náročných životních situací a jimi nemoc a její důsledky zaručeně jsou. Křivohlavý (Psychologie nemoci, 2002) uvádí tzv. kognitivní model zvládnání nemoci pacientem.³⁰

- I. *Interpretace situace* – hledání smysluplnosti toho, co se děje.
- II. *Vlastní proces zvládnání situace* – použití různých postupů k znovunastolení normálního stavu.
- III. *Vyhodnocení účinnosti použitých prostředků* k znovunastolení normálního stavu (zdraví).

Pacient však nikdy nezkouší jen jeden způsob řešení svých obtíží. Stádia, kterými prochází nemocný po sdělení závažné nebo infaustní diagnózy, se zabývala Elisabet Kübler-Ross. Její popis stádií je možno aplikovat zejména na nevléčitelně nemocné, ale i na pacienty s diagnózou, u které není možné vyléčení a lze předpokládat postupné zhoršování zdravotního stavu.

²² JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON. 2003. 128s. ISBN 80-7254-329-6

³⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. 2002. 33 s. ISBN 80-247-0179-0

První stádium, které nastává po sdělení diagnózy lékařem, je doprovázeno *šokem* pacienta. Elisabet Kübler-Ross pozorovala u svých pacientů, že si ve stádiu šoku kladou následující otázky: „Proč právě já?“ „Proč právě mě?“ Právě to vede k jedinému. K samotnému *popírání skutečnosti* a ke *stažení se do izolace*. Nevěří tomu, že v jejich případě byla stanovena správná diagnóza. Mnohdy opakovaně podstupují nepříjemná a bolestivá diagnostická vyšetření s nadějí, že prvotní diagnóza nebyla stanovena správně. Odmítají přijmout fakt, že jejich nemoc je nevyhléditelná nebo může vyústit ve smrt. Když se už nedá pokračovat v popírání a odmítání, nastoupí pocit *zlosti, vzteku, závnosti a rozmrzelosti*. Vystavují otázky: „Proč zrovna já a ne ten druhý?“ Zatímco ve stádiu popírání jsou lidé v okolí nemocného schopni přijímat a tolerovat výkyvy v podstatě bez problémů, pro stádium *zlosti* nachází pacientova rodina a zdravotnický personál porozumění jen obtížně. Časté jsou invektivy nemocných vůči zdravým tohoto světa, ale jsou pouze zastřenou formou vnitřně prožívané krize.³⁶ Třetí stádium je stádiem *smlouvání*. Z dosavadních zkušeností s nemocnými vyzorovala Kübler-Rossová, že pro nemocné existuje nepatrná naděje „na odměnu za dobré chování“, že za mimořádné služby mu někdy může být splněno přání. Přání prodloužení zbývajících života, prožití života bez bolestí a fyzických obtíží a utrpení. Po smlouvání přichází období *depresí*, když „vážně“ nemocný člověk nemůže svou nemoc nadále popírat, když přibývá zjevných příznaků nemoci a ubývá sil. Deprese mohou být doprovázeny různými projevy smutku. Závěrem procesu se dostavuje *akceptace*, přijetí pravdy o nemoci, která má vážný charakter. Zejména do poslední fáze někteří nemocní často nedospějí. Jedná se především o mladé lidi, pro které má život skončit ve chvíli, kdy se sotva rozvinul. U nemocných, kteří trpí onemocněním, které nemusí nutně končit smrtí, se s vyrovnáním setkáváme.

Na celkovém smíření se s nemocí, přizpůsobení se novým podmínkám a kvalitám života, závisí mnoho průvodních aspektů. Mezi ně zaručeně patří: rozsah nemoci a postižení, míra sociální opory, možnost dalšího zařazení do společnosti, vnímání handicapu sebou samým a jeho okolím, znovunalezení smyslu života v dosavadním žebříčku hodnot atd.

Znovunalezení smyslu života a nové určení pomyslných kroků životem je pro člověka s určitým defektem velmi důležité. Co je ale vůbec smysl života? Opět není

³⁶ KÜBLER-ROSS, E.: *Odpovědi na otázku o smrti a umírání*. Praha: H&H. 15s. ISBN není

možno nalézt jednomyslnou odpověď. Je to s největší pravděpodobností pro každého člověka specifický pojem, který naplňuje sám jedinec a je pro něho vlastní. Pro některé z nás se stala smyslem života výchova a péči o své děti, pro jiné je vším kariéra a shromažďování majetku, pro jiné zase dosažení stupně vítězů v olympijských hrách. Ale jak je to u lidí, kteří oslepli, přišli o končetinu při autonehodě nebo dokonce po takové události nehybně leží na lůžku? Jaký mají smysl života oni? Mají na něj dozajista právo. Celý život se jim obrátil „vzhůru nohama“, mohou se cítit osamoceni a nepotřební pro společnost a pro blízké. V této chvíli potřebují více než kdy předtím oporu svých nejbližších a mnohdy i pomoc odbornou. S největší pravděpodobností dochází i k zhroucení žebříčku hodnot. Jak již bylo řečeno, nemocní mají jen jediné přání, a to být zdraví. U člověka s nevléčitelnou chorobou je toto přání nedosažitelné. I když v hodnocení svého vlastního zdraví se výpovědi různí. Někdo se bude cítit zdravý, když nebude mít bolesti, ale je odkázán na pohyb se slepeckou holí a jiný se bude cítit zdravý, když prožije hezký den se svou rodinou a přitom není napojený na infúzi s chemoterapeutiky. Jiný člověk se může cítit nemocen při pouhé rýmě.

1.3. Kvalita života slabozrakých a nevidomých lidí

Pro představu o kvalitě života slabozrakých a nevidomých uvádím báseň M. Jirotkové (16 let)

SLEPOTA

Slepota by nebolela!

Nevidět tvář druhého člověka, jen jeho slova slyšet.

Bylo by to krásné, jako pravda odvěká, jako na srdce své lásky myslet.

Milovat ho bez zábran, bez pohledu na krásu,

milovat ho čím dál víc a neřítit se dle času.

Zní to možná nemožně pošetile, však bylo by to lepší nežli teď.

Vždyť nikdo neví kam spěje tenhle svět.

Svět plný lásky falešné, co plakat tě nutí.

Svět plný vrásky bolestné, bolesti, které není vyhnoutí.

Slepota by nebolela!

Nevidět zničený svět, co vznikl díky nám za pár let.

Nevidět umírat lidi a nevidět trapasy, za které se lidi tolik stydí.
Nevidět trpící děti, co o pomoc prosí, nevidět zlo, co někteří lidé v sobě nosí.
Nevidět svět kolem sebe, nevidět ani modré z nebe.
Nevidět rozdíl mezi nocí a dnem, nevidět rozdíl mezi skutečností a snem.
Nevidět věci kolem sebe, co svět zdobí, nepoznat, co je starý a co nový.
Slepota by nebolela!⁷²

M. Jirotková

Ztráta zraku jako jednoho z velmi důležitých smyslů, je pro člověka dosti závažnou událostí v jeho životě. Jak se tito lidé dokáží vyrovnat s tak závažným postižením? Jak vnímají svůj dosavadní život a jak vidí své perspektivy do budoucna? Co vlastně prožívají?

Je to mnoho otázek, které si zaslouží odpověď. Lidé, kteří trpí získanou ztrátou zraku, kteří se nevidomí nenarodili, své postižení nesou velmi těžce. Je pro ně vše nové. To, co pro ně bylo před tím zcela samozřejmé, je teď pryč. Už si nikdy nepřečtou knihu, nepodívají se zběžně do zrcadla, aby zkontrolovali svůj vzhled před odchodem do práce. Už to nikdy nebude takové, jako když byl jejich zrak v pořádku a oni mohli vidět vše kolem sebe. Zní to dosti definitivně, ale jejich život nekončí. Začíná pouze další etapa, která přináší člověku odlišné kvality lidského bytí. Ztráta zraku je mezníkem – tlustou černou čarou v jejich životě. Může to být start k lepší kvalitě života? Ztěžší si člověk bez takového postižení dokáže představit jaké to je – nevidět. Normální je vidět, vnímat svět kolem nás všemi smyly. Pokud člověk nevidí, je dosti znevýhodněn oproti „normálním“ lidem. Z definice kvality života (viz kapitola 1.1. Vymezení kvality života) vyplývá, že ztráta zraku sebou nese i porušení dosud nastavené kvality života.

Ale kdo určuje kvalitu života? Je to přece sám člověk, který se snaží dosáhnout co možná nejlepší kvality života, kterou si předem stanovil. Pomyslnou nejvyšší laťku kvalitního života si nastaví každý sám.

Jak se staví společnost k lidem se zrakovým postižením? Jak jsou přijímáni? Každý jedinec je vlastně jakýmsi „odrazem v zrcadle“ společnosti, ve které žije. Lidé často mají vůči nevidomým a slabozrakým předsudky. Nevidomí jsou často pokládáni za společensky méněcenné, zdraví lidé vůči nim pociťují většinou lítost

⁷² JIROTKOVÁ, M: *Slepota*. <http://www.fnb.cz/skola/flastr1/flastr110.htm> [1.6.2006]

a soucit. Zdá se, jako by zraková vada upoutala veškerou pozornost vidících lidí a zastínila tak všechny ostatní schopnosti, které zrakově postižený má. Obecně platí, že jsme k handicapovaným lidem tím ohleduplnější, čím je jejich postižení zjevnější. Naproti tomu si svět nevidomých tak dobře představit neumíme. Lidé se většinou domnívají, že ztráta zraku je největší újma, jaká může člověka postihnout. Protože si vidění spojují s běžnou orientací, s odečítáním výrazu v cizí tváři, se čtením, se stolováním atd.

Závažným problémem, se kterým se nevidomí musejí potýkat, je zkreslená představa společnosti o jejich neschopnosti a nesamostatnosti, vyplývající z jejich postižení. Často se zrakově postiženým stává, že lidé upřednostňují rozhovor s jejich doprovodem, než by hovořili přímo s nimi. Jako by postižení zraku mělo vliv na schopnost vytváření vlastního úsudku a rozhodování. Jednou z forem úplného nepřijetí zrakové vady vidícími lidmi je vyhýbání se kontaktu s nevidomými. Toto chování obzvláště těžce nesou lidé, kteří se narodí vidící, ale v průběhu života o zrak přijdou. Najednou zjistí, že se jim jejich dosavadní přátelé, známí a někdy i rodinní příslušníci vyhýbají.

Naše společnost trpí předsudky o lidech, kteří nevidí. Přičemž předsudek je relativně stálé seskupení postojů vytvořených během života. Většinou se můžeme setkat se třemi typy předsudků. První skupina předsudků má podněcující charakter. Zrakově těžce postižení si zaslouží politování a soucit spojený s charitativním přístupem. Další z nich jsou spíše odmítavého rázu. Nevidomí jsou neužiteční a neproduktivní. Ztráta zraku je podle těchto předsudků trestem, postižený si ji zavinil sám. Nevidomých je třeba se obávat, vyhýbat se jim a vyvrhnout je ze středu vidících.³⁷

Poslední předsudek je idealizující. Příroda nevidomým chybějící zrak vynahradila zbystřením ostatních smyslů. Jsou mravně lepší než vidící.

Může člověk prožívat kvalitní život, pokud ztratil zrak během svého života ve společnosti, kde je ve většině případů považován za neplnohodnotného? S tímto problémem se musejí lidé s postižením zraku potýkat dnes a denně. Při nástupu do tramvaje, při přecházení silnice, při nakupování. Společnost jako celek sama vytváří

³⁷LARYŠOVÁ, T.: Postoje ke zrakově těžce postiženým. *Psychologie*, roč. 10, 2004, č.9, s. 22, ISSN 1211-5886

bariéry, a tak se mnoho obyčejných situací stává pro člověka se smyslovým postižením překážkou.³⁷

WHO definuje Handicap jako *důsledek omezení schopnosti či neschopnosti vzniklé na základě původně porušené struktury či funkce organismu.*⁷⁶

Bartošová Z. a Hrdlička F. tvrdí, že pojem handicap označoval nerovnost podmínek při sportovních podmínkách. Obecný výklad dnes spíše zní takto: *„Handicap je subjektivní pocit oslabené pozice vůči okolí, způsobený objektivními příčinami.“*⁷⁴

Způsob, jakým se postižený s novou situací vyrovná, jak ji zvládne, závisí na jeho osobnosti před onemocněním, na jeho vztazích k nejbližšímu okolí a na tom, jakou oporu jsou mu jeho nejbližší lidé schopni poskytnout. Mladý člověk prožívá tuto skutečnost jako velmi náročnou až katastrofickou, ale při dobré péči a opoře je schopen překážky překonat a rozvinout potřebné dovednosti, zatímco staří lidé se vyrovnávají se ztrátou zraku těžko. Obtížně se ve vyšším věku učí novým a nezbytným dovednostem bez kontroly zraku. Jsou mnohem více závislí na pomoci druhých lidí. Jedním z úkolů společnosti i státu je účinně pomoci lidem s handicapem, aby měli i přes své omezení společnosti co nabídnout, aby byli pro své okolí prospěšní a aby si dále mohli plnit své individuální životní cíle.

³⁷ LARYŠOVÁ, T.: Postoje ke zrakově těžce postiženým. *Psychologie*, roč. 10, 2004, č.9, s. 22, ISSN 1211-5886

⁷⁶ Definice WHO Handicap.
<http://64.233.183.104/search?q=cache:3ueRq9cTdgMJ:lfj.cu/upload/socka.doc+handic> [31.5.2006]

⁷⁴ BARTOŠOVSKÁ, Z, HRDLIČKA, F.: Definice Handicap
<http://www.blisty.cz/art/26197.html> [26.11.2006]

2. Význam zraku a akceptace zrakových vad různého stupně postižení

2.1. Význam zraku

„Lidský organismus užívá všechny své schopnosti k tomu, aby mohl jako integrovaný celek přijmout a vydávat informace, jež mají pro něj smysl a jež může použít ve svém vývoji, v učení a fungování v harmonii se svým okolím.“⁴⁷

Natálie Barraga

Zrakový vjem je zprostředkován složitým komplexem navzájem spolupracujících tkání. *„Je to orgán, který umožňuje vnímání světla, barvy a zprostředkuje vnímání největšího množství informací o okolním prostředí a usnadňuje orientaci v prostoru.“⁵⁶* Těžká nebo úplná ztráta zraku představuje v kterémkoli věku závažnou změnu v životních možnostech takto postiženého člověka. Těžké zrakové postižení a slepota představují v současné době jeden z nejzávažnějších celosvětových problémů. Podle údajů Světové zdravotnické organizace se počet slepých ve světě pohybuje kolem 40 milionů.¹ Podle britských pramenů je v Evropě 11 milionů lidí slabozrakých a asi 1 milion nevidomých. Přesné statistiky, ani v rámci jednotlivých států nejsou známy, ale předpokládá se, že lidé se zrakovým postižením tvoří přibližně 1 až 1,5% populace.⁷⁵

Poznáváme svět a přizpůsobujeme se změnám zevního prostředí pomocí svých smyslů. Nejdůležitější z nich je zrak. Zrakem nashromáždíme až 90% informací. Zrak je tedy nepostradatelným zprostředkovatelem vizuálních vjemů. Je vůbec možné, aby člověk mohl žít bez tak důležitého zdroje informací? Je možná akceptace a přizpůsobení se při postižení nebo úplné ztrátě zraku? Je tedy zrak nejčinnějším lidským smyslovým orgánem?

⁴⁷ Barraga Natálie In MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie*. Praha: TRITON, s.r.o., 2004. 16 s. ISBN 80-7254-476-4

⁵⁶ SYNEK, S.: *Fyziologie oka a vidění*. GRADA. 2004. 13 s. ISBN 80-247-0786-1

¹ AUTRATA, R. VANČUROVÁ, J.: *Nauka o zraku*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2002. 220s. ISBN 80-7013-362-7

⁷⁵SCHINDLER, R., PEŠÁK, M.: *Statistické údaje o nevidomých a slabozrakých*. <http://www.sons.sz/kdojezp.php> [13.01.2007]

Ztráta zraku přivodí informační deficit, který je zrakově postižený člověk nucen nahradit jinými smysly. Mezi hlavní kompenzační mechanismy patří zejména sluch, hmat, čich a neúměrně větší pohybová aktivita. Míra schopnosti vyrovnat se s takovou novou skutečností a maximální využití omezených zrakových vjemů závisí na věku, kdy k úbytku či ke ztrátě zraku došlo, na zkušenostech, na struktuře osobnosti samotného zrakového postižení, na dosažitelné reedukační péči (výcvik zaměřený na obnovení či rozvoj oslabené funkce zraku) v oblasti zraku, zrakového vnímání a dostupnosti speciálních optických, neoptických a elektronických pomůcek a na motivaci využívat nové techniky zrakové práce.⁴⁷

Velká většina lidí se domnívá, že zrak je pro lidskou činnost nepostradatelný a nevidět znamená být zcela bezmocný a odkázaný na obsluhu ze strany jiné osoby. Ztráta zraku nemusí nutně znamenat ztrátu soběstačnosti. I tato těžká smyslová vada postiženému člověku ponechává nepřebornou řadu životních příležitostí, ve kterých se může uplatnit a žít jako plnohodnotná lidská bytost. Zrak je sice nejdůležitějším smyslem člověka, není však jediným. Při správné kompenzaci, popřípadě reedukaci, jej mohou zastoupit smysly ostatní (výše jmenované). Údělem nevidomého není tedy bezmocná nečinnost, ale činnost bez pomoci zraku.

Jde to velmi obtížně, některé činnosti nemohou nevidomí lidé vykonávat vůbec (např.: řízení auta). Ale toho, co dělat mohou, je tolik, že se jejich život může v podstatě blížit způsobu života lidí vidících. Některé činnosti mohou vykonávat stejně jako lidé vidící, pro jiné byly vytvořeny speciální postupy a pomůcky. (viz příloha č. 10: Ukázka některých pomůcek pro zrakově postižené).

Nutnost dělat vše bez zrakové kontroly klade na nevidomého člověka nejvyšší nároky tam, kde musí přesně řídit svůj pohyb. Orientace v prostoru a přesná souhra pohybů je v tomto případě největším problémem. Je důležité, aby od ranného dětství byli jedinci s vrozenými vadami zraku, ale i jedinci se získaným porušením zraku během života, vedeni k samostatnosti. Praktická samostatnost nevidomého člověka a výcvik k ní má množství vnějších a objektivních důvodů, které přináší sám život. Ale samostatnost má velký význam i pro vnitřní duševní život a jeho mezilidské vztahy. Postižený člověk, který není a nemusí být odkázán pouze na pomoc a péči lidí, i když ji zatím mohou rádi poskytovat, má nesrovnatelně lepší životní pocit než

⁴⁷ MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie*. Praha: TRITON, s.r.o., 2004. 17 s. ISBN 80-7254-476-4

osoba, na této péči závislá. Prakticky samostatný zrakově postižený člověk má vyšší sebedůvěru, sebevědomí a větší pocit životní jistoty. Může svůj život prožívat plnohodnotně.

2.2. Nonakceptace vady u zrakově těžce postižených osob

Nonakceptace neboli neakceptace vady lze určit jako „*nepřijímání a neuznávání životních možností a omezení, které vada zanechává.*“⁵ Vedoucí úlohu zde má citová složka tohoto postoje, která bývá zabarvena odmítavostí a záporností.

Neakceptace zrakové vady má různé jevové podoby a život přináší stále nové. Čálek (1991, 77s.) rozděluje neakceptaci zrakové vady do dvou kategorií:

- Zveličování důsledku defektu
- Popírání důsledku defektu

V případě „*zveličování*“ důsledku vady jde o postoj, kdy se zrakově těžce postižený jedinec považuje za víceméně bezmocnou bytost. Postižená dospělá osoba nebo dítě se pokládají za zcela závislé a neschopné samostatnosti. Nejsou schopné nést jakoukoli odpovědnost nebo odvést výkon, obstat ve společenských rolích a vztazích aktivního rázu. Nepočítá se s možností kompenzace defektu, ztráta zraku je synonymní s neschopností, bezmocností, vyřazeností. Tento postoj může zastávat jak postižený člověk sám, tak lidé v jeho okolí, ale může být rozšířen i na celospolečenskou úroveň. Naproti tomu v případě „*popírání*“ důsledků vady jde o to, že se nepřihlíží k omezením, která vada přináší. Lze jednat i tak, jakoby vůbec neexistovala. Postižená dospělá osoba či dítě se chápou jako „každý jiný“, tedy jako vidící, ačkoli podmínky jejich činnosti jsou značně pozměněny. Postižený jedinec se staví do takových úkolů a rolí, které jsou pro jeho předpoklady nepřiměřené. Typické zde je, že se neuskutečňují reálné možnosti a zároveň se trvá na uskutečňování nemožného. U obou předcházejících typů neakceptace těžké zrakové vady je zřejmá přítomnost jednoho společného znaku – nedochází k dostatečnému využívání skutečných možností, které se nabízejí. Zrakově postižení se staví do pozice s vyhraněným stanoviskem: „*Bud' všechno jako vidící, nebo nic!*“⁵

⁵ ČÁLEK, O.: *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1991. 76 s.

2.3. Akceptace vady těžce zrakově postiženým člověkem

Poznatek v souvislosti mezi psychologickým postojem k vadě a kompenzaci defektu, není věcí nedávnou. Alfred Adler (1991, 79 - 80 s.) uvádí, že „*osobnost postiženého jedince není determinována méněcenností orgánu, nýbrž reakcí jedince na tuto organickou méněcennost.*“ Adlerovská odborná literatura sice ještě nepoužívala termínu akceptace a nonakceptace, ale rozeznávala tři typy psychologických odpovědí na orgánový defekt.⁵

- odvaha, která vede ke kompenzaci defektu
- zoufalství, které směřuje k ústupu ze života a k úpadku
- kolísání, které má za následek neurózu

Akceptace vady je aktivní a velmi individualizovaný proces. Grayson (1991, 80 s.) rozeznává tři skupiny příznaků akceptace vady.⁵

- jedinec si je dobře vědom povahy svého postižení, jeho příčin, komplikací a prognózy
- je realistický v poměru ke svému zaměstnání, rodině a dalším společenským vztahům a okolnostem
- nevykazuje žádné vážné psychiatrické příznaky, které by vyplývaly z reakce na postižení

Z výzkumu Thume a Marphree z roku 1961 vyplývá, že akceptace bílé hole byla samozřejmostí pro lidi (3/4 z dotazovaných), kteří nevěřili naděje do obnovení svého vidění. Naopak z těch, kdo věřili v navrácení svého zraku, využívá bílé hole pouze 1/5 rehabilitovaných. Tito autoři soudí, že nonakceptace bílé hole je ukazatelem širší nonakceptace zrakové vady.⁵

⁵ ČÁLEK, O.: *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1991. 77 s.

⁵ADLER in ČÁLEK, O.: *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1991. 79-80 s.

⁵GRAYSON in ČÁLEK, O.: *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1991. 80 s.

pouze 1/5 rehabilitovaných. Tito autoři soudí, že nonakceptace bílé hole je ukazatelem širší nonakceptace zrakové vady.⁵

Aktivní přizpůsobivost se považuje za důležitý rys a zároveň podmínku normality osobnosti. Určuje se jako „*schopnost jedince záměrně utvářet sám sebe ve směru rozvíjení a zvyšování vlastních potenciálů na straně jedné, ale zároveň jako schopnost vědomého zasahování jedince do jeho vlastních životních podmínek tak, aby mu umožňovaly co nejoptimálnější sebeuplatnění.*“⁵ Aktivní přizpůsobení znamená, že jedinec je schopen koordinovaně měnit jak sám sebe, tak své prostředí (zejména vztahové). Touto schopností si osobnost udržuje svou relativně stálou totožnost i přes proměnu chování, kterou si aktivní přizpůsobení vynucuje. Aktivní, činorodé přizpůsobení se považuje za nejvyšší formu interakce jedince s prostředím. Proto osobnost člověka, postiženého těžkou či úplnou ztrátou zraku, který se dokáže (byť s odbornou pomocí) aktivně přizpůsobovat své životní situaci, není v podstatě logické považovat za nenormální, trvale narušenou osobnost.

2.4. Akceptace těžkých zrakových vad vidícím člověkem

Akceptaci zrakové vady ze strany vidících osob je potřeba definovat jinak, z jiného aspektu, než akceptaci vlastní zrakové vady u samotného postiženého jedince. Akceptace vidícího člověka vůči zrakově postiženému zaujímá takový postoj, který obsahuje pravdivé poznání důsledků neúplné či úplné ztráty zraku, nepřehnanou emocionální odezvu na tyto skutečnosti a motivační tendenci vyrovnávat se s nimi během styku s postiženými lidmi účelně, věcně a konstruktivně. Jinými slovy to znamená znát a uznávat zbyvajících osobní a životní možnosti i nastalá omezení u takto postižených lidí. Ztrátu zraku brát jako životní fakt a pokud možno přispívat ke zmírnění či odstranění jejích záporných následků.⁵

⁵ČÁLEK, O.: *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1991. 89 s.

⁵ČÁLEK, O.: *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1991. 54 s.

⁵Thuma, Marphree in ČÁLEK, O.: *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1991. 80 s.

3. Patofyziologie zrakového ústrojí

3.1. Anatomie a fyziologie zrakového ústrojí

3.1.1. Anatomie zrakového ústrojí

Ke zrakovému ústrojí patří především oči. Oko má tvar koule, jejíž pevná stěna je tvořena neprůhlednou bílou blánou *bělimou* (Sclera). Bělíma tvoří 4/5 plochy oční koule. Je tvořena pevným kolagenním vazivem s fibroblasty. Vpředu přechází bělímami v *rohovku* (Cornea). Tvoří přední průhlednou část oční koule o rozsahu asi 1/5 její plochy. Na povrchu rohovky se nachází pětivrstevný rohovkový epitel. Tento epitel velmi dobře regeneruje, zvláště po povrchových poraněních. Pod bělímami je tkáň s hojnými cévami, která oko vyživuje, a proto se jí říká *živnatka* (Chorioidea). Dělí se na *cévnatku* (Chorioidea), *duhovku* (Iris) a *řasnaté tělísko* (Corpus ciliare). Cévnatka vytváří střední vrstvu oka, tvořenou cévními klíčkami ve vazivu s pigmentovými buňkami. Vyživuje vrstvu tyčinek a čípků a navzájem je izoluje, pomáhá udržovat napětí čočky a reguluje množství dopadajícího světla na sítnici. Řasnaté tělísko má tvar mezikruží. Uvnitř se nachází vazivové stroma a hladká svalovina. Svalové buňky jsou uspořádané ve třech směrech. Povrch řasnatého tělíska je pokryt sítnicí. Duhovka se nachází ventrálně od řasnatého tělíska, jehož je pokračováním. Má tvar mezikruží s otvorem v centrální oblasti zvaným zornice. Duhovka je složena ze dvou listů. Množství pigmentu v duhovce určuje její barvu. Uprostřed duhovky je okrouhlý otvor, který nazýváme *zornička* (Pupila). Zornička mění svoji velikost podle světla, které na ni dopadá. Tak se řídí množství světla, které proniká do oka, a zornička funguje jako clona. Za duhovkou je průhledná *čočka* (Lens), zavěšená v řasnatém tělisku. V něm je sval, který ovládá čočku. Když se sval stáhne, čočka se více vyklene. Její optická mohutnost je asi +18 D. Na vnitřní straně živnatky je nejdůležitější oční tkáň - *sítnice* (Retina). Má velmi složitou stavbu, je složená z několika vrstev nervových buněk a je vlastní částí mozku. Místo, kterým vidíme nejostřeji, se jmenuje *žlutá skvrna* (Fovea centralis). Oči se vždy stácejí tak, aby se předmět, na který se díváme, odrazil v místě žluté skvrny v každém oku.

Prostor mezi čočkou a sítnicí vyplňuje průhledná rosolovitá tkáň, *sklivec* (Corpus

⁸ ČIHÁK, R.: *Anatomie 3*. Praha: Grada publishing. 2002. 580-604 s. ISBN 80-7169-140-2

vitreum).

Oko je uloženo v *očnici* (Orbita). Očnice je kostěná dutina, vyplněná za okem tukem, cévami, nervy. Probíhají v ní oční svaly, které pohybují očima všemi směry. Vpředu uzavírají očnici *víčka* (Palpebrae) opatřená řasami. Zevní stranu víček a přední stranu pokrývá *spojivka* (Conjunctiva). Spojivka a rohovka jsou stále svlažovány slzami, které vylučuje *slzná žláza*. Přebytek slz odtéká *odvodnými slznými cestami* z vnitřního koutku do dolního nosního průchodu.⁸

3.1.2. Fyziologie zrakového ústrojí

Zrakový systém je jedním z nejsložitějších sensorických systémů. Analyzuje světelné podněty a tím napomáhá orientaci v prostředí, umožňuje také registrovat psané informace. Receptory pro zrak jsou uloženy v oku.

Optický systém oka, který vytváří na sítnici obrácený a zmenšený obraz vnějšího světa, je tvořen rohovkou, komorovou vodou, čočkou a sklivcem. Světelný paprsek vstupující do oka se nejprve láme na rohovce, pak znovu na přední ploše čočky a dále na její zadní ploše. Poté prochází sklivcem a dopadá na sítnici. Elastická průhledná tkáň čočky je obklopena pouzdem a zavěšena na ciliárním kruhovém svalu. Kontrakce ciliárního svalu vyklenuje čočku dopředu, a tím umožňuje zaostření blízkých předmětů.³⁸

3.1.2.1. Mechanismus akomodace

Akomodace závisí nejen na ciliárním svalu, ale hlavně na jeho závěsném aparátu. Při kontrakci svalu povolí tah závěsných vláken a čočka se vlastní pružností vyklene, zornice se zúží a bulby konvergují. Akomodace je řízena reflexně cholinergními vlákny ve středním mozku.

Při pohledu do dálky se zobrazují na sítnici předměty, z nichž vycházejí paprsky rovnoběžně. Teoreticky leží tyto předměty v nekonečnu (vzdálený bod), protože od 5 metrů není oko schopno akomodace, čočka má stále stejné zakřivení.⁵⁴

⁸ ČIHÁK, R.: Anatomie 3. Praha: Grada publishing. 2002. 580-604 s. ISBN 80-7169-140-2

³⁸ ROKYTA, R. Fyziologie. Praha: ISV nakladatelství. 2000. 196 s. ISBN 80-85866-45-6

⁵⁴ ROKYTA, R. Fyziologie. Praha: ISV nakladatelství. 2000. 196 s. ISBN 80-85866-45-6

*Při pohledu do blízka (méně než 5 metrů) musí nastat akomodace, aby vidění bylo ostré. Nejbližší bod, které akomodované oko vidí ostře, se označuje jako blízký bod. Jeho vzdálenost od oka závisí na stáří, protože s věkem se snižuje pružnost čočky (presbyopie).*⁵⁴

3.2. Patologie zrakového ústrojí

Všeobecně lze zrakové vady rozdělit na vrozené a získané během života. Dále můžeme dělit zrakové vady převažující u dětí a zrakové vady vyskytující se u dospělých lidí a provázející svými problémy stáří. Třídít lze také podle poruch zrakového vnímání.⁴⁷

Přehled oblastí poruch zrakového vnímání:

- zraková ostrost
- okulomotorické poruchy, porucha prostorového vidění, dvojitě vidění
- narušení zorného pole
- obtíže při zpracování zrakových vjemů
- poruchy barvocitu
- poruchy adaptace na tmou a oslnění
- porucha citlivosti na kontrast

Moravcová (2004, 136-138 s.) uvádí nejčastější příčiny poruch zraku u dětí do 18 let je TRD (tapetoretinální degenerace), Afakie a vrozená vada disku. U lidí s postižením zraku ve věkové kategorii od 18-60 let jsou nejčastější příčiny poruch zraku TRD, Degenerativní myopie a Atrofie zrakového nervu. Lidé se zrakovými vadami ve věku nad 60 let jsou nejčastěji postiženi VPMD (Věkem podmíněnou makulární degenerací), Diabetickými retinopatiemi a Degenerativní myopií.

⁵⁴ ROKYTA, R. *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství. 2000. 196 s. ISBN 80-85866-45-6

⁴⁷ MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie*. Praha: TRITON, s.r.o. 2004. 58 s. ISBN 80-7254-476-4

3.2.1. Vrozené poruchy zraku

Přesné rozdělení vrozených poruch zraku uvádí Moravcová (2004, 59-63 s.).⁴⁷

3.2.1.1. Achromatopsie

Je vrozenou geneticky podmíněnou aplázií neuroepitelu sítnice. Projevuje se sníženou zrakovou ostrostí většinou v pásmu slabozrakosti vedoucí ke vzniku nystagmu, poruše barvocitu a silnou světloplachostí. Porucha není progresivní.

3.2.1.2. Albinismus

Patří mezi vrozené vady metabolismu aminokyselin, příčinou je defekt tyrosinázy v melanocytech, výsledkem je porucha melaninu, důležitého pro tvorbu pigmentu. Porucha pigmentace na očním pozadí se může projevit také různým stupněm hypoplazie žluté skvrny, vizus bývá bilaterálně většinou v pásmu slabozrakosti, často je přítomen nystagmus. Stav je stabilní.

3.2.1.3. Aniridie

Aniridie je vrozenou vadou oka, způsobenou dědičnou odchylkou ektodermálního původu. Je způsobena nedostatečným vyvinutím duhovky. Většinou je nález oboustranný. Z hlediska primární poruchy je stav stacionární. Ke zhoršení zrakových funkcí může dojít sekundárními onemocněními oka (glaukom, katarakta). Zraková ostrost se pohybuje od slabozrakosti až k praktické nevidomosti.

3.2.1.4. Astigmatismus

Je vrozenou refrakční vadou oka, ale lze ji získat i vleklými onemocněními rohovky. Refrakce je v různých rovinách různá. Optické paprsky se nelámu v jednom bodě, výsledkem je neostrý obraz na sítnici. Jde tedy o osově nesymetrickou refrakční vadu, související se změnou zakřivení rohovky, někdy i

⁴⁷MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie*. Praha: TRITON, s.r.o. 2004. 59-63 s. ISBN 80-7254-476-4

čočky. Osoby trpící astigmatizmem si stěžují na neostré vidění, deformaci vjemu, jeho protažení. Astigmatismus se koriguje cylindrickými skly.

3.2.1.5. Atrofie papil optického nervu

Jde o degeneraci příslušné nervové tkáně druhého neuronu zrakové dráhy, kterou představuje ganglion opticum. Výsledný stav vzniká vlivem velmi různých patologických procesů. Degenerovaná nervová vlákna nemohou být nahrazena novou nervovou tkání. Společným klinickým znakem všech typů atrofií je změna barvy papily. Atrofie bývá někdy přítomna u DMO, LMD, epilepsie nebo se může sekundárně objevit vlivem chorobných změn u RS, glaukomu nebo následkem infekce CNS. Funkční důsledky podle stupně poškození většinou snižují centrální zrakovou ostrost od vizu v pásmu lehké slabozrakosti až po nevidomost.

3.2.1.6. Afakie

Vrozená afakie vzniká z různých příčin v časném období prenatálního vývoje. Stav bez čočky znamená pro dospělé oko ztráta přibližně +18 D. Afakické oko může být světloplaché, může v něm sekundárně vzniknout glaukom nebo katarakta a amoce. Implantace nitrooční čočky se provádí většinou od dvou let.

3.2.1.7. Coloboma iridis (rozštěp, kolobom duhovky, kolobomový komplex)

Kolobomový komplex je vrozenou poruchou vývoje oka v embryonálním vývoji, která může zahrnout rozštěp celé uvey až k ciliárnímu tělísku, rozštěp čočky a zrakového nervu. Je způsobený nedostatečným uzavřením embryonální oční štěrbin. Kolobom může být jednostranný, ale i oboustranný. Vidění u oboustranných postižení bývá sníženo do pásma slabozrakosti.

3.2.1.8. Poruchy zrakové dráhy a Centrální porucha zraku

(CVI – Cortical Visual Impairment)

Kortikální postižení zraku, mozková slepota, korová slepota a centrální poruchy zraku jsou synonyma používaná pro jeden a tentýž problém, se kterým se můžeme setkat jak u dětí, tak i u dospělých po rozličných mozkových příhodách

a onemocněních s následkem poruch zraku. CVI není poruchou stavby oka, ale poruchou funkce mozku a zrakových drah. Příčiny poškození mohou být různé. Prenatální, perinatální i postnatální nedostatečný přísun kyslíku k mozku, krvácení, trombóza, zástava srdce, meningitis, autonehody, epilepsie a další. CVI je velmi variabilní, lze se setkat i s případem, kdy výsledky vyšetření se budou blížit normě, ale postižený není schopen rozpoznávat tvary a číst černotisk. Na výsledek by měl nasedat plán stimulace, reedukace zraku a nácvik kompenzačních smyslů z edukativních důvodů.⁴⁷

3.2.1.9. Hereditární onemocnění, která způsobují pokles zrakové ostrosti až slepotu

- **Difúzní fotoreceptorové dystrofie**

Toto onemocnění je jak AR tak AD dědičné. Představuje skupinu onemocnění, u kterých jsou primárně poškozeny fotoreceptory a funkce retinální pigmentového epitelu. Projevuje se klasickým bilaterálním postižením, šeroslepostí s nálezem na fundu a změnami na vyšetření perimetrem. Šeroslepost se projevuje již v útlém věku. Léčba spočívá v podávání podpůrných léků (Acetalazolamid), které mohou progresi onemocnění zpomalit. Prognóza bývá různá. Zachování zrakové ostrosti je velmi individuální.

- **Makulární dystrofie**

Představují skupinu onemocnění, kdy dochází k předčasnému stárnutí buněk a jejich smrti. Tento proces je omezený na makulu a ve většině případů jde o dědičný, geneticky determinovaný enzymatický defekt. Terapie není známa a prognóza bývá velmi špatná. Zraková ostrost se ve finálním stádiu pohybuje v hodnotách nižších než 4/40.

- **Choroideální dystrofie**

Je skupinou dědičně podmíněných onemocnění charakterizovaných progresivní atrofií retinálního pigmentového epitelu a choroidey. Jako u předchozích dystrofií prognóza není příznivá.

⁴⁷ MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie*. Praha: TRITON, s.r.o. 2004. 63-64 s. ISBN 80-7254-476-4

3.2.1.10. Vrozená katarakta

Jako vrozenou kataraktu můžeme označit tu, která byla přítomna již při narození. Incidence je 1:2000. Přibližně ve třetině případů se jedná o komplikovanou kataraktu, druhá třetina je hereditární, u poslední třetiny příčinu neznáme. operační léčba vrozené katarakty musí být plánovaná s ohledem na riziko vzniku ambiopie (snížení zrakové ostrosti při optimální korekci bez zjevných známek nemoci). U oboustranné katarakty je přistupováno k operaci oka mezi druhým až třetím rokem života dítěte. Pokud není implantovaná čočka, je nutno korigovat afakii, afakickými brýlemi (+25 a více D).¹⁹

3.2.2. Získané poruchy zraku

3.2.2.1. Abnormality a úrazy

Mohou vést ke zhoršování zraku, vzniku komplikací (př.: poúrazová katarakta, amoce, vřed rohovky), až ztrátě zraku postiženého oka.

- Cizí tělísko
- Oděrky a rozsáhlejší poranění rohovky
- Zhmoždění bulbu
- Penetrující poranění
- Zasažení chemickými látkami
- Střelná poranění
- Intoxikace – otrava Methanolem
- Poúrazová katarakta

¹⁹ HYKL, J., VALEŠOVÁ, L. *Atlas oftalmologie*. Praha : TRION s.r.o. 2003. 68 s. ISBN 80-7254-382-2

3.2.2.2. Nádory

Nádory dělíme na benigní a maligní. Benigní nádory jsou složeny z dobře diferencovaných zralých buněk, které se normálně nacházejí v tkáni, ve které rostou. Buňky v benigním nádoru mají pleomorfismus a málo časté mitotické figury. Rostou spíše expanzivně než infiltrativně, bývají dobře ohraničené a nemají schopnost metastazovat. Naproti tomu maligní nádory obsahují buňky, které podléhají rychlejšímu růstu, jsou málo diferencované, vysoce pleomorfní a mívají většinou mnohočetné mitotické figury. Mohou růst expanzivně, ale daleko závažnější je jejich schopnost infiltrace, intravaze a vznik metastáz.⁴

A) Benigní nádory postihující zrakový aparát

- Hemangiom
- Melanocytom
- Choroideální hemangiom
- Choroidální osteom
- Astrocytom sítnice

B) Maligní nádory postihující zrakový systém

- Retinoblastom
- Lymfom
- Melanom
- Retinoblastom
- Paraneoplastické syndromy
- Epibulbární karcinom
- Glioma a Endothelioma optického nervu

⁴CIHELKOVÁ, I., SOUČEK, P.: *Atlas makulárních chorob*. Praha: Galén. 2005. 319 s. ISBN 80-7262-370-2

- Metastatická nádory

3.2.2.3. Získaná onemocnění oka způsobující ztráta zraku

Získaná onemocnění oka přehledně rozdělují Cihelková a Souček (2005, 127-138 s.)

3.2.2.3.1. Degenerativní myopie

Myopie (krátkozrakost) je stav, kdy rovnoběžné paprsky přicházející k oku mají své ohnisko před sítnicí. Na sítnici dopadá neostřý obraz. Zraková ostrost je tím horší, čím je myopická vada větší. Myopie je zpravidla vadou osovou. Krátkozraké oko vidí velmi špatně na dálku.

Etiologie patogeneza: Faktory, které ovlivňují růst oka, mohou být jak genetické, ale také hormonálního původu. Jako příčina růstu oka v předozadní ose se považuje především oslabení kolagenních vláken sklery. Chorioidea i sítnice jsou v důsledku roztahování sklery pod trvalým napětím a ztenčují se. Změny jsou proto ve tvaru oka a ve vyklenutí v jeho zadním pólu, v místě terče zrakového nervu a v oblasti makuly. Degenerativní změny v důsledku útlaku provázené i krvácením mají při pokročilých stavech za následek pigmentové zjizvení oblasti makuly s rizikem vzniku amoce a patologických změn ve sklivci.

Klinický obraz: Stupeň postižení vizu u myopie gravis se může nalézat v rozmezí 5/15 do 2/50.

Vyšetřovací metody: Vyšetření vizu, OCT, FAG

Terapie: myopii lze korigovat brýlemi s čočkami rozptylnými nebo kontaktními čočkami..

3.2.2.3.2. Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD)

VPMD je nejčastější příčinou praktické slepoty u jedinců starších 60 let. Podle Moravcové (2004, 138 s.), trpí tímto onemocněním lidé nad 60 let velmi často. Jejich počet je odhadován na 2,5 milionu a každoroční nárůst tvoří 200 000 nemocných s VPMD ve vyspělých zemích. Primárně jde o poškození choriokapilaris v Rochově

membráně v retinálním pigmentovém epitelu, sekundárně dochází k odumření fotoreceptorů. Mezi postižením jednotlivých pohlaví není velký rozdíl. Méně často se toto onemocnění vyskytuje u černochů.⁴

Etiologie a patogeneza: Příčiny vzniku jsou nejasné. Vzniká u jedinců nad 50 let věku snižováním počtu buněk pigmentového epitelu sítnice. Tím dochází ke snížení počtu melanosomů, které mají protektivní efekt vůči toxickým účinkům zejména modrého světla. Vlivem zvyšujícího se věku dochází ke kumulaci lipofuscinu, který je označován za protein stárnutí. Jeho aktivace volnými radikály vede k urychlení procesu apoptózy. Fotoreceptory jsou přitom na existenci pigmentových buněk závislé.

Klasifikace:

1) Nonneovaskulární forma (suchá - atrofická)

Suchá forma značně převažuje, její výskyt je asi 85% z celkového počtu. Je charakterizovaná výskytem drúz, změnami ve vrstvě pigmentového epitelu a v konečném stadiu onemocněním geografickou atrofií pigmentového epitelu sítnice.

2) Nevaskulární forma (vlhká forma)

Tvoří 15% z celkového počtu VPMD, ale za to je zodpovědná za těžké ztráty zrakové ostrosti. Je charakterizována edémem makuly, hemoragiemi a choriodeální neovaskularizací, která je základním klinickým znakem tohoto stádia onemocnění. Terminální stádium představuje vznik disciformní jizvy.

Klinický obraz: Projevy jsou zejména v poklesu centrální zrakové ostrosti, vznikem centrálního výpadku zorného pole. Nejdříve je postižena zraková ostrost do blízka, což je společné pro všechna makulární onemocnění. Podle charakteru VPMD je pokles vizu buď pozvolný (suchá forma), nebo rychle progredující (vlhká forma). Centrální výpadek znemožňuje především schopnost číst a rozeznávat detaily.

Vyšetřovací metody: Vyšetření štěrbinovou lampou, FAG, OCT, použitím Amslerovy mřížky.

Terapie: Z farmakologické léčby se podávají steroidy a vaskulární cévní růstový

⁴CIHELKOVÁ, I., SOUČEK, P.: *Atlas makulárních chorob*. Praha: Galén. 2005. 136 s. ISBN 80-7262-370-2

hormon. Další je fotodynamická terapie za pomoci preparátu Vsudyne. Mezi další patří: transpupilární termoterapie, laserová terapie argonovým světlem, léčba Gama nožem u pokročilých choriodeálních neovaskularizací.

3.2.2.4. Získaná porucha zraku v důsledku jiných onemocnění

3.2.2.4.1. Retinopatie

- **Novorozenecká retinopatie**

Vzniká hlavně u nedonošených nezralých dětí. Je odpovědí nezralé sítnice na dlouhodobou hypoxii. Ta je vyvolaná buď primárně, kdy je sítnice na periférii ještě bezcévná, nebo sekundárně při působení pneumopetií, anémie a podobně. Výsledkem je šedavé zabarvení sítnice, na které dochází ke změnám. Pokud se nezlepší oxidace sítnice, vzniká difúzní edém sítnice. Tato reakce může končit totální amocií sítnice s její vazivovou přestavbou. Vizus může být normální, přes snížený, až v posledním stádiu může vést k nevidomosti.⁴⁷

- **Diabetická retinopatie**

Diabetes mellitus (DM) je onemocnění charakterizované hyperglykemií v důsledku absence endogenního inzulínu. Rozeznáváme dva typy DM. Inzulín dependentní DM (IDDM) nejčastěji vzniká mezi 10. – 20. rokem života, ačkoli může vzniknout i později. Non-inzulín dependentní DM (NIDDM) nejčastěji vzniká v 5.-7. dekádě života. Výskyt diabetické retinopatie je vyšší u IDDM 40%, u NIDDM činí asi 20%. Diabetická retinopatie je nejčastější příčinou slepoty mezi 20.-65. rokem života.⁴

Etiologie a patogeneza: Jde o mikroangiopatii postihující sítnicové prekapilární arterioly, kapiláry a venuly. Rovněž mohou být postiženy větší cévy. Dochází k mikrovaskulární okluzi a prosakování. Mikrovaskulární okluze na kapilárách

⁴⁷MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie*. Praha: TRITON, s.r.o. 2004. 76 s. ISBN 80-7254-476-4

⁴CIHELKOVÁ, I., SOUČEK, P.: *Atlas makulárních chorob*. Praha: Galén. 2005. 268 s. ISBN 80-7262-370-2

spočívá ve ztlustění bazální membrány, zničení endoteliálních buněk a k proliferaci.

Deformace erytrocytů vede ke sníženému transportu kyslíku, změně trombocytů a k jejich zvýšené agregaci. Všechny tyto změny způsobují retinální hypoxii, což má za následek vytvoření arteriovenózních zkratů a vznik neovaskularizací v důsledku produkce růstových faktorů ischemickou sítnicí. Hyperpermeabilitou u diabetických pacientů je snížené množství eritocytů, které jsou zodpovědné za integritu cévní stěny. Předpokládá se, že to vede k rozšíření cévní stěny, zhroucení hemeto-retinální bariéry a úniku plazmy do sítnice.

Klinický obraz: Kapilární mikroaneuryzmata vedou ke vzniku edému a k prstencovitě uloženým tvrdým ložiskům. Edém sítnice je velmi často příčinou zhoršené zrakové ostrosti i NIDDM. Neovaskularizace vznikají při ischemiích a postihují více než 1/4 sítnice. Neovaskularizace, které pronikají pod sklivec, jsou špatným prognostickým faktorem.

Vyšetřovací metody: Monitoring glykémie, FAG, ERG, OCT.

Terapie: Spočívá především v prevenci a kontrole diabetu, včetně rizikových faktorů. LFK (laserová fotokoagulace) se používá k destrukci hypoxické tkáně s následným zlepšením oxygenace centrální části sítnice. Indikace PPV (pars plana vitrektomie) je indikovaná u nevstřebávajících se hemoftalmů, odchlípení sítnice, rubeózy duhovky.

3.2.2.4.2. Oční ischemický syndrom

Etiologie patogeneza: Vzniká v důsledku chronické těžké arteriální hypoperfúze, obvykle při závažné obstrukci arteria karotis. Nejčastěji se objevuje v období kolem 65. let a vzácně se vyskytuje před 50. rokem života. Muži jsou postiženi častěji než ženy v poměru 2:1, což odpovídá častějšímu výskytu aterosklerotických změn u mužů. Bilaterální postižení je asi ve 20% případů.⁴⁷

Klinický obraz: Zhoršení vízu je obvykle v průběhu několika týdnů či měsíců, ale může být i náhlé, a v tom případě je možno na fundu nalézt třešňově červené

⁴⁷MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie*. Praha: TRITON, s.r.o. 2004. 76 s. ISBN 80-7254-476-4

zabarvení v centru makuly. U 40% postižených jsou bolesti zapříčiněné ischemií tkáně v okolí oka či zvýšeného nitroočního tlaku při neovaskulárním glaukomu. Při normálním nitroočním tlaku se bolesti označují jako oční angina. Na předním segmentu můžeme nacházet edém epitelu či striátu rohovky, u 2/3 postižených lze najít rubeózu rohovky, ektropium pigmentového listu duhovky, u poloviny postižených neovaskulární glaukom, přední uveitidu a pacifikaci čočky, na fundu zúžení retinálních arterií, dylataci retinálních vén, retinální hemoragii a mikroaneuryzmata.

Vyšetřovací metody: FAG, ERG, angiografie karotid.

Terapie: Panretinální fotokoagulace, prevence aterosklerózy, by-pace.

Prognóza: U plně vyvinutého obrazu je velmi špatná.

4. Reakce na ztrátu zraku

Ztráta zraku představuje kvalitativní zlom v životě každého člověka, který je takovou okolností postižen. Z dosud shromážděných informací vyplývá, že pokud dojde ke ztrátě zraku u dospělého člověka, záleží nejen na jeho osobnostních charakteristikách a „kvalitě“ jeho sociálního zázemí, ale také na tom, jak brzy se s ním mohou kontaktovat pracovníci, zabývající se psychologickou a sociální rehabilitací osob nevidomých, jak kvalifikovaně budou tito pracovníci postupovat a jak dalece bude tato postižená osoba schopna a ochotna s odborníky spolupracovat. Poslední zmíněný fakt pak mj. souvisí i s tím, v jakém stadiu psychické odezvy na vzniklé postižení se ona osoba právě nachází. Situace by byla řešitelná daleko lépe, kdyby do procesu sdělování diagnózy a pacientovi následné adaptace na nové životní podmínky mohl vstoupit kromě ošetřujícího lékaře také psycholog, který by působil alespoň na větších oftalmologických pracovištích. Na druhé straně však mnozí lékaři informují své pacienty, jimž hrozí ztráta zraku, i ty, kteří zrak ztratili, o existenci specifických služeb, jež umožňují osobám nevidomým snáze se vyrovnat s novou, nelehkou životní situací, překonat těžkou krizi i následné fáze akceptace vady. Také mohou již v etapě doléčování pomoci při uchování a následném posílení duševního zdraví takto postižených.

4.1. Definice a vymezení základních pojmů

Alheim uvádí velmi výstižnou definici: *„Tyflopsychologie je jedno z aplikovaných odvětví psychologie, které se zabývá světem vnímání nevidomých a pojednává o zvláštностech tohoto světa, které se vyskytují na základě slepoty.“* Náleží sem rovněž objasnění otázek, jež se vztahují k interakci mezi vidícími a nevidomými.⁷¹

Dnes se spíše hovoří o úplné ztrátě zraku a o nevidomých, neboť pojem slepec je často samotnými nevidomými odmítán jako nevyhovující. Jednotné a přesné

⁷¹ ALHEIM In GALVAS, Z.: *Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti*. <http://www.brailnet.cz/sons/docs/t198/studie1.htm> [2.06.2006]

vymezení pojmu slepota je však velmi nesnadné, neboť se různí v ukazatelích, jež určují míru. Defekty zraku se projevují jako *anomálie vzhledu a vidění*. Příмым důsledkem defektu zraku a poruch vidění jsou různé stupně snížené výkonnosti a schopností (disaptibility) a s nimi spjaté znevýhodnění (handicap) zrakově postižených. Disaptibilita a handicap jsou součástí zrakové defektivy. „*Zraková defektivita je důsledek zrakové vady, který se projevuje poruchami v psychické výkonnosti, poruchami ve vztahu k sobě i prostředí, eventuálně i změnami ve vývoji osobnosti.*“⁷¹ Defektivita má výrazné psychosociální dimenze, představuje nevyrovnanost s vadou zraku. Příčinou defektivy je nevhodná reakce na poškození zraku.

Galvas (2006, 3 s.) uvádí charakteristické znaky zrakové defektivy:

- multifaktoriální a multidimenzionální charakter
- je procesem dlouhodobým
- nebývá přímo úměrná stupni defektu
- má specifické znaky z hlediska druhu poškození zraku
- má dynamický charakter (možnost výkyvů a recidiv) až do možnosti překonatelnosti defektivy.

Podle Galvase (2006, 3s.) k vnějším příznakům zrakové defektivy patří:

- změny v učení a chování
- změny ve schopnostech a výkonech
- změny v pracovních aktivitách
- změny ve společenských aktivitách
- změny v zaměření osobnosti a motivaci
- změny v potřebách a hodnotovém systému.

Právě defektivita je činitelem, který může velmi výrazně ovlivnit duševní rovnováhu i duševní zdraví postižené osoby. Na vývoj defektivy nepříznivě působí deprivace, frustrace, stresy všeho druhu, snížená adaptabilita, omezená životní nezdolnost a kombinace vad (např. současná zraková a sluchová vada). Některé ze

⁷¹GALVAS, Z.: *Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti*. <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

změn, jež s defektivitou souvisí, mohou ovšem, vyskytnou-li se spíše izolovaně u osoby osleplé v dospělosti, paradoxně vést ke stabilizaci a zkvalitnění osobnosti, např. k pozitivním změnám v oblasti hodnotové orientace postiženého. Ve své celistvosti se však defektivita negativně promítá do rozvoje osobnosti a resocializace zrakově postiženého, neboť mnohé problémy v navazování a udržování interpersonálních vztahů, v postojích k rozličným sociálním aktivitám, v samostatnosti a nezávislosti zrakově postižených mají svůj původ právě ve vysoké míře defektivity.⁷¹

Z hlediska nápravy je defektivita předmětem zájmu psychologické a sociální rehabilitace prováděné pomocí odborných služeb (např. Tyfloservis) i speciálních výchovně vzdělávacích zařízení. Předcházení a odstraňování zrakové defektivity je spjato s odstraňováním bariér a nedostatků v oblasti získávání, uchování a využitelnosti informací, ve všestranném rozvoji orientace a v získávání praktických každodenních dovedností. Často se ovšem přitom zapomíná, že nezbytnou součástí těchto vymezených postupů je rovněž problematika akceptace vady, která má své fáze i své postupy. Tyto otázky nezbytně předpokládají pro své řešení účast speciálně zaměřených odborníků, zejm. tyflopsychologů a tyflopědagogů.⁷¹

V případě ztráty zraku u dospělé osoby musíme počítat s tím, že daný jedinec prožívá těžkou existenciální krizi. Kolitzus, H. a Feueren, W (1989) se pokusili o výstižnou definici životní krize. „*Krise je v krátkém čase se vyostřující situace, kterou postižený již není schopen překonat a pomocí vlastní strategie zvládnout vnější nebo vnitřní zátěž.*“²³

„*Krise je stav vyvolaný tím, že osoba se dostává před překážku zamezující dosažení životního cíle.*“⁷¹ Tato překážka je v uvedené době nepřekonatelná běžnými

⁷¹ GALVAS, Z.:*Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti.* <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

⁷¹ GALVAS, Z.:*Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti.* <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

²³ KOLITZUS, H., FEUEREN, W. In JEDLIČKA, R. a kol.:*Děti a mládež v obtížných životních situacích.* Praha: Tiskárny MP. 2004. 163 s. ISBN 80-7312-038-0

⁷¹ GALVAS, Z.:*Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti.* <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

postupy a běžnými způsoby řešení. Období rozrušení je následováno obdobím dezorganizace, během něhož probíhají neúplné a nedokonalé pokusy o řešení. Nakonec je dosaženo určité úrovně adaptace, která může nebo nemusí být ve shodě se zásadními zájmy jedince a jeho okolí.

Ztráta zraku náleží k velice náročným životním situacím, kdy zátěž překračuje míru přizpůsobivosti člověka, může vyvolat poruchy chování a v krajním případě i poruchy osobnosti. Takovou situaci označujeme jako patogenní, neboť selhávají (alespoň v první fázi, tj. bezprostředně po ztrátě zraku) adaptační mechanismy. Podle dalších konkrétních podmínek pak můžeme uvažovat o hraniční až extrémní zátěži.

Jobánková (1992, 87 s.) se domnívá, že hraniční (mezní) zátěž nastává, pokud jsou podmínky těžší a neobvyklejší a pro narůstající rozpor mezi jedincem a vnějšími okolnostmi začínají selhávat adaptační možnosti člověka. Jedinec takovou situaci překonává jen s krajním vypětím všech sil a při značném rozkolísání některých psychických a případně i fyzických funkcí. Objevují se neadekvátní reakce, různé funkční poruchy a vývojově nižší způsoby chování i obranné mechanismy a manévry. Následky hraniční zátěže bývají zpravidla přechodné a postupem času obvykle mizí. Mohou však v určitých nepříznivých případech zanechat i trvalé změny v psychice člověka, hlavně v emocionální sféře a ve sféře integrace osobnosti.⁷¹

Extrémní zátěž představuje situaci, která není zvládnutelná. Normálně vybavený jedinec není schopen adekvátně reagovat a podléhá tlaku. Nedaří-li se člověku vyrovnat se se zátěžemi obvyklými způsoby, hledá jiné cesty (adaptivní, ale i neadaptivní). U takto postižených lidí dochází k celkové aktivaci organismu nebo naopak u některých k inhibici.

S problematikou zvládnání krize a zátěže souvisí též pojem „*nezdolnost*“, jenž Kabosová (1979) definovala třemi znaky:⁷¹

⁷¹ JOBÁNKOVÁ In GALVAS, Z.: *Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti*. <http://www.braillnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

⁷¹ KABOSOVÁ In GALVAS, Z.: *Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti*. <http://www.braillnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

- kladný příklon k životu v protikladu k odcizení
- snaha ovládat běh životního dění v protikladu k tomu být ve vleku událostí
- tendence přijímat životní stresové situace ne jako neštěstí, ale jako výzvy

Pojem duševní zdraví obvykle spojujeme s jedincem, který projevuje určitou rozumovou kompenzaci, realismus, nezávislost, emocionální ovládnutí, vytrvalost a produktivitu. K představě duševně zdravého člověka však patří též tolerance k frustraci a stresu, schopnost čelit rychlým změnám současného života a dosažení určitého harmonického vztahu s okolím. Neměli bychom však zapomínat ani na vnitřní harmonii, osvobození se od vnitřních konfliktů, osobní zralost a vyrovnanost.⁷¹ Duševní zdraví je pouze jedním z termínů užívaných k označení žádoucího stavu. Existuje i řada jiných pojmů, jejichž významy se s ním široce překrývají - normalita, přizpůsobení, dospělost, integrace osobnosti, stabilita, síla ega, seberealizace a mnoho dalších. Tyto termíny společně vymezují stav, jenž je běžně považován za optimální či ideální. Vyplývá z nich nepřítomnost rušivých faktorů, na něž pohlížíme jako na nežádoucí, nebo také nízká vnímavost k jejich výskytu.

Cílem psychologické intervence u osob osleplých v dospělosti je v první řadě (i přes vzniklý defekt) pomoc při uchování jejich zdraví, a to především zdraví duševního. Výchozím pojetím je pro nás vymezení pojmu zdraví prostřednictvím definice WHO (viz kapitola 1.1. Vymezení pojmu kvalita života). Člověk je totiž jednotkou bio-psycho-sociální a jak ukazuje naše zkušenost, pro mnohé jedince je neméně důležitá i dimenze spirituální a je nutno při práci s takovými lidmi brát na tento fakt zřetel. Z toho, co již bylo uvedeno, je možné se domnívat, že jeho cíl, tj. naznačení možností podpory duševního zdraví u osob osleplých v dospělosti, úzce souvisí s problematikou psychohygieny. Duševní hygiena je dána souborem poznatků, pravidel a preventivních prostředků, jejichž cílem je ochrana a udržení psychického zdraví.

Ztráta zraku v dospělém věku představuje specifický životní moment, po němž

⁷¹ GALVAS, Z.: *Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti*. <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

následuje charakteristický vývoj.

4.2. Překonávání negativních následků ztráty zraku v dospělosti

Ztráta zraku přináší celou řadu změn v životě člověka, jehož se dotkla.

Povšimněme si alespoň jevů, které souvisí s prožíváním a chováním postiženého. V první řadě dochází ke změnám v oblasti vnímání a v důsledku toho i ve všech poznávacích procesech, v nichž se v této nové situaci uplatňuje vysoká míra parciálnosti a s ní spjaté komplikace v procesu analýzy a syntézy, zpomalené tempo a nepřesnosti ve vnímání, které ovšem dospělý může alespoň částečně korigovat již vytvořenými vizuálními představami a nabytými zkušenostmi. Celá škála zrakových počitků a vjemů je však najednou úplně mimo možnost využití. Trvá pak dosti dlouho, než si nevidomý vytvoří dovednosti kompenzovat chybějící funkce zrakového analyzátoru. Lidé sice věří, že nevidomí všeobecně disponují vyšší kvalitou ostatních smyslů (sluchu, hmatu, čichu atd.), avšak tato představa je pouhou pověrou. Vytríbenosti jednotlivých smyslů se nevidomý dobírá postupně jejich dlouhodobým a systematickým cvičením, když je v každodenním životě nucen užívat těchto smyslů jakožto smyslů kompenzačních.⁷¹ Litvak (1972, 26 s.) chápe „kompenzaci jako univerzální schopnost organismu nahradit narušené funkce nebo ztrátu funkce jinou“⁷¹....např. ztráta zraku vede ke složité přestavbě fungování zbývajících analyzátorů.

Absolutní ztráta zraku činí člověka, kterému se nedostane rehabilitační pomoci zvnějška, jedincem, který je prakticky neschopen běžného každodenního života. Kompenzace defektu se tedy musí uskutečňovat na podkladě souhry biologických (fyziologických) a sociálních (vztahových) činitelů, přičemž vedoucí úlohu hrají činitelé sociální.⁵

⁷¹ GALVAS, Z.:*Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti*. <http://www.braillnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

⁷¹ LITVAK In GALVAS, Z.:*Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti*. <http://www.braillnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

⁵ ČÁLEK, O.: *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1991. 51-52 s..

Pro dospělého nevidomého má značný význam uchování si zrakových představ v paměti a práce s těmito představami. Je ověřeno, že u osob osleplých v dospělosti se kvalitní zrakové představy udržují po léta a jsou deformovány a „zapomínány“ velmi pozvolna. Čálek (1991) uvádí, že existence těchto představ usnadňuje proces sociální rehabilitace u osoby po ztrátě zraku a nadále udržuje v tomto ohledu kontakt dané osoby se světem vidících a zvyšuje tak kvality jejího života.⁷¹

Závažné změny u osob, které osleply v dospělosti, probíhají také v oblasti osobnostní a její integrity. Nevidomý si dříve nebo později, zpravidla s pomocí a přispěním psychologa nebo instruktora sociální rehabilitace, začne zvolna uvědomovat, že musí zvládnout některé nové dovednosti, aby se mohl plněji integrovat do každodenního života společnosti. Je nucen se učit znovu číst a psát za pomoci Braillova bodového písma, musí zvládnout prostorovou orientaci s využitím dlouhé nebo krátké (pro osoby s omezenou hybností a stabilitou) bílé hole a za pomoci zvýšeného využívání kompenzačních smyslů (hmat a sluch). Dále je postaven před nutnost zvládnout celou řadu dovedností každodenního života, které mu pravděpodobně nepůsobily dříve prakticky žádné obtíže. Nyní se ale musí učit dělat tyto činnosti ve změněných podmínkách bez kontroly zrakem. Čím dříve je zvládne, tím dříve a lépe se zařadí do sociálního dění a mnohdy i do pracovního procesu. Učení se těmto i jiným dovednostem připravuje samo o sobě danému jedinci množství frustrací, obtíže a nezdary společně s psychickými následky danými ztrátou zraku a následným "šokem" a mnohdy přetrvávající depresí způsobující u většiny těchto jedinců dlouhodobý chronický stres se všemi jeho negativními následky.⁷¹

Další oblastí výrazných změn a výkyvů jsou emoce, kde postupně zaznamenáváme vcelku zákonitou řadu proměn, které se vztahují k jednotlivým fázím, jež následují po ztrátě zraku. Pokud posuzujeme stav osleplé osoby, musíme rozlišit, zda se nalézá ve fázi bezprostředně po ztrátě zraku nebo zda jde o fázi pozdější, jež následuje až po určité adaptaci (přizpůsobení se) na nový stav.

⁷¹ ČÁLEK In GALVAS, Z.:*Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti*. <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

⁷¹ GALVAS, Z.:*Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti*. <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

Souček (1992, 75-80 s.) rozděluje období po ztrátě zraku na dvě fáze:

1. *“ Krize je charakterizována jako období bezprostředně navazující na ztrátu zraku a projevuje se různě u lidí s rozličnou osobnostní strukturou. I doba trvání je značně odlišná.”*⁷¹

Po oslepnutí nastupuje bezprostřední šok, jenž je doprovázen pocitem hrůzy a naprostého zoufalství. Ve výpovědích postižených je tato situace charakterizována jako „prudký úder“, „jízda do tunelu“, „zasypání zemí“ apod. Emocionální bouře - bezprostředně po oslepnutí - se vyznačuje bezvýchodným zmatkem, převládá strach a úzkost. Tyto city vedou k téměř naprosté inhibici myšlení a negování všeho, co postiženého dříve těšilo. K tomuto prudkému otřesu přistupují též odpovídající fyziologické příznaky. Adaptace začíná velmi pozvolna prvními kroky a prvními pohyby směřujícími k věcem a narušujícími „tu neproniknutelnou stěnu, která je roztažena do nekonečna a postrádá strukturovanost a jakékoliv diferencující znaky.“ Začíná tedy probíhat kognitivní adaptace - učení, v němž postižený rekonstruuje svět, aby se v něm vyznal, aby v něm mohl žít a pracovat, odpočívat i užívat zábavy. Za tímto účelem musí ovšem mobilizovat svou vůli, což bývá v této fázi značně obtížné. Někteří nevidomí hovoří ve spojitosti s touto fází o "ochrnutí vůle", "zamrznutí v děsu" apod. Tato forma adaptace však nestačí a musí dojít i k adaptaci citové a vztahové - po oslepnutí nastává citová bouře s dominantou úzkostí, strachu, nejistoty, zmatku, apatie a s těmito emocemi se pojí různé děsivé představy a často též suicidální myšlenky. Nevidomý nyní potřebuje nabýt pocitu jistoty a bezpečí. Takže po celkovém uklidnění nastává zpravidla oživení většiny dřívějších citových vztahů. V tomto ohledu jde také o vztah k sobě.⁷¹

⁷¹ SOUČEK In GALVAS, Z.:*Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti.* <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

⁷¹ GALVAS, Z.:*Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti.* <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

2. Uklidnění - pocit jistoty a bezpečí se vrací pozvolna. Důležitou roli v tomto ohledu sehrává sociální prostředí. To může napomáhat v kognitivní i emoční adaptaci postiženého nebo jej na druhé straně může negativně motivovat a vést ho k přijetí role neschopného a nesamostatného jedince. Dostavuje se déletrvající uklidnění, mizí deprese a objevují se záblesky naděje. Projevy bolesti, lítosti a smutku jsou mírnější a intervaly mezi nimi se prodlužují. U většiny v dospělosti osleplých však pocity lítosti a smutku nad ztrátou zraku nikdy úplně nevymizí.

Na adaptaci postiženého však mají značný vliv postoje, a to jak jeho osobní postoje k vadě, ke stejně postiženým i ke světu nepostižených, tak také opačně (zejména postoje intaktních blízkých osob a jejich pohled na slepotu i nevidomé). S těmito postoji pak úzce souvisí pojem „akceptace vady“ i jeho protipól „nonakceptace vady“ (viz kapitola 2. Význam zraku a akceptace zrakových vad různého stupně postižení).

Míra adaptace na vadu a její akceptace se dá zkoumat srovnáním osobnostních a sociálních proměnných klienta před oslepnutím a po něm. Galvas (2006) uvádí existenci tří základních vlastností, které napomohly zdravé adaptaci na vadu. Jsou to: *vztah k životu, schopnost přijímat a projevovat lásku, a vztah k vlastnímu já.*⁷¹ Podstata těchto vlastností sice tkví v celkovém založení osobnosti, ale sociální prostředí je může dosti výrazně formovat.

⁷¹ GALVAS, Z.: *Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti*. <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie1.htm> [2.06.2006]

5. Možnosti terapie zraku

5.1. Terapie zraku

Moravcová (2004, 20 s.) uvádí pojmy týkající se rehabilitace zrakového postižení:

- *Zraková terapie* – užití rehabilitačních metod a souborů cvičení podporujících rozvoj zraku s podporou rehabilitačních a kompenzačních pomůcek
- *Zrakový výcvik* – soubor cvičení zaměřených na posílení oslabené funkce oka či rozvoj horšího oka pomocí speciálních metod a podpora využití zraku prostřednictvím rehabilitačních a kompenzačních pomůcek
- *Reedukace zraku* – výcvik zaměřený na obnovení či rozvoj oslabené funkce zraku
- *Stimulace zraku* – působení podnětu na receptory, čím vzniká podráždění

Zraková terapie je nadřazena pojmu reedukace zraku, který je možno chápat jako výcvik zraku. Zraková terapie nejvýstižněji naplňuje obsah rehabilitace léčebné, vyvolané potřebou vyplývající z funkční poruchy zraku. Zraková terapie je dlouhodobým procesem rozvoje a udržování vizuálního potenciálu k získávání informací, k sebeobsluze a orientaci. Reedukace je označením pro takové speciálně pedagogické metody, které rozvíjejí nevyvinuté funkce nebo upravují či napravují porušené funkce a činnosti v oblasti postiženého analyzátoru, a to se zřetelem k celé osobnosti. Do reedukace zraku také náleží rozvíjení těch složek zrakového vnímání, které jsou sekundárně ovlivněny funkčními zrakovými poruchami, např.: zraková představivost, zraková paměť a analyticko syntetická činnost zraku. Také sem patří nácvik koordinace zrakového vnímání s analyzátozem kinetickým, motorickým a s orientací v prostoru.⁴⁷

Reedukace zraku má své uplatnění při výchově a vzdělávání zrakově postižených dětí a mládeže, při práci s dospělými v programech sociální rehabilitace

⁴⁷ MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie*. Praha: TRITON, .s.r.o., 2004. 20-21 s. ISBN 80-7254-476-4

i rekvalifikačních kurzech pro zrakově postižené

Termín reedukace zraku bývá někdy zaměňován s termínem stimulace zraku. V širším slova smyslu znamená stimulace podněcování, povzbuzování organismu k výkonu. V oblasti speciální pedagogické péče o zrakově postižené je využívána stimulace *monosenzoriální*. Např.: využití blikajících a světlo vydávajících hraček, vysoké kontrasty barev předmětů proti pozadí, nasvícení černým světlem, černé i barevné tvary na světelném boxu. Častěji se však využívá stimulace *multisenzoriální*, kdy je využito vnímání zrakové, sluchové, kinestetické a vnímání pohybu. Zraková stimulace má význam i u starších dětí a u dospělých osob tam, kde dochází přechodně ke ztrátě zraku po úrazech hlavy a po zánětlivých onemocněních mozku. Měla by ovšem probíhat ve spolupráci s oftalmologem a neurologem a měl by ji provádět vyškolený specialista.⁴⁷

5.2. Přehled oblasti zrakové terapie

Oblasti zrakové terapie rozděluje a popisuje Moravcová (2004, 22-24 s.) takto:

- Zraková práce nablízko

Nejjednodušší pomůckou jsou brýle na krátkou vzdálenost. Lidem slabozrakým ale většinou již běžná brýlová korekce nepomůže. Řešením mohou být hyperkorekce, hyperokuláry, lupa zasazená do brýlové obroučky, dalekohledové systémy a filtry, lupa do ruky, lupa stojánková, s rukojetí nebo závěsná.

- Zraková práce do dálky

Při výběru zvětšovací pomůcky lze využít dosažený vizus s korekcí do dálky. Vypočítané zvětšení nelze aplikovat na každého. Využití brýlové korekce při současném použití lupy či dalekohledového systému předpokládá dodržení pohledu v jedné optické ose, to však některým uživatelům činí problémy.

5.2.1. Využití neoptických pomůcek

⁴⁷ MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie*. Praha: TRITIO, s.r.o., 2004. 22 s. ISBN 80-7254-476-4

Do neoptických pomůcek používaných ke zlepšení zrakové práce osobám se zrakovým postižením patří úpravy prostředí, přizpůsobení kontrastu, jasů a barev materiálů, vytvoření ideálních podmínek, použití různých velikostí a typů písma, čtecí stojánky, pulty, desky s klipem, speciální reedukační texty, čtecí okénka, záložky a podložky, filtry, fólie atd.

Nejsnadnější pomůckou jak zlepšit orientaci na ploše, v místnosti v budovách i mimo ně je využití kontrastních barev materiálů. Předměty: nábytek, ale i jejich pracovní plocha, dále koberce, vypínače, úchyty, zárubně vchodových dveří, kliky, podlahové krytiny, materiály na lomených plochách (schody), vše je možné vkusně sladit a přitom uzpůsobit k bezpečné orientaci a pohybu osob se zrakovým postižením. Pro pomoc při úpravě interiérů v souladu s využitím kontrastů se lze obrátit na Tyfloservis o.p.s. Nejvíce využívané kontrasty barev jsou: žlutá – červená, žlutá – modrá, bílá – černá.

Další metodou využívající neoptických pomůcek je zvětšené a zjednodušené písmo na důležitých informačních tabulích a jejich umístění na kontrastních podkladech. Přínosem pro informační systémy jsou také vhodně umístěné piktogramy v potřebné velikosti a kontrastu, které jsou využívány i na ovládacích panelech digitálních zařízení pro slabozraké.

Při zrakové práci je dalším důležitým pomocníkem osvětlení, které nezpůsobuje oslnění a zároveň rovnoměrně osvětluje pracovní plochu zrakově postižené osoby. Světlo by se mělo co nejvíce blížit dennímu světlu. Při výběru světla je nutné akceptovat subjektivní pocity každé konkrétní zrakově postižené osoby.

Při zrakové práci nablízko mnoho slabozrakých využívá možnost přiblížení plochy (sklopná deska, stojánek, čtecí pult). Pomůcky by měly být stabilní, neměly by být příliš těžké a neskladné.

Pro psaní zrakově postižených lze v současné nabídce psacích potřeb vybrat z velké škály tmavých inkoustových per a fixů v různých silách linie od mikrofixů přes gelová pera až po silné značkovače. Důležitým znakem, který je potřeba preferovat při výběru, je stálost zápisu, náchylnost k jeho rozmazání a průpis na druhou stranu.

K lepší orientaci v textu dobře poslouží jednobarevné kontrastní (zelené, modré, černé) záložky k podložení čteného textu. Překrytí celého čteného textu barevnou fólií nebo záložkou s okénkem s výřezem ve tvaru „U“ nebo ležícího „L“.

Při výběru cvičného textu pro zrakově postižené je nejvhodnější použít typ písma Arial nebo Arial black, různé velikosti. Zcela nevhodná je kurzíva (viz příloha č. 11).⁴⁷

5.2.2. Využití optické pomůcky

Rozdílný stupeň postižení vyžaduje odlišný typ pomůcky. Zrakovou práci na různé pracovní vzdálenosti potřebujeme řešit použitím různých pomůcek.

Lupy představují spojná skla zvětšující do blízka ve zvětšení od 1,5x (+6,0 D) do 20x (+80,0 D). Další lupy, které lze používat u osob se zrakovým postižením, jsou předsádkové, ruční lupy s rukojetí, stojánkové lupy.

Moravcová (2004, 107 s.) uvádí výpočet potřebného zvětšení lupou:

$$\text{potřebné zvětšení} = \frac{\text{potřebný vizus}}{\text{dosažený vizus s korekcí}}$$

Hyperkorekce je možné použít jen u lehkého snížení vizu, přidáním maximálně +2,0 D ke stávající korekci do blízka.

Hyperokuláry jsou to lupy zasazené do brýlové obroučky. Použití hyperokulárů je

⁴⁷ MORAVCOVÁ, D. *zraková terapie*. Praha: TRITIO, s.r.o., 2004. 96 s. ISBN 80-7254-476-4

jen monokulární. Při binokulárním využití dochází k nespojenému obrazu. Dostupná škála hyperokuláru se nachází ve zvětšení 4 – 12x. Čím větší je zvětšení hyperokuláru, tím kratší je pracovní vzdálenost. Pokud má člověk se zrakovým postižením stejné zrakové funkce na obou očích, dostane předpis pro pravé i levé oko zvlášť, pořídí si dvoje brýle a během dne je používá střídavě.

Dalekohledový systém se především používá ke zrakové práci do dálky, v menší míře do blízka. Konstrukčně se využívají dva typy. Dalekohledy na základě Galileiho systému a dalekohledy na základě Keplerova systému. Výhodou Keplerových monokulárů je mnohem větší zvětšení. Nevýhodou je větší váha a rozměry a užší zorné pole.

Filtry a filtrové brýle moderní pomůckou pro zvýraznění kontrastu a prokreslení detailů. Barevný filtr odfiltruje určitou část spektra a tím zajistí lepší funkci světločivých buněk. Využití filtrů stále roste u zrakových poruch spojených s poruchou světločivých buněk sítnice a významně se podílí na ochraně sítnice před negativními vlivy působením UV paprsků.

5.2.3. Využití elektronických pomůcek

Elektronické pomůcky pro slabozraké a prakticky nevidomé využívají zbytkového zrakového potenciálu, který rozvíjí a zároveň ulehčuje práci, mívají někdy i kompenzační podporu pro vnímání sluchem.⁴⁷

Mezi elektronické pomůcky patří kamerová zvětšovací televizní lupa. Jsou to zařízení využívaná k zjednodušení zrakové práce s texty i s trojrozměrnými materiály. (Viz příloha č.)

Další velmi dobrou pomůckou pro zrakově postižené je digitální zvětšovací televizní lupa. Digitální zvětšovací lupy jsou zařízení používaná k úpravě textu a jeho digitálnímu zpracování. Základ tvoří výkonný počítač, scanner, reproduktory, klávesnice a myš s podložkou, případně tiskárna. Vlastní tvorba a editace dokumentů, dostupnost internetu a získávání informací v digitální podobě u knihoven

⁴⁷ MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie*. Praha: TRITON, s.r.o., 2004. 110 s. ISBN 80-7254-476-4

je předpokladem k odstranění informačních bariér při studiu, v intelektově náročnějších profesích a při celoživotním vzdělávání.

5.2.4. Techniky zrakové práce

Samotný zrakový výcvik zahrnuje nacvičení dovedností u následujících technik zrakové práce. Moravcová (2004, 110 s.) je rozlišuje takto:

- Fixace
- Spotting – rychlá orientace na ploše
- Tracing – sledování linie
- Tracking – vyhledávání další řádky
- Scanning – prohlédnutí a mapování celku
- Umění kombinovat všechny základní techniky zrakové práce

K jednotlivým technikám zrakové práce:

Lokalizace: jejím úkolem je nalezení cíle zrakového zájmu, člověk přesune oblast svého nejostřejšího vidění do místa, kde je cílový objekt umístěn. Používá-li zvětšující pomůcky, musí nutně vědět předem, kam se s ní chce podívat, kde se na stránce nalézá text, který bude číst, kde se nalézá objekt, který hledáme, což je velmi často problematické.

Fixace: rozumíme tím udržení cíle svého zájmu v oblasti nejostřejšího vidění, takže je možné předmět zájmu rozpoznat a zaznamenat i ty nejmenší detaily.

Spotting: umožňuje rychlou orientaci v ploše, je výsledkem využívání dovednosti lokalizace a fixace.

Tracing: představuje dovednost sledování linie – trasování, sledování nepohyblivého se statického cíle, využívá se při sledování řádky v tištěném materiálu, při čtení nadpisů.

Tracking: představuje dovednost vyhledat další řádky pohybem očí k předpokládanému cíli, ale i sledování pohybujícího se cíle.

Scanning: je dovedností prohlédnutí a mapování celku, pravidelnými skenovacími pohyby.

Nejvyšší zrakovou dovedností je *schopnost kombinovat* veškeré předchozí základní techniky za podpory zrakových zkušeností.⁴⁷

1.2.5. Komplikace technik zrakové práce zrakově postižených osob

Moravcová (2004, 95 s.) uvádí komplikace technik zrakové práce:

- Porucha zorného pole (centrální skotom, trubicové vidění)
- Nystagmus
- Přecitlivělost na světlo (fotofobie)
- Snížená schopnost akomodace
- Omezení spojená s využitím optických pomůcek (omezení zorného pole, velmi krátké pracovní vzdálenost – daná ohniskovou vzdáleností lupy)
- Potřeba číst velmi zblízka
- Nutnost dodržovat pracovní vzdálenost optické pomůcky od textu a oka
- Fyzickými předpoklady samotného zrakově postiženého člověka (třesem rukou, spazmy, parézami, plegiemi, otylostí)
- Nutnost využívat nedominantní oko

⁴⁷MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie*. Praha: TRITON, s.r.o., 2004. 93 – 94 s. ISBN 80-7254-476-4

6. Sociální zabezpečení osob se zrakovým postižením

6.1. Sociální péče

Sociální péče „představuje systém dávek a služeb určených občanům, kteří nejsou schopni zabezpečit své životní potřeby a péči o sebe v potřebném (nezbytném) rozsahu, a to buď z důvodu nedostatečného příjmu, nebo vzhledem k nepříznivému zdravotnímu stavu, vysokému nebo nízkému věku, společenské nepřizpůsobivosti, zvláštní životní situace“ (živelní pohromy).³ Potřebují proto buď finanční, nebo jinou pomoc k překonání takového stavu. Dávkami se buď doplňuje příjem osob do nezbytné výše, nebo se poskytují na stanovený účel. Služby pomáhají občanům překonat nebo alespoň zmírnit jejich nedostatečnost.

Situace, kdy příjmy osob nepostačují k zabezpečení základních životních potřeb, je řešena dávkami podle zákona o sociální potřebnosti, a to ve vazbě na životní minimum, které představuje společensky uznanou hranici příjmu považovanou za nezbytnou k zajištění základních životních potřeb. *Sociální potřebnost* představuje přitom zároveň podmínku pro poskytnutí některých účelových dávek (bezplatné služby) určených rodinám s dětmi, zdravotně postiženým nebo starým osobám a osobám společensky nepřizpůsobivým. Kromě dávek sociální péče je uvedeným občanům poskytována v případě potřeby též poradenská pomoc a další služby sociální péče.³

6.2. Přehled právních předpisů upravujících sociální péči

Rozsah sociální péče a její formy jsou obsaženy v zákoně č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (poslední novela č. 47/2006 Sb.). Poskytování dávek osobám v hmotné nouzi upravuje zákon č. 482/1991, o sociální potřebnosti v pozdějších prepisech (poslední novelou je zákon č. 124/2005 Sb.). Při vymezení okruhu osob v hmotné nouzi (sociálně potřebných) a výše poskytované pomoci se vychází ze zákona č. 463/1991 Sb., o životním minimu, ve znění

³ BŘESKÁ, N. VRÁNOVÁ, L.: *Dávky sociální péče*. Jihlava: ANAG. 2005. 6 s. ISBN 80-7263-353-X

³ BŘESKÁ, N. VRÁNOVÁ, L.: *Dávky sociální péče*. Jihlava: ANAG. 2005. 6 s. ISBN 80-7263-353-X

pozdějších přepisů (poslední novelou je zákon č. 357/2005 Sb.). Částky životního minima jsou zvyšovány formou nařízení vlády; od 1. ledna 2006 platí částky stanovené nařízením vlády č. 505/2005 Sb., o zvýšení částek životního minima. Na výši dávek poskytovaných podle zákona č. 482/1991 Sb. Má vliv též na vyhlášku č. 308/2003 sb., kterou se stanoví částky, o které se pro účely sociální potřeby zvyšuje životní minimum osob, jejichž zdravotní stav vyžaduje zvýšené náklady na dietní stravování. Jednotlivé formy sociální péče provádí zákon o sociálním zabezpečení, a zákon působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších přepisů (vyhláška č. 506/2005). Organizaci a působnost jednotlivých orgánů při poskytování sociální péče upravuje zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších přepisů (novela zákona č. 47/2006). Při řízení o poskytování dávek sociální péče se postupuje podle zákona č. 500/2004., správní řád, ve znění zákona č. 144/1988 Sb., stanovují některé odchylky od správního řádu. Podle zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších přepisů (poslední novela zákona č. 81/2006 Sb.)

se postupuje při posuzování zdravotního stavu pro účely dávek sociální péče. Ve vyhlášce č. 149/1988 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších přepisů (poslední novelou je vyhláška č. 290/1995 Sb.), je obsaženo ustanovení o možnosti rodinných příslušníků podat za stanovených podmínek žádost o dávku sociální péče za občana zdravotně postiženého a dále úprava náhrady nákladů řízení v sociální péči.³

Základní právní úpravu dávek pro zdravotně postižené občany obsahuje § 86 zákona č. 100/1988 Sb. Podle tohoto ustanovení těžce zdravotně postiženým občanům, zejména nevidomým a občanům s těžkým postižením pohybového nebo nosného ústrojí, poskytují příslušné státní orgány služby, věcné dávky, peněžité dávky a bezúročné půjčky k překonání obtíží vyplývajících z jejich postižení. Předpisy upravující sociální péči nedefinují pojem těžce zdravotně postižený občan.

§ 46 vyhlášky č.182/1991 ustanovuje příspěvek pro úplně nebo prakticky nevidomé občany

³ BŘESKÁ, N. VRÁNOVÁ, L.: *Dávky sociální péče*. Jihlava: ANAG. 2005. 7 s. ISBN 80-7263-353-X

6.3. Nové zákony o sociálních službách

Po mnoha letech byla přijata nová právní úprava v oblasti sociálních služeb. Od příštího roku se začnou sociální služby řídit zákony č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona a sociálních službách. Cílem nové právní úpravy byla snaha zapojit do rozhodování o poskytování sociálních služeb uživatele služeb.³

Tento cíl je naplněn skutečnostmi, že uživatelé budou příjemci peněžní dávky – příspěvku na péči, kterým budou poskytované služby platit a budou v oblasti služeb sociální péče s poskytovatelem sociální služby uzavírat smlouvu.

Hlavním posláním zákona (108/2006) je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a mnoho dalších příčin.

Sociální služby dělíme na služby sociální péče, služby sociální prevence a na sociální poradenství. Formy poskytování sociálních služeb lze dělit na pobytové, ambulantní a terénní.

Služby poskytované sociální službou:

- peněžité dávky
- věcné dávky
- výchovná a poradenská činnost
- pracovní rehabilitace
- ústavní sociální péče
- péče v ostatních zařízeních sociální péče
- pečovatelská služby
- stravování
- kulturní a rekreační péče
- mimořádné výhody pro některé skupiny občanů těžce zdravotně postižených
- bezúročné půjčky

³ BŘESKÁ, N., VRÁNOVÁ, L.: *Dávky sociální péče*. Jihlava: ANAG. 2005. 77 s. ISBN 80-7263-353-X

Příspěvek na péči, který bude moci nově pobírat uživatel sociálních služeb, bude odstupňován podle stupně závislosti na pomoci jiných osob. Příspěvek na péči bude náležet těm, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoli osobě, která péči zajišťuje.²⁹ Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let bude činit za kalendářní měsíc:

- 2000 Kč, jde-li o I stupeň (lehká závislost)
- 4000 Kč, jde-li o II stupeň (středně těžká závislost)
- 8000 Kč, jde-li o III stupeň (těžká závislost)
- 11000 Kč, jde-li o IV stupeň (úplná závislost)

O příspěvek na péči bude muset uživatel sociálních služeb nebo nový žadatel žádat u obce s rozšířenou působností.⁴⁴

6.4. Co nového přináší zákon o sociální péči lidem se zrakovým postižením

Nepříznivá sociální situace znamená, že člověk potřebuje fyzickou pomoc nebo dohled druhé osoby nebo sociální službu k tomu, aby mohl žít ve společnosti způsobem, který je běžný.

Lidé se zrakovým postižením budou mít buď automaticky stupeň závislosti vycházející z dosavadního stupně bezmocnosti, nebo budou posouzeni, pokud si podají žádost na úřad s rozšířenou působností. Ten na základě zařazení do stupně závislosti rozhodne o příspěvku na péči a potom si jeho příjemce může nakoupit služby. V zákoně se nepočítá s tím, že by si člověk s postižením zraku mohl za tento příspěvek nakoupit všechny služby, které by potřeboval. Jejich nejvyšší, poskytovatelem požadovatelná úhrada, je omezena prováděcím předpisem. Některé služby se navíc poskytují zdarma.

²⁹ KONDINSKÁ, K. MARKOVÁ, H.: *Sociální pomoc a právo*. Praha: ORAC. 2001. 42 s. ISBN 80-86199-38-X

⁴⁴ MERHAUTOVÁ, I.: Co nového přináší zákon o sociálních službách. *Sestra*, roč. 16, 2006, č. 7-8, s. 11, ISSN 1210-0404

Služby poskytované bez úhrady:

- Sociální poradenství
- Raná péče
- Telefonická krizová pomoc
- Sociální rehabilitace

Služby poskytované za úhradu příspěvkem:

- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Týdenní stacionáře
- Chráněné bydlení
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením

V příloze č. 13 jsou uvedeny organizace, na které se může obrátit člověk se zrakovým postižením. Požádat o informace a pomoc.

EMPIRICKÁ ČÁST

7. Empirický výzkum

7.1. Námět empirické části

Od ledna roku 2006 pracuji jako sestra na lůžkové části Oční kliniky 1. LF UK v Praze - ÚVN Střešovice. Prvotním podnětem k tématu pro tento výzkum byl článek v časopisu Sestra. Článek, který se týkal závažného chronického očního onemocnění a to věkem podmíněnou makulární degenerací (dále jen VPMD), kterou podrobně popisují v teoretické části kapitoly 2. Ve své práci se setkávám s lidmi, kteří trpí nejrůznějšími poruchami zraku. Ošetřuji je a spolu s celým týmem se jim snažíme poskytnout co nejlepší péči. Ale i přes kvalitní péči, která je našim pacientům poskytována, není kompletní a není tak rozsáhlá, jak by měla být. Na našem pracovišti je poskytována nemocným velmi kvalitní medicínská péče, často se převážně věnujeme zdravotnímu stavu nemocných a tomu, jak pacienta uzdravit nebo navrátit do běžného života s „co nejmenšími ztrátami.“ Avšak velmi často zapomínáme, že náš NEMOCNÝ s chronickou a postupně se zhoršující ztrátou zraku se stane opravdu NE-MOCNÝM. Je také člověkem s každodenními starostmi a se svými specifickými potřebami, s rozličnými životními cíli a s rozdílnou kvalitou života.

Nevěděla jsem, jak se lidem s postižením zraku žije! Netušila jsem, jak prožívají a překonávají překážky každodenního dne! Nevěděla jsem nic o tom, jak se dokáží se vzniklou situací vyrovnávat! A to byly silné motivy pro to, abych se pokusila velmi zevrubně a kvalitně zmapovat situaci lidí s postupnou ztrátou zraku. Zvolila jsem proto kvalitativní longitudární výzkum, abych vystihla do jaké míry dokáží chroničtí nemocní s postupnou ztrátou zraku prožívat kvalitu svého života. Jaká je cesta lidí se zrakovým postižením kvalitním životem?

7.2. Cíle kvalitativního výzkumu

- 1) Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku?
- 2) Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat?
- 3) Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti?
- 4) S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali?

- 5) Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry?
- 6) Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?
- 7) Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem?

8. Metodika výzkumu

K zjištění stanovených výzkumných cílů jsem zvolila tyto metody:

- Strukturovaný rozhovor vlastní konstrukce s audiozáznamem s volnými výpověďmi respondentů
- Pozorování
- Sledování dokumentace a anamnestických údajů
- Kazuistiky

8.1. Strukturovaný rozhovor vlastní konstrukce s audiozáznamem s volnými výpověďmi respondentů

Pro metodu rozhovoru jsem se rozhodla z mnoha důvodů. Výzkum je zaměřený na lidi s postupnou ztrátou zraku, tudíž předpokládám, že předložit dotazníky s předtištěným textem by bylo zavádějící a degradující pro tuto skupinu respondentů. Často si běžný text nemohou přečíst, musí používat speciální čtecí zařízení a někdy nemají tuto možnost vůbec. Navíc rozhovor je citlivější metodou, jak proniknout do problematiky kvality života lidí s nejrůznějšími poruchami zraku. Při přímém kontaktu s respondenty mohu při kladení jednotlivých otázek bezprostředně pozorovat jejich reakce, zejména ty nonverbální. O tuto zkušenost a cenné informace bych byla ochuzena, pokud bych se pro rozhovor nerozhodla. Jednotlivé rozhovory byly po souhlasu respondentů nahrávány na diktafon a následně přepisovány do elektronické podoby. Byl ponechán respondentům dostatečný prostor a čas pro volnou odpověď na jednotlivé otázky.

Strukturovaný rozhovor jsem sestavila po konzultaci s PhDr. Chloubovou samostatně. Na počátku dotazník obsahoval 20 otázek. Po prvním kole dotazování jsem však došla k názoru, že některé otázky není nutné pokládat znovu. Musela jsem

vyřadit i otázky, kterým většina respondentů nerozuměla a nedokázala na ně odpovědět. Místo nich byly v následujících rozhovorech kladeny jiné otázky, které se zdály být potřebné a které vyplynuly z předcházejících rozhovorů.

V úvodu všech dotazníků byly zakotveny **základní identifikační znaky**, nebo –li **kritéria**, které jsem zjišťovala během všech rozhovorů.

- 1. Oftalmologická diagnóza**
- 2. Aktuální stav vízu**
- 3. Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky)**
- 4. Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk)**
- 5. Pohlaví**
- 6. Přehled počtu respondentů oslovených v nemocničním prostředí a v rekvalifikačním centru**
- 7. S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s)**

V prvním kole dotazování byly kladeny tyto skupiny otázek:

- **Otázky 1 - 6** byly zaměřeny na zmapování situace, kdy byla respondentům sdělována oftalmologická diagnóza. Týkají se pocitů prožívaných respondenty při zjištění diagnózy a jejich reakcí na zjištěnou skutečnost, na to, kdo jim v té době nabídl oporu a zda se změnil vztahy s nejbližšími.
- **Otázky 7 – 11 a 13** byly zaměřeny na zmapování probíhajícího stavu smířování se a vyrovnávání se s handicapem zraku. Zapojování se do běžného života. Co jim dělá největší obtíže a jak na tuto změnu reaguje jejich nejbližší okolí.
- **Otázky 12 a 20** byly zaměřeny na zjištění spokojenosti s vlastním životem, subjektivní hodnocení celkové kvality života.
- **Otázky 14 –15** byly zaměřeny na zjištění žebříčku hodnot a postojů v životě a jejich postupné změny během očního onemocnění.
- **Otázky 16 –17** byly zaměřeny na budoucnost. Jak jednotliví respondenti plánují svou budoucnost a jaké mají perspektivy v zaměstnání a společenském uplatnění.

- **Otázky 18 – 19** byly zaměřeny na zjištění jiných náročných životních situací, které respondenti prožili. Jaké mechanismy a naučené způsoby používají ke zvládnání těchto situací.

V druhém kole dotazování byly kladeny tyto skupiny otázek:

- **Otázky 1, 5, 6** byly zaměřeny na zmapování aktuálního prožívání situace vzhledem ke zrakovému postižení. S čím mají respondenti největší problémy a jak se s nimi vyrovnávají.
- **Otázky 2 – 4** byly zaměřeny na zjištění postojů sociálního okolí respondentů v jejich vlastních interpretacích.
- **Otázky 7 a 16** byly zaměřeny na zjištění spokojenosti s vlastním životem, subjektivní hodnocení celkové kvality života.
- **Otázka 8** byla zaměřena na zjištění aktuálního žebříčku hodnot a postojů v životě respondentů.
- **Otázky 9 – 10** byly zaměřeny na budoucnost. Jaké mají jednotliví respondenti plány do budoucnosti a jaké mají perspektivy v zaměstnání a společenském uplatnění.
- **Otázky 11 – 12** byly zaměřeny na zjištění jiných náročných životních situací, které respondenti prožili. Jaké mechanismy a naučené způsoby používají ke zvládnání těchto situací.
- **Otázky 13 – 15** byly zaměřeny na zjištění volnočasových aktivit a na zvládnání samostatného udržování chodu domácnosti.

V třetím kole dotazování byly kladeny tyto skupiny otázek:

- **Otázky 1, 5, 6** byly zaměřeny na zmapování aktuálního prožívání situace vzhledem ke zrakovému postižení. S čím mají respondenti největší problémy a jak se s nimi vyrovnávají.
- **Otázky 2 - 4** byly zaměřeny na zjištění postojů sociálního okolí respondentů v jejich vlastních interpretacích.
- **Otázky 7 a 18** byly zaměřeny na zjištění spokojenosti s vlastním životem, subjektivní hodnocení celkové kvality života.

- **Otázky 8** byla zaměřena na zjištění aktuálního žebříčku hodnot a postojů v životě respondentů.
- **Otázky 9 – 10** byly zaměřeny na budoucnost. Jaké mají jednotliví respondenti plány do budoucnosti a jaké mají perspektivy v zaměstnání a společenském uplatnění.
- **Otázky 11 – 12** byly zaměřeny na zjištění jiných náročných životních situací, které respondenti prožili. Jaké mechanismy a naučené způsoby používají ke zvládnání těchto situací.
- **Otázky 13 – 15** byly zaměřeny na zjištění volnočasových aktivit a na zvládnání samostatného udržování chodu domácnosti.
- **Otázky 16 –17** byly zaměřeny na zjištění, zda se respondenti sdružují v některé z organizací pro zrakově postižené, zda mají tuto možnost a zda používání některé z kompenzačních pomůcek.

Při zpracování dotazníků jsem postupovala podle sedmi stanovených cílů.

Postupovala jsem podle předem připravených, přesně formulovaných otázek. Při kladení otázek zkoumané osobě jsem důsledně dodržovala nejen jejich znění, ale i jejich pořadí. Prováděný rozhovor bych hodnotila jako individuální; zaměřený na prožívání postupné ztráty zraku, na vyrovnávání se s postupnou ztrátou zraku, jak jsou tito lidé schopni se integrovat do běžné společnosti, jaké se jim dostává zpětné vazby a podpory z jejich sociálního okolí, jaké bariéry a problémy překonávají a jakým způsobem, co je pro ně v životě nejcennější, kde vyhledávají pomoc, jak hodnotí svůj život a do jaké míry jsou s ním spokojeni.

8.2. Pozorování

Během rozhovoru jsem také pozorovala respondenty. Zapisovala jsem si jejich reakce na mé dotazy, sledovala jsem jejich celkové chování a změny vystupování v průběhu celého rozhovoru.

8.3. Sledování dokumentace a anamnestických údajů

Ke zjištění některých identifikačních údajů (oftalmologická diagnóza, aktuální stav vízu) bylo nutné sledovat anamnestické údaje a prostudovat jejich dokumentace. Všichni respondenti o tomto kroku byli předem obeznámeni a museli s tím souhlasit.

Při vypracovávání kazuistiky, byli dvě pacientky a jeden pacient (současně respondent) obeznámeni a souhlasili s tím, že bude nahlíženo do jejich dokumentace. Byli přesně obeznámeni, co bude použito do jednotlivých kazuistik, o tom, že vzhledem k jejich osobním údajům nedojde k porušení zákona č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů.

8.4. Předvýzkum – Ošetřovatelské kazuistiky

Tři ošetřovatelské kazuistiky ve zkrácené formě jsem vypracovala v květnu 2006. Staly se určitým podkladem pro sestavení dotazníků a nahlédnutím do problematiky lidí s postupnou ztrátou zraku. Zjistila jsem, s jakými problémy se nejčastěji potýkají. Po celkovém vyhodnocení všech informací o nemocných jsem vytvořila ošetřovatelské diagnózy. Přehled ošetřovatelských diagnóz uvádím v následující tabulce č. 1. Ty ošetřovatelské diagnózy, které se vyskytovaly u všech pacientů nebo alespoň u dvou jsem pro přehlednost označila barevně stejně jako v tabulce. Kazuistiky jsou přiloženy k nahlédnutí v **přílohách 1, 2, 3.**

V závěru zkoumání bude potřeba najít shodu mezi stanovenými ošetřovatelskými diagnózami v kazuistikách a volnými výpověďmi lidí, oslovených během samotného zkoumání. Předpokládám, že do jisté míry budou výpovědi respondentů shodné se stanovenými ošetřovatelskými diagnózami pacientů I, II, III.

(Poznámka: Pacientka I přísluší ke kazuistice I, pacientka II ke kazuistice II a pacient III k ošetřovatelské kazuistice III)

Přehled ošetřovatelských diagnóz, které se shodně vyskytovaly u pacientů I, II, III:

1) Změny smyslového vnímání byly u pacienta(ky) I, II, III diagnostikovány a modifikovány takto:

I) Změny smyslového vnímání z důvodu zrakové vady, projevující se viděním v mlze, poklesem zrakové ostrosti a ztíženou orientací.

II) Postižení zrakového vnímání z důvodu onemocnění zrakového ústrojí, projevující se rizikem vzniku úrazu či pádu a rizikem vzniku zkreslení a nedostatečným příjmem informací.

III) Snížená zraková ostrost způsobená oftalmologickým onemocněním, projevující se zhoršenou orientací v neznámém prostředí a omezením pohybové aktivity v tomto prostředí.

2) Chudost nebo ztráta zájmových činností byly u pacienta(ky) I, II, III diagnostikovány a modifikovány takto:

I) Ztráta zájmových činností v důsledku postupného se zhoršování zraku.

II) Chudost vlastních zájmů způsobená zrakovým onemocněním a následným omezením činností.

III) Ztráta zájmových činností v důsledku postupného se zhoršování zraku nemocného a špatné mobility jeho manželky.

3) Riziko pádu a vzniku úrazu bylo modifikováno u pacienta(ky) I, II, II shodně:

Riziko pádu a vzniku úrazu z důvodu porušeného smyslového vnímání.

4) Sociální izolace byla diagnostikována a modifikována u pacientky I a pacienta III takto:

I) Sociální izolace zapříčiněná omezením pracovní činnosti, projevující se smutkem a steskem po kontaktu se širším okolím.

III) Sociální izolace zapříčiněná odchodem do invalidního důchodu, omezením volnočasových aktivit a následným omezením styku s širším okruhem známých.

5) Porucha sebepojetí a sebeúcty byla u pacientky II a pacienta III diagnostikována a modifikována takto:

II) Porucha sebepojetí a sebeúcty z důvodu omezení zrakové percepce, projevující se pocity méněcennosti s projevy závislosti na cizí pomoci, neschopnosti kontroly úklidu vlastního bytu a samostatného pohybu mimo domov.

III) Porucha sebepojetí a sebeúcty z důvodu zrakového postižení a následným odchodem do invalidního důchodu, spojeným s projevy méněcennosti a neadekvátního vytížení.

6) Obavy byly u pacientky I a pacienta III diagnostikovány a modifikovány takto:

I) Obavy ze zhoršení zraku zapříčiněného onemocněním zrakového ústrojí a bolestmi okolo očí.

III) Obavy z budoucnosti z důvodu snižující se samostatnosti a soběstačnosti nemocného i jeho manželky.

7) Chronické bolesti byly u pacientky I a II diagnostikovány a modifikovány takto:

I) Chronické bolesti okolo očí způsobené zvyšováním se nitroočního tlaku, které nemocná tiší užíváním analgetik a odpočinkem.

II) Chronická bolest v očích tupého charakteru z důvodu onemocnění zrakového ústrojí, kterou nemocná tiší užíváním analgetik.

8) Poruchy vyprazdňování stolice byly u pacientky II a pacienta III diagnostikovány a modifikovány takto:

II) Poruchy vyprazdňování stolice z důvodu dietních chyb, nedostatečného pohybu a pravidelného užívání laxativ, projevující se těžkou zácpou a následnou nutností užívat laxativa.

III) Občasná zácpa způsobená změnou prostředí, projevující se nižší frekvencí defekace a obtížným vyprazdňováním tlustého střeva a nutností občasného užití laxativ.

9) Riziko vzniku komplikací diabetu mellitu bylo u pacientky II a pacienta III diagnostikováno a modifikováno takto:

II) Riziko vzniku komplikací diabetu mellitu z důvodu nepřesného dodržování dietních opatření a snížené pohybové aktivity.

III) Riziko vzniku komplikací diabetu mellitu z důvodu nepřesného dodržování dietních opatření nemocným a plánovaného operačního zákroku.

Tabulka Přehledu ošetřovatelských diagnóz – Kazuistiky 1, 2, 3:

Ošetřovatelské diagnózy - kazuistika č. 1; pacientka I	Ošetřovatelské diagnózy - kazuistika č. 2; pacientka II	Ošetřovatelské diagnózy - kazuistika č. 2 pacient III
Změny smyslového vnímání z důvodu zrakové vady, projevující se viděním v mlze, poklesem zrakové ostrosti a ztíženou orientací.	Postižení zrakového vnímání z důvodu onemocnění zrakového ústrojí, projevující se rizikem vzniku úrazu či pádu a rizikem vzniku zkrvení a nedostatečným příjmem informací.	Snížená zraková ostrost způsobená oftalmologickým onemocněním, projevující se zhoršenou orientací v neznámém prostředí a omezením pohybové aktivity v tomto prostředí.
Sociální izolace zapříčiněná omezením pracovní činnosti, projevující se smutkem a steskem po kontaktu se širším okolím.	Porucha sebepečení a sebeúcty z důvodu omezení zrakové percepce, projevující se pocity méněcennosti s projevy závislosti na cizí pomoci, neschopnosti kontroly úklidu vlastního bytu a samostatného pohybu mimo domov.	Sociální izolace zapříčiněná odchodem do invalidního důchodu, omezením volnočasových aktivit a následným omezením styku s širším okruhem známých.
Obavy ze zhoršení zraku zapříčiněného onemocněním zrakového ústrojí a bolestmi okolo očí.	Chudost vlastních zájmů způsobená zrakovým onemocněním a následným omezením činností.	Obavy z budoucnosti z důvodu snižující se samostatnosti a soběstačnosti nemocného i jeho manželky.
Chronické bolesti okolo očí způsobené zvyšováním se nitroočního tlaku, které nemocná tiší užíváním analgetik a odpočinkem.	Porucha zdraví z důvodu polymorbidity, projevující se nutností užívání množství léků a závislosti na některých z nich.	Porucha sebepečení a sebeúcty z důvodu zrakového postižení a následným odchodem do invalidního důchodu, spojeným s projevy méněcennosti a neadekvátního vytižení.
Ztráta zájmových činností v důsledku postupného se zhoršování zraku.	Chronická bolest v očích tupého charakteru z důvodu onemocnění zrakového ústrojí, kterou nemocná tiší užíváním analgetik.	Ztráta zájmových činností v důsledku postupného se zhoršování zraku nemocného a špatné mobility jeho manželky.
Občasné nechutenství způsobené bolestmi, projevující se omezením příjmu stravy během dne.	Porucha spánku z důvodu špatného denního biorytmu, projevující se zhoršeným a prodlouženým usínáním a závislostí na hypnoticích.	Občasná zácpa způsobená změnou prostředí, projevující se nižší frekvencí defekace, obtížným vyprazdňováním tlustého střeva a nutností občasného užití laxativ.
Riziko vzniku alergické reakce z důvodů lékové nesnášenlivosti vůči některým z nich, projevující se prudkou reakcí na ně.	Poruchy vyprazdňování stolice, z důvodu dietních chyb, nedostatečného pohybu a pravidelného užívání laxativ projevující se těžkou zácpou a následnou nutností užívat laxativa.	Nadváha způsobená nepřesným dodržováním diabetické diety a sníženou pohybovou aktivitou.
Riziko pádu a vzniku úrazu z důvodu porušeného smyslového vnímání.	Námahová dušnost, způsobená onemocněním kardiovaskulárního systému.	Riziko vzniku komplikací diabetu mellitu z důvodu nepřesného dodržování dietních opatření nemocným a plánovaného operačního zákroku.
	Stresová inkontinence, způsobená změnami závěsného aparátu urogenitálního traktu, projevující se občasným mimovolným únikem moči při zasmání a zakašlání.	Riziko pádu a vzniku úrazu z důvodu porušeného smyslového vnímání.
	Riziko pádu a vzniku úrazu z důvodu sníženého smyslového vnímání.	
	Riziko vzniku komplikací diabetu mellitu z důvodu nepřesného dodržování dietních opatření a snížené pohybové aktivity.	
	Riziko vzniku krvácení z důvodu antikoagulační léčby.	

8.5. Charakteristika výzkumného vzorku

8.5.1. Kritéria pro výběr respondentů a základní identifikační znaky

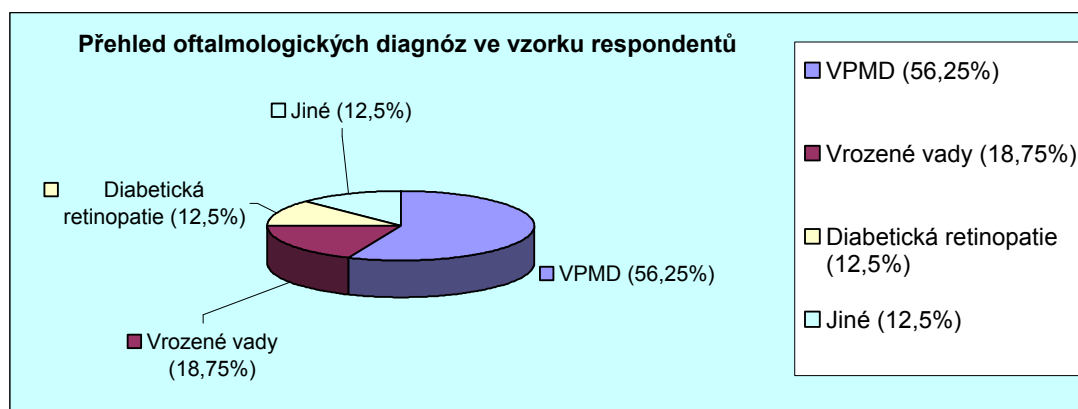
Kritérii pro výběr respondentů bylo několik. Respondenti museli splňovat kritérium oftalmologické diagnózy, nesměli být mladší 18 let a museli souhlasit s podmínkou opakovaných rozhovorů.

První z nich byla podmínka **oftalmologické diagnózy**, kdy byl předpoklad postupného se zhoršování zraku. Všichni respondenti oslovení v nemocničním prostředí tuto podmínku splňovali. 9 respondentů oslovených v rekvalifikačním centru podmínku postupného zhoršování zraku nespĺňovali. Nejvíce příčin úbytku zraku je u 18. oslovených respondentů (56,25%) s diagnózou Věkem podmíněná makulární degenerace (Dále jen VPMD). Dalších 6 respondentů s vrozeným poškozením zraku (18,75%), 4 s diabetickou retonopatií (12,5%) a u 4 respondentů se objevovaly jiné příčiny (12,5%). Mezi „Jiné“ diagnózy jsem zařadila tyto: stav po infekčním onemocnění, degenerace očního nervu po požití Fridexu, posttraumatické amoce, angiosclerosis retinae. Toto kritérium je též součástí základních identifikačních znaků; viz grafické znázornění tabulka a graf č. 1.

Tabulka č. 1: Přehled oftalmologických diagnóz ve vzorku respondentů

Oftalmologická diagnóza	Počet respondentů	Procentuální vyjádření (%)
VPMD	18	56,25
Vrozená vady	6	18,75
Diabetické retinopatie	4	12,5
Jiné	4	12,5
Celkem	32	100

Graf č. 1: Přehled oftalmologických diagnóz ve vzorku respondentů

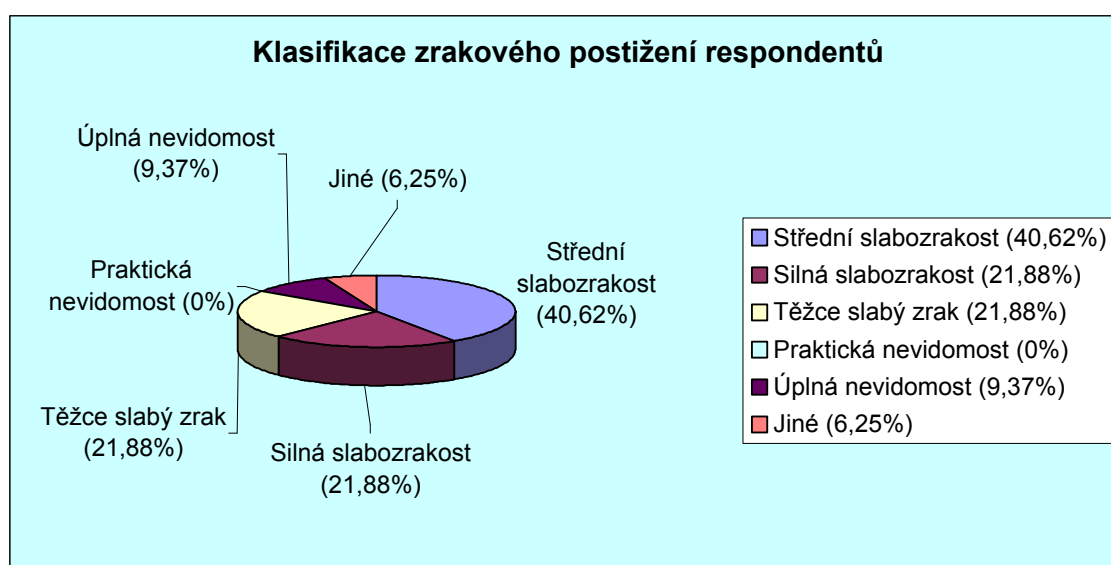


Dalším velmi důležitým sledovaným identifikačním znakem byl **aktuální stav vízu**. Pro přehlednost je vízus rozdělen do klasifikace zrakového postižení podle WHO (viz. Příloha č. 7). V tabulce rozdělují respondenty podle zjištěného vízu do kategorií na *středně slabozraké*, *silně slabozraké*, *těžce slabozraké*, *prakticky nevidomé* a *zcela (úplně) nevidomé*. Do kategorie „Jiné“ jsem zahrнула respondenta, který na levé oko prakticky nevidí, ale pravé oko vidí bez korekce ostře. Druhý případ představuje respondentka s kombinovanou vadou sluchu a zraku. Zraková vada je korigována brýlemi a nespadá ani do jedné z kategorií zrakového postižení. Dále viz. tabulka a graf č. 2.

Tabulka č. 2: Klasifikace zrakového postižení respondentů

Klasifikace zrakového postižení	Počet respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Střední slabozrakost	13	40,62
Silná slabozrakost	7	21,88
Těžce slabý zrak	7	21,88
Praktická nevidomost	0	0
Úplná nevidomost	3	9,37
Jiné	2	6,25
Celkem	32	100

Graf č. 2: Klasifikace zrakového postižení respondentů

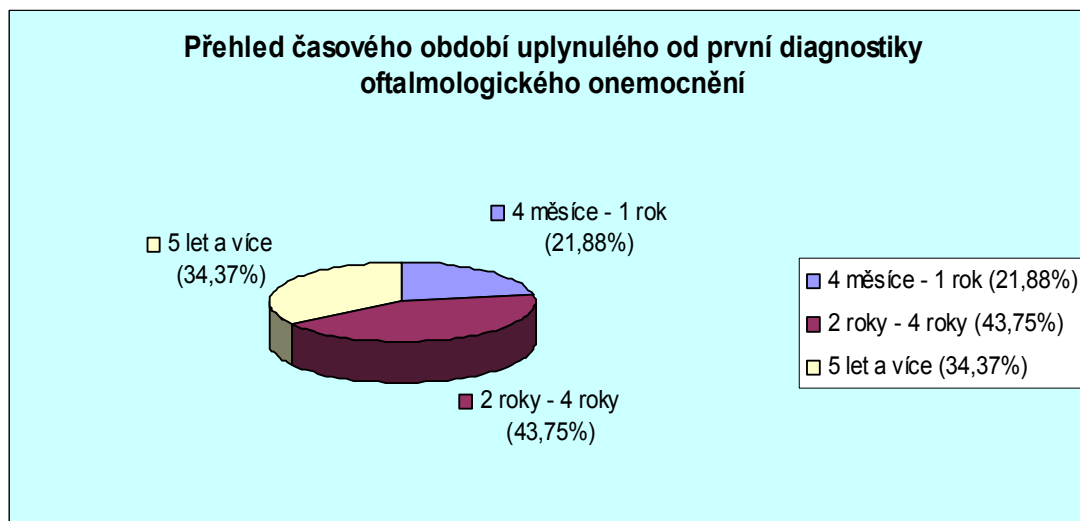


Dalším sledovaným identifikačním znakem je **čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění**. Uplynulá období jsem rozdělila do tří skupin. Nejvíce respondentů, tedy 14, žije s postižením zraku 2 až 4 roky (43,75%). Dále 11 respondentů žije s diagnostikovaným očním onemocněním 5 let a déle (34,37%). Nejméně respondentů, tedy 7, má oční postižení diagnostikované do 1 roku (21,88%). Názorné vyjádření viz. Tabulka a graf č. 3.

Tabulky č. 3: Přehled časového období uplynulého od první diagnostiky oftalmologického onemocnění

Období od stanovení diagnózy	Počet respondentů	Procentuální vyjádření (%)
4 měsíce – 1 rok	7	21,88
2 roky – 4 roky	14	43,75
5 a více let	11	34,37
Celkem	32	100

Graf č. 3: Přehled časového období uplynulého od první diagnostiky oftalmologického onemocnění



Dalším kritériem pro výběr respondentů byl věk. Dolní hranice byla stanovena na 18 let, horní hranice není omezena. Při vyhodnocování identifikačních údajů jsem věk rozdělila do tří věkových kategorií. Věk patřil k základním identifikačním znakům. Přehled viz. tabulka a graf č. 4.

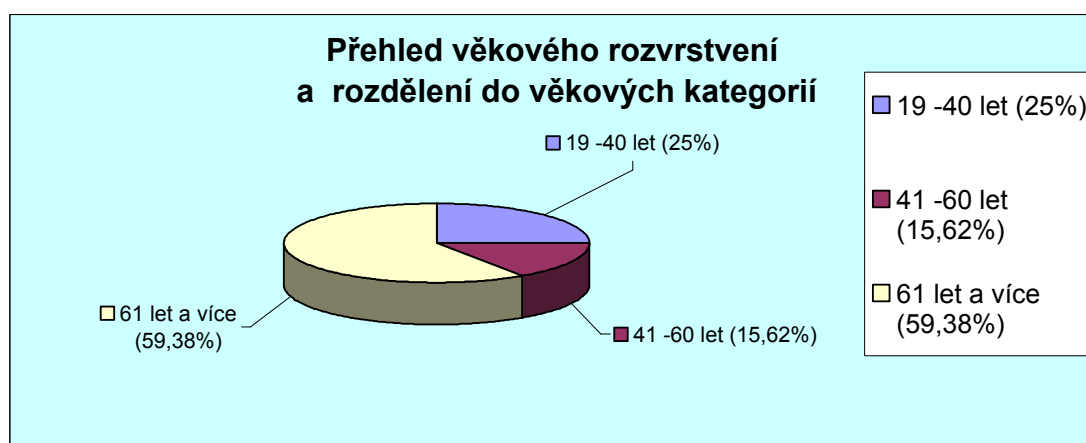
Tabulka č. 4: Přehled věkového rozvrstvení a rozdělení do věkových kategorií

Věkové kategorie	Věk (let)	Celkem respondentů	Průměrný věk (let)	Procentuální vyjádření (%)
19 - 40	19, 20, 25, 26, 27, 36, 37, 40	8	28,75	25
41 - 60	41, 45, 52, 58, 60,	5	51,2	15,62
61 - ↑	62, 66, 70, 71, 71, 72, 72, 73, 74, 77, 79, 80, 81, 82, 82, 82, 85, 85	19	76,05	59,38
Celkem	18,50	32	51,91	100

- I. **Věková kategorie 19-40:** 8 respondentů(25%), průměrný věk 28,75 =29 let
- II. **Věková kategorie 41-60:** 5 respondentů(15,62%), průměrný věk 51,2 = 51 let
- III. **Věková kategorie 61-↑:** 19 respondentů(59,38%), průměrný věk 76,05 = 76 let

Průměrný věk všech respondentů činí **51,91 let**.

Graf č. 4: Přehled věkového rozvrstvení a rozdělení do věkových kategorií



Pohlaví respondentů nemělo být rozhodující. Z výzkumu nebyly vyřazeny ani ženy, či pouze muži. Náhodně bylo osloveno 50% žen a 50% mužů. Viz. tabulka č. 5.

Tabulka č. 5: Přehled zastoupení pohlaví mezi jednotlivými respondenty ve vzorku

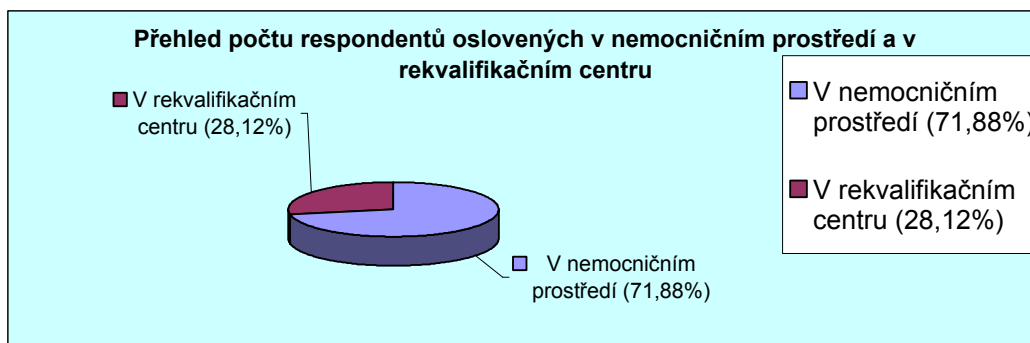
Pohlaví	Počet respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Žena	16	50
Muž	16	50
Celkem	32	100

Na počátku výzkumu jsem prováděla strukturované rozhovory s 32 respondenty s postupnou ztrátou zraku. Pro výzkum bylo na počátku získáno 23 respondentů z nemocničního prostředí (Oční klinika 1.LF UK v Praze ÚVN - Střešovice), to je 71,88 %; 9 respondentů, což je 28,12% bylo osloveno v rekvalifikačním centru pro slabozraké a nevidomé v Praze. V druhém kole dohovorů jsem zaznamenal úbytek respondentů. V druhém kole jsem provedla rozhovor s 23. respondenty (15 z nemocničního prostředí, 8 z rekvalifikačního centra). Ve třetím kole rozhovorů jsem provedla rozhovor se 22. respondenty (15 z nemocničního prostředí, 7 z rekvalifikačního centra).

Tabulka č. 6: Přehled počtu respondentů oslovených v nemocničním prostředí a v rekvalifikačním centru

Oslovení respondenti	Počet respondentů	Procentuální vyjádření (%)
V nemocničním prostředí	23	71,88
V rekvalifikačním centru	9	28,12
Celkem	32	100

Graf č. 6: Přehled počtu respondentů oslovených v nemocničním prostředí a v rekvalifikačním centru

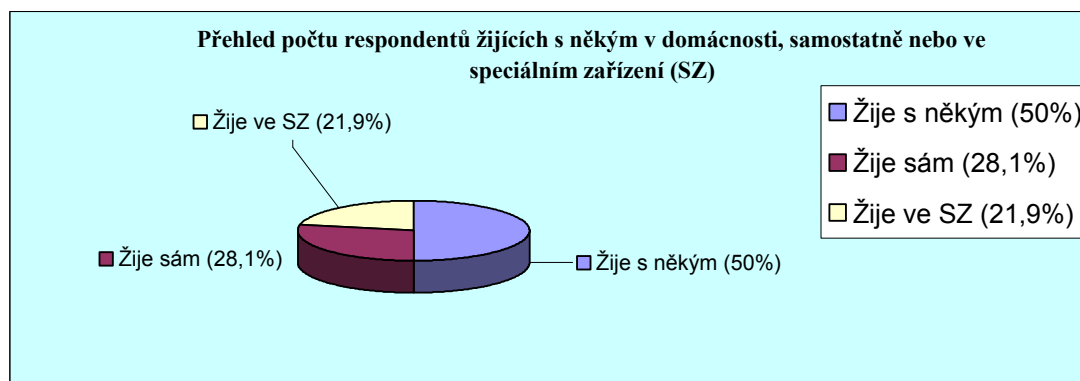


Mezi další sledované identifikační znaky jsem zařadila, zda respondenti **žijí sami, s někým v domácnosti nebo ve speciálních zařízeních**. 16 (50%) respondentů žije v domácnosti s někým, ve většině případů je to manželka nebo manžel. 9 respondentů žije v domácnosti osamoceně, v osmi případech jsou to ženy. 7 respondentů žije ve specializovaných zařízeních, buďto v domovech důchodců nebo v rekvalifikačním centru pro zrakově postižené. Viz tabulka a graf č. 7.

Tabulka č. 7: Přehled počtu respondentů žijících v domácnostech samostatně nebo s někým

Respondent má společnou domácnost s	Počet respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Rodinným příslušníkem	16	50
Žije v domácnosti sám (a)	9	28,1
Žije ve speciálním zařízení	7	21,9
Celkem	32	100

Graf č. 7: Přehled počtu respondentů žijících v domácnostech samostatně nebo s někým



Poznámky: Pro potřeby grafu byly jednotlivé položky modifikovány takto: Respondent má společnou domácnost s rodinným příslušníkem = Žije s někým; Žije v domácnosti sám(a) = Žije sám(a); Žije ve speciálním zařízení = Žije ve SZ (SZ = speciální zařízení).

8.6. Organizace a časový plán výzkumné práce

8.6.1 Organizace výzkumné práce

Vlastní výzkum byl zahájen dle časového plánu v květnu 2006 a ukončen 30.4.2007. Výběr respondentů byl cílený. S respondenty, kteří souhlasili s dlouhodobým a opakovaným sledováním, jsem prováděla jednotlivé rozhovory v předem stanovených termínech. Tyto termíny odpovídaly u respondentů v nemocničním prostředí termínům objednání na kontrolu u ambulantního lékaře a u respondentů v rekvalifikačním centru byly termíny jednotné, předem dohodnuté s ředitelkou centra. Metoda strukturovaného rozhovoru a volných výpovědí respondentů spolu s pozorováním a studiem dokumentace a anamnézy se mi velmi osvědčila. Na každý rozhovor jsem si vyčlenila dobu 15. minut, které jsem se snažila vždy dodržovat.

8.6.2. Časový plán výzkumné práce

Květen (2006) – zadání diplomové práce

Červen, červenec, srpen – studium literatury, zpracování osnovy a první verze teoretické části

Červenec – první rozhovory s respondenty v nemocničním prostředí a v rekvalifikačním centru

Říjen - druhé rozhovory s vybranými respondenty

Listopad, prosinec – dokončení průběžné verze teoretické části, odevzdání úvodní části empirické části

Leden, únor (2007) – třetí rozhovory s vybranými respondenty, zhodnocení výzkumu a vytvoření výstupů

Březen – konzultace empirické části

Duben (2007) – odevzdání diplomové práce

8.7. Způsob zpracování výsledků

Všechny získané informace byly zpracovány počítačovou technikou v programu Microsoft Word. Výsledky tabulek jsem zpracovala ruční čárkovací metodou. Grafy jsem vytvořila pomocí výpočetní techniky v programu Microsoft Excel.

Při zpracování výpovědí respondentů jsem zvolila vertikální a horizontální zhodnocení. Vertikální vyhodnocení volných výpovědí respondentů je uvedeno v kapitole 9. (Kvalitativní zhodnocení výpovědí respondentů). Zde jsem vyhodnocovala jednotlivé odpovědi každého respondenta zvlášť „průřezem“ všech tří rozhovorů. Kvalitativní zhodnocení jsem vztahovala ke stanoveným cílům výzkumu (viz výše). Použila jsem zde jak subjektivní vyjádření respondentů, tak své vlastní dojmy a hodnocení oslovených respondentů.

Horizontální vyhodnocení volných výpovědí respondentů jsem zpracovala kvantifikační metodou. Kvantifikační vyhodnocení jsem umístila do přílohové části (Příloha č. 4, 5, 6 – Kvantitativní zhodnocení výpovědí respondentů). Odpovědi respondentů jsou vyjádřeny vždy jako celek a to v jednotlivých kolech výzkumu. Aby byla jednotlivá „kola“ výzkumu od sebe dobře odlišena, zvolila jsem barevnou škálu. Modrou barvou znázorňuji vše, co bylo zjišťováno v prvním kole rozhovorů. Zelenou barvou je zvýrazněno druhé kolo rozhovorů a třetí kolo rozhovorů jsem označila červeně.

9. Kvalitativní zhodnocení výpovědí respondentů

(Vertikální vyhodnocení)

Barevné rozlišení a zvýraznění v rozboru výpovědí:

- **ČERNĚ ZVÝRAZNĚNÉ SLOVO = smrt blízké osoby**
- **FIALOVĚ ZVÝRAZNĚNÉ SLOVO = negativní prožívání**
- **ZELENĚ ZVÝRAZNĚNÉ SLOVO ☹ = smíření se s onemocněním**
- **ŽLUTĚ ZVÝRAZNĚNÉ SLOVO ☀ = psychosociální opora blízké osoby**

Respondent I/1 – modrou barvou a římskou číslicí I jsem zvýraznila rozhovory v prvním kole dotazování, také modrou barvou jsem označila kvantitativní a kvalitativní zhodnocení prvního kola rozhovorů

- každý(á) respondent(ka) je veden(a) pod číslem 1-32

Respondent II/1 – zelenou barvou a římskou číslicí II jsem zvýraznila rozhovory v druhém kole dotazování, také zelenou barvou jsem zabarvila kvantitativní a kvalitativní zhodnocení druhého kola rozhovorů

Respondent III/1 – červenou barvou a římskou číslicí III jsem zvýraznila rozhovory v třetím kole dotazování, také červenou barvou jsem zvýraznila kvantitativní a kvalitativní zhodnocení třetího kola rozhovorů

S respondenty označenými modrou barvou vedenými pod čísly: 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 20, 32 jsem provedla pouze první rozhovor, protože při dalším setkání odmítli pokračovat v rozhovorech nebo na smluvené datum k rozhovoru nepřišli.

S respondentkou označenou zelenou barvou vedenou pod číslem 24 jsem zrealizovala první a druhý rozhovor. Třetí, poslední rozhovor jsem neprovedla jelikož respondentka ukončila rekvalifikaci a vrátila se do místa trvalého bydliště, kde jsem neměla možnost dalšího kontaktu.

S respondenty označenými červenou barvou vedenými pod čísly: 2, 3, 5, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30,31 jsem realizovala všechny tři rozhovory.

I/1. Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: diabetická retinopatie

Aktuální stav vízu: PO 1/60 LO 1/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 1 rok

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 58 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): manželkou

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení oftalmologické diagnózy byl respondent **šokovaný**. Je patrné, že vzpomínka na tuto situaci v něm vyvolává stále silné emoce, zvyšuje hlas a gestikuluje. Se vším se svěřil své **manželce** ☀, kterou též uvádí jako osobu, která je mu největší oporou v těžkých chvílích.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Od diagnostiky oftalmologické diagnózy uplynul 1rok. Respondent slovně vyjadřuje své **smíření** ☺ s onemocněním. Respondent podle své vlastní výpovědi: „*Chovám se jako kdyby zraková vada nebyla.*“ Zde vzniká velký rozpor mezi měřitelnou skutečností (vizus) a tím, co sám respondent uvádí. Podle toho se domnívám, že nemocný své postižení **bagatelizuje**. K bagatelizaci napomáhá fakt, že ho jeho manželka doslova „obletuje“! Což nasvědčuje **přenosu problémů**, které se týkají zrakového postižení, na manželku. Respondent si myslí, že jeho život probíhá podle jeho očekávání. Se životem jaký vede je celkově spokojený s podmínkou, že se zrak již nebude zhoršovat.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondent je v důchodu. Od vstupu do důchodu se jeho sociální okruh zúžil. Nejčastěji během rozhovoru zmiňuje **manželku** ☀. Myslí si, že se během onemocnění vztahy s rodinnými příslušníky a přáteli nezměnily. Opět je zde nastíněn **rozpor**, kdy respondent uvádí, že se vztahy nikterak nezměnily, ale vlastně neví, jaký postoj vůči němu jeho blízcí v tuto chvíli zaujmají!

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi byli schopni vyrovnat? Největší překážkou pro respondenta bylo základní onemocnění, tedy diabetes mellitus. Mimo tohoto onemocnění nic závažného a stresujícího neprožil. Oporu při řešení svých problémů hledá opět v **manželce** ☀.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Největším problémem je pro respondenta postupně se zhoršující zrak. Při sumarizaci všech výpovědí v rozhovoru je patrné, že nemocný není vyrovnaný se svým postižením. Popírá obtíže, které jsou spojené s postupnou ztrátou zraku. Smíření se s onemocněním ztěžuje fakt, že jeho **manželka** ☀, zaujímá roli přehnaně pečující blízké osoby, což může ztěžovat samotné přirozené přizpůsobení se podmínkám, které jsou respondentovi nestaveny vzhledem k postupné ztrátě zraku.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává? Zde je v odpovědi respondent jednoznačný. Psychosociální oporu nachází u **manželky** ☀. Odbornou pomoc vyhledává u samotných zdravotníků.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondent si myslí, že jeho život probíhá podle jeho očekávání. Celkově respondent tvrdí, že je spokojený s životem jaký vede,

s podmínkou, že se zrak již nebude zhoršovat. Nejvíce si cení zdraví a spokojeného života. Připouští, že pro něho před onemocněním byla velmi důležitá práce. Samotný odchod do důchodu a zdravotní obtíže ho přivedly k přehodnocení žebříčku hodnot ☺.

I/4. Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO 4/60 LO 6/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 1 rok

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 74 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): sama

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Když byla respondentce sdělena diagnóza, byla zprávou **překvapená**. Oční onemocnění považuje jako součást stáří a stárnutí. Po sdělení diagnózy jí napadlo, že nebude moci řídit auto, aby nikomu neublížila. Respondentka si nevzpomíná, jak si tehdy představovala svoji budoucnost. V současné době nemocná tvrdí, že je s onemocněním smířená, je ráda, že to není horší. Celou informaci přijala velmi dobře a dobře se adaptovala. Dokázala se vzdát činnosti, kterou dělá ráda proto, aby nedošlo k nehodě ☺. Postupnou ztrátu zraku považuje za jedno z **nejtěžších postižení**, které mohou člověka potkat!

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Respondentka uvádí, že je **smířená** se svým onemocněním. Své smíření podmiňuje tím, že se zrak již dále nebude zhoršovat. Z postupného zhoršování zraku má respondentka **strach**. Dobře si uvědomuje, že ztráta zraku je velký zlom v životě člověka.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondentka je v důchodu, se širším sociálním okolím se nestýká, jediné společenské uplatnění má v rámci **rodiny** ☺.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Velmi náročnou životní situací, byla pro respondentku **smrt jejího manžela**. Při rozhovoru je patrné, že je to pro ni stále bolestná záležitost.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Díky své **rodině** ☺ byla schopna tuto skutečnost lépe přijmout a vyrovnat se s ní. Rodina je též její velkou oporou při překonávání počátečního stavu navozeného po sdělení diagnózy.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Respondentka dochází na pravidelné kontroly ke svému očnímu lékaři. Jinou odbornou pomoc v této oblasti nevyhledává. Psychosociální oporu nalézá u již několikrát zmíněné **rodiny** ☺.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondentka je spokojená se svým životem. Její život se ubírá směrem, který si představovala ☺. Byla by však ráda, kdyby se jí zrak již nezhoršil. Mezi její nejdůležitější hodnoty patří dobrý zrak a rodina. Uvádí, že od onemocnění nedošlo ke změně žebříčku hodnot. To by se dalo předpokládat v tom

případě, že respondentka trpěla těžšími poruchami zraku již delší dobu před samotnou diagnostikou. Nebo si neuvědomuje, že se priority změnila až poté, co jí byla Věkem podmíněná makulární degenerace diagnostikována?

I/6. Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO 2/60 LO 1/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 3 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 81 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): manželkou

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení diagnózy byl respondent **zklamaný**. Mrzelo ho, že už nevidí tak jako dřív. Ale přesto si s tím „nelámal hlavu“. Nevzpomíná si, jak si představoval svou budoucnost, když mu byla sdělena diagnóza.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? V tuto chvíli si respondent své obtíže nepřipouští a nepřemýšlí nad nimi i přesto, že vyšetření vízu prokázalo těžce slabý zrak! Respondent se pokouší **bagatelizovat** své obtíže a „zasunovat je do pozadí“!

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Změny ve vztahové rovině s rodinou a přáteli respondent nepozoruje. Na druhé straně sám neví, jak jeho blízké okolí jeho onemocnění prožívá. Nechce je svými problémy zatěžovat. Nepozoruje ani změny vztahů v širším sociálním okolí! Do budoucna si nic neplánuje, není na to zvyklý.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi byli schopni vyrovnat? Mezi náročnou životní situací zařazuje respondent **smrt syna**. Jinou náročnou situací v životě neprožil. Byl schopen se přes tak závažnou situaci, jako je smrt dítěte, přenést díky opoře své **manželky** ☀️.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondent má největší problém se čtením, orientací a činnostmi vyžadujícími přesnou korekci zrakem. Problémy, které respondent má, si buďto **nepřipouští** nebo je **bagatelizuje**. Ostatní problémy řeší nemocný až když nastanou.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Respondent se léčí u svého očního lékaře, kam dochází na pravidelné prohlídky. Jinou odbornou pomoc, vztahující se ke zrakovému postižení, nevyhledává. Největší psychosociální oporou je mu **manželka** ☀️.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem?

Respondent je spokojený s životem, který vede ☺️. Jediné co mu vadí, je nízký důchod. Jeho život probíhá podle jeho představ. V poslední větě však vyjadřuje **obavy ze zhoršení zraku!**

Nejdůležitější hodnotou je pro něho manželka ☀ a celá jeho rodina.

I/8. Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: PO VPMD, LO ischemie sítnice

Aktuální stav vízu: PO 2/60 LO 1/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 3 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 85 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): sama v domově pro seniory

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Když byla respondentce před třemi roky sdělena oftalmologická diagnóza, **nechtělo se jí žít**. Cítila se jako člověk **bezecná**. Myslela si, že nemá žádnou budoucnost. Nyní si do budoucna nic neplánuje, doslovně: „Chtěla bych zemřít.“ Protichůdně se k jinému dotazu vyjadřuje, že je moc spokojená!

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Po třech letech diagnostikované postupné ztráty zraku, **není respondentka s onemocněním vyrovnaná**. Snáší velmi špatně skutečnost, že je odkázaná na cizí pomoc, že nic nemůže dělat sama. Postižení zraku považuje jako něco nejhoršího co člověka může potkat.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondentka se kromě personálu domova pro seniory a **syna** ☀ s nikým nestýká. V pohybu je velmi omezená a odkázaná na doprovod jiné osoby. Respondentka je ve starobním důchodu, její sociální kontakty se omezily na rodinu.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Za nejzávažnější negativní událost ve svém životě považuje respondentka **smrt syna**.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Smrt syna dokázala překonat po osvojení jiného dítěte. Osvojeného chlapce bere jako svého vlastního **syna** ☀.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává? Odborné pomoci se respondentce dostává u očního lékaře, ke kterému pravidelně dochází na kontroly. Psychosociální oporou jsou jí **syn** ☀ a **sestry** ☀ v domově, kde je velmi spokojená.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Se svým životem je **spokojená**, tvrdí, že jí nic neschází ☺. Naproti tomu si svůj život takto nepředstavovala. Hlavní hodnotou je pro ni zdraví a zrak, myslí si, že se hodnoty během oftalmologického onemocnění nezměnily. **Ze všech vypovědí je patrná velká protichůdnost!!!** Z pozorování vyplývá pesimistické ladění a neustále odbíhání od rozhovoru k jiným tématům rozprávání se, což nasvědčuje jisté osamělosti.

I/9. Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO 2/60 LO 4/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 2 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 82 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): sama

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení oftalmologické diagnózy měla respondentka **strach**. Největší obavy měla z toho, kdyby přišla úplně o zrak, jak by se o sebe postarala. Myslela si, že špatné vidění je jenom dočasné a že se to zase zlepší. Do budoucna si myslela, že se s tím vyrovná, že už se zrak nebude zhoršovat.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Respondentka doslovně říká: „Musela jsem se s tím **vyrovnat**, s tím, že už to lepší nebude. Lékař respondentku připravil na to, že se jí zrak již nezlepší, což by mělo vést k lepšímu přijetí reality. Respondentka si nic neplánuje, myslí si, že by plány nemohla realizovat.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Vztahy s rodinou respondentky se od diagnostiky onemocnění nezměnily. Všichni jí velmi pomáhají a soucítí s ní. Největší oporu našla v **manželovi** a **neteři** ☀️. Respondentka si myslí, že ve vztazích v širším sociálním okolí nedošlo ke změně. S nikým kromě neteře a sousedky se nestýká.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? **Manžel zemřel** před čtyřmi měsíci a respondentka zůstala sama. Nejtěžší, co se týče porušeného zraku, je pro respondentku orientace v cizím prostředí, čtení a psaní.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondentka se ještě nevyrovnala s „**odchodem**“ **svého manžela**. O jiném vyrovnání (např. postižení zraku) nemluví.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Respondentka v pravidelných intervalech dochází ke svému očnímu lékaři, jiného odborného lékaře nebo instituci nenavštěvuje. Velkou oporu má nyní už jen v **neteři** ☀️.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondenta podléhá svému zármutku, je velmi pasivní a chtěla by zemřít! Svůj život si takto nepředstavovala. Nevěděla, že zůstane sama, bez manžela. Mezi hodnoty, kterých si nejvíce váží, patří zdraví, dříve to byla i rodina. Po smrti manžela nejspíše došlo i ke změně hodnot.

I/10. Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: angiosclerosis retineae

Aktuální stav vízu: PO 6/60 LO 2/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 4 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 77 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): manželem

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Když byla respondentce sdělena oftalmologická diagnóza, byla z toho **nešťastná**. Doufala, že to bude dobré, věřila svému lékaři, ale objevily se další komplikace. V současné době **není** nemocná se svým onemocněním ještě **vyrovnaná**. Někdy snáší velmi špatně to, že má postižený zrak. Do budoucnosti si plány nedělá. Ztráta zraku je podle respondentky nejhorší postižení, které může člověka potkat.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Respondentka není smířená se svým onemocněním, je to pro ni velmi těžké!

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Blízké sociální okolí respondentce pomáhá. Dlouholetí přátelé zůstali. Změnu vztahů v širším sociálním okolí respondentka nepocítuje.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Respondenta je **omezena** v mnohých činnostech, jako je čtení, úklid domácnosti a další práce v domácnosti. S manželem byli zvyklí navštěvovat divadlo, nyní již do divadla nechodí. Respondentka nerozezná scény na jevišti. Velmi těžkou životní situaci respondentka prožila v mládí. Nechce o ní hovořit, ale je patrné, že ji vzpomínka na tuto událost velmi rozrušila.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Největší oporu má ve svém **manželovi** ☀️. Manžel jí ve všem pomáhá a zařizuje za ní mnohé věci.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Respondentka v pravidelných intervalech dochází ke svému očnímu lékaři, jiného odborného lékaře nebo instituci nenavštěvuje. Psychosociální oporou je jí **manžel** ☀️.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondentka vyjadřuje, že je **spokojená** 😊 se svým životem, ale stáří si představovala jinak. Život podle jejich očekávání neprobíhá. Poté respondenta váhá a neví zda ano, či ne. Její hlavní hodnotou je zdraví a od očního onemocnění se žebříček hodnot nezměnil. Možná proto, že respondentka trpí i jinými onemocněními a už před onemocněním zraku měla jiné zdravotní potíže.

I/11. Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: PO stav po amoci, LO VPMD

Aktuální stav vízu: PO 1/60 LO 6/24

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 3 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 66 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): manželem

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Respondentka měla po sdělení **obavy**, jak to všechno dopadne, čekala na operaci. Snažila se celou situaci brát takovou, jaká je. Svě naděje vkládala do operace. Nyní je už vyrovnána, s postupnou ztrátou zraku nemá problém. Spíše jí vadí, že má i jiná onemocnění. Do budoucna by chtěla ještě cestovat, ale nemůže se moc dobře pohybovat z důvodu onemocnění pohybového aparátu.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? S tím, že špatně vidí nemá respondentka takové problémy jako s tím, že se špatně pohybuje.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Během onemocnění zraku nepocítuje respondentka změny ve vztahové rovině mezi blízkými ani v širším sociálním okolí. Situace je o podle ní zcela normální.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Pro respondentku je velmi těžké smířit se s celkově zhoršeným zdravotním stavem. S ohledem na ubývající zrak jí nejvíce dělá problém zvládání domácích prací a dále to, že jí všechno trvá příliš dlouho.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondentka má velkou oporu v **manželovi** a **dětech** ☀, kteří jí byli oporou i v době, kdy jí bylo postižení zraku zjištěno.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Respondentka chodí na pravidelné kontroly ke svému očnímu lékaři, jiného odborníka nebo instituci nenavštěvuje, dokonce přímo odmítá jakoukoli účast v organizaci sdružující lidi se zrakovým postižením. Největší psychosociální oporou se jí stali nejbližší **členové rodiny** ☀.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondentka **není příliš spokojená** se svým životem. Představovala si ho jinak a podle jejích představ neprobíhá. Chtěla by chodit a cestovat. Za nejdůležitější hodnoty ve své životě považuje zdraví a rodinu. Od onemocnění se hodnoty nezměnily.

I/20. Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO 2/60 LO 3/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 4 měsíce

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 72 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): sama

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Když se respondentka dozvěděla diagnózu (oftalmologickou) **nebyla ráda**. Měla **strach**, co s ním bude dál. Myslela si, že se to vyléčí a chtěla zase vidět. Dnes respondentka prožívá onemocnění **velmi špatně**. Prožívá **stres a stesk**. Nic sama nemůže udělat. Veškeré služby se platí. Do budoucna si plány nedělá.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Na tuto otázku respondentka odmítla odpovědět!

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondentka má dceru, která má dvě malé děti, pečuje o ně a na respondentku jí nezbyvá čas. Má jednu přítelkyni, která ji navštěvuje. Jinak se už s nikým nestýká.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Největší problém vidí respondentka ve snížené soběstačnosti, nic si nemůže udělat sama. Jiné náročné situace respondentka neprožila a neprožívá.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondentka svoji sníženou soběstačnost řeší tím, že si platí nejrůznější služby. Jinak v životě byla zvyklá hodně pracovat a na starosti jí nezbyl čas.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává? Respondentka pravidelně navštěvuje svého očního lékaře, jiné odborníky nebo organizaci specializující se na lidi s poruchami zraku, nenavštěvuje. Největší oporu má v **dceři** ☀, jinak žije sama.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondentka tvrdí, že je **spokojená se svým životem** ☺. Na otázku, zda její život probíhá podle jejich představ, neodpovídá přímo. Jen tak, že jí **manžel umřel**. Z toho usuzuji, že se cítí být dosti sama na to všechno co jí potkalo. Před onemocněním bylo hlavní hodnotou pro respondentku zdraví, nyní si myslí, že je to zrak.

1/32. Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: vrozená vývojová vada (neontologická retinopatie)

Aktuální stav vízu: PO 1/60 LO praktická nevidomost

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 27 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 27 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v rekvalifikačním centru

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): v rekvalifikačním centru

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Respondent si poprvé uvědomil, že nevidí asi okolo třetího roku věku, když nastoupil do školky. S postupem času si připadal jako jediný **na celém světě co nevidí**. Když byl větší, bál se že ho rodiče umístí do ústavu, a že nebude nic umět. Dnes by si chtěl najít zaměstnání a přítelkyni.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Pro respondenta je v dnešní době prvořadé být samostatný a nebýt na nikom závislý, proto se také chce rekvalifikovat, aby měl lepší uplatnění.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Rodiče respondenta již nežijí. Má jenom sestru, u které také bydlí. Širší sociální okolí přijímá respondenta dobře. V místě bydliště má slíbené zaměstnání.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Největší obtíže má respondent při vaření. Dává často najevo, že chce být soběstačný a vadí mu, když není schopen obsloužit se sám. Jako těžkou životní situaci považuje **alkoholismus svého otce, měl z něho strach**.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? **Sestra** ☀ respondentu ochraňuje. Podněcovala ho k tomu, aby se vyučil. Díky ochraně a podpoře sestry a dříve matky, byl schopen těžké situace překonávat.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Respondent pravidelně navštěvuje svého očního lékaře, mimo to je nyní v rekvalifikačním centru pro zrakově postižené, kde se připravuje na svoje budoucí povolání. Zde je v kontaktu s mnohými odborníky, kteří se specializují na problematiku lidí s postižením zraku.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondent je se svým životem **spokojený a zatím probíhá podle jeho očekávání** ☺. Nejvíce si cení své soběstačnosti, kterou by si chtěl nadále udržet..

I. II/24 Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: kombinované postižení zraku a sluchu

Aktuální stav vízu: PO 5/5 LO 5/45

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 20 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 15 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v rekvalifikačním centru

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): s matkou

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Respondentka začala mít obtíže se zrakem zhruba v pěti letech. Zhoršování zraku bylo postupné. Díky tomu, že trpí kombinovanou vadou sluchu a zraku, **obávala se** toho, že by měla o zrak přijít. Většinou si svou vadu nepřipouští. Myslí si, že jí postižení dalo hodně. Váží si věcí, které zdraví lidé považují za samozřejmost. V druhém rozhovoru uvádí finanční obtíže, které doprovázejí obstarávání si pomůcek (nové brýle, naslouchátka).

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Respondentka se cítí být **vyrovnaná** se svým postižením. Občas jí je líto, že je takto postižená, protože ráda sportuje a některé sporty jí lékař nedoporučil.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondentka většinou nemá problémy vyjít se svým sociálním okolím. Někteří lidé reagují překvapeně, když jim sdělí, že velmi špatně slyší a má problémy se zrakem.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Největší problém jí dělá orientace v cizím prostředí hlavně tam, kde není dostatečné osvětlení. Hůře nese zhoršování sluchu než zraku.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Problémy většinou řeší stáhnutím se sama do sebe. Poslouchá hudbu. V druhém rozhovoru pokládá respondentka za největší problém nefunkční naslouchátko. Nechtěla chodit mezi lidi. Vše nasvědčuje

spíše tomu, že je respondentka spíše introvertní, s naučeným únikovým chováním. Respondentka je schopna dodržovat strukturu a řád v bytě, kde žije s maminkou. Člověkem, který je pro ni velkou oporou, je její **maminka ☀**.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Mimo pravidelné kontroly u očního a ORL lékaře navštěvuje ještě organizace jako je Tyflocentrum a nyní se připravuje v rekvalifikačním centru na další povolání.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem?

Jak v prvním, tak v druhém rozhovoru uvádí respondentka **spokojenost se svým životem ☺**. K tomu, jak probíhá její život má respondentka výhrady, ale je ráda, že to není horší. V první kole dotazování respondentka uvádí nejdůležitější hodnoty v tomto pořadí: rekvalifikační kurz, peníze a lidé, kteří jí obklopují. V druhém kole dotazování byly nejdůležitější hodnoty v tomto pořadí: rodina, přátelé, finanční zabezpečení. Je zřejmé, že došlo k přehodnocení důležitosti hodnot, možná proto, že kurz nesplňoval její očekávání. Možná i proto, že doma dochází k určitým neshodám, které respondenktu trápí.

I, II, III/2 Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO 1/60 LO 1 – 2/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 2 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 81 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): sama

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení oftalmologické diagnózy věřila lékaři, že se příznaky nebudou zhoršovat, jinak nad celou záležitostí nepřemýšlela. V druhém kole dotazování vyjadřuje: „*snažím se žít dál*“ a o tři měsíce později uvádí: „*Já jsem se s tím už sžila ☺*.“ U respondentky je patrné postupné se smiřování a vyrovnávání se s onemocněním, navíc je věřící a hledá útěchu ve víře v Boha.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Shledávám patrný rozdíl ve výpovědích o vyrovnání se s onemocněním. Domnívám se, že až v období okolo třetího rozhovoru si respondentka připustila existenci svého onemocnění a obtíže s ním související a po čase nastalo období sebelitující se, kdy si říká, JÁ jsem ten smolař! V první rozhovoru respondentka uvádí: „*beru to, tak jak to je*“, ve druhém kole hodnotí vyrovnávání se s onemocněním totožně. Ve třetím rozhovoru dochází ke změně. Nejspíš respondentka subjektivně pociťuje zhoršení zraku, aniž by to bylo prokazatelné na změřeném vizu. Uvádí: „*Já prakticky nevidím nic, nevidím ani číslice na telefonu, jsem takový smolař*.“

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? U prvních dvou rozhovorů respondentka nepřipouští změny ve vztazích se svým sociálním okolím. Má dva syny a s těmi si o svých problémech nepovídá. Ve třetím rozhovoru připouští, že na všechno zůstala sama. „*... byla jsem mezi lidma a teď jsem sama*.“

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Jako nejvíce zatěžující situaci respondentka považuje **smrt manžela**. To uvádí v prvním a druhém rozhovoru. Ve třetím rozhovoru je to **samotu, která nastala souhrou několika okolností**; odchodu do důchodu, smrti manžela a omezením, které s sebou přináší postižení zraku.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Velkou oporou po smrti manžela jí byla rodina. To uvádí u prvních dvou rozhovorů. Při třetím sezení uvádí „*Mě udržuje to, že jsem věřící...*“. Lidé se mnohdy uchylují k víře pokud se cítí bezmocní. Hledají ve víře útěchu, pokud ji předtím nalézali u blízkých lidí a nyní se jim jí nedostává. Domácnost se snaží obstarávat sama, obědy si nechává vozit. Velký problém jí dělá čtení. Pro dobrou orientaci při pohybu používá slepeckou hůlku.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Jako největší oporu v těžkých chvílích uvádí **rodinu, v současné době je to i víra v Boha** ☀️. Odbornou pomoc vyhledává u samotných zdravotníků, do kterých od začátku diagnostikovaného onemocnění vkládala velké naděje.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? V prvním a druhém rozhovoru se respondentka vyjadřuje v tom smyslu, že bere vše tak, jak přijde a že je s tím smířená. Ve třetím rozhovoru o spokojenosti nemluví, uchyluje se k minulosti. „*...nad tím moc nepřemýšlím, hlavně vzpomínám na manžela.*“ Mezi její priority během dvou rozhovorů patřila rodina a zrak. Ve třetím rozhovoru je to už jen zdraví a zrak. Během tříměsíčního období došlo ke **změně sociálních kontaktů do oblastí osamocení respondentky**.

I, II, III/3 Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD, PO amoce

Aktuální stav vízu: PO 6/60 LO pohyby

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 29 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 85 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): s rodinou syna

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení diagnózy měla respondentka **vzteky**. „*Nikdo mi nic neřekl a zrak se zhoršoval.*“ V prvním kole respondentka uvádí, že: „*...jsou to omezení, ale jsem smířená jaké to je.*“ V druhé a třetím kole dotazování se její pocit **omezení a závislosti na druhých lidech prohlubuje**.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Při prvním rozhovoru respondentka uvádí určité smíření. Při druhém rozhovoru již zrakové postižení snáší dosti špatně. V třetím rozhovoru udává **úplnou závislost na ostatních lidech**. Respondentka nepoužívá **žádné kompenzační pomůcky**. Během všech třech rozhovorů zaznamenávám prohlubování **pesimistického ladění respondentky**. K celkovému špatnému ladění přispívá nedobrý zdravotní stav nemocné.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondentka je ve starobním důchodu, s nikým kromě své rodiny se nestýká. Je odkázaná na jejich pomoc. Nepocituje změny ve vztahové rovině. Její onemocnění zraku probíhá již řadu let, je zvyklá na pomoc rodiny a vstřícnost jejich členů.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? V prvním rozhovoru je pro respondentku nejvíce zatěžující událostí smrt manžela. Ve druhém a třetím rozhovoru je to celkově špatný zdravotní stav.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Smrt manžela byla schopná překonat díky **podpoře rodiny**. Zdravotní obtíže se snaží řešit plněním pokynů lékaře a častým odpočinkem. Kompenzační pomůcky nepoužívá.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Největší oporou jsou pro respondentku **synové a jejich rodiny**. Odbornou pomoc vyhledává u samotných zdravotníků. V organizaci pro zrakově postižené se nesdružuje.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Ve všech třech rozhovorech shledávám patrné změny ve výpovědích. V prvním rozhovoru je respondentka spokojená se svým životem a smířená s tím, jaký život prožila. Ve druhém rozhovoru je zcela nespokojená se svým životem, nejspíš proto, že se objevily i jiné zdravotní obtíže. Ve třetím rozhovoru uvádí: „...*musím říci, že jsem si život prožila hezky a v klidu.*“ Na druhou stranu není smířená s tím, že její život probíhá tímto způsobem. „*Já jsem si nemyslela, že budu tak nemocná a že přijdu o ten zrak.*“ U respondentky pocítuji **rozkolísání psychického ladění** v závislosti na celkově špatném zdravotním stavu. V první rozhovoru respondentka za nejdůležitější považuje zdraví a peníze. V druhém je to zdraví a rodina a v posledním rozhovoru je to už jen rodina. Domnívám se, že respondentka postupně přehodnocuje svůj žebříček hodnot, podle toho jakého uspokojení se jí v oblastech vytčených priorit dostává.

I, II, III/5 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: LO postraumatická amoce

Aktuální stav vízu: PO 1,0 LO 1/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 1 rok

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 19 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): s otce

Rozbor výpovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Změna vízu na levém oku nastala po úraze. Respondent v té době měl **strach**, nevěděl co bude dál. Byla mu celá situace nepříjemná. Ve všech třech rozhovorech uvádí **omezení** ve sportu a ve volbě zaměstnání.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? V první rozhovoru uvádí, že si hledá náhradní aktivity. V druhém rozhovoru téměř shodně uvádí: „*Musím dělat co*

se dá, někdy mě to štve.“ V období třetího rozhovoru je již respondent zaměstnaný a je rád.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondent nepociťuje změny ve vztahové rovině, které by mohly proběhnout vzhledem k postižení zraku levého oka. Ale díky tomu, že na jedno oko nevidí, **nemůže sehnat zaměstnání**. Práci se mu podaří sehnat až v období posledního rozhovoru.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? V prvním a druhém rozhovoru byla pro něho nejzávažnější událostí **smrt matky**. Velmi ho také trápilo to že je nezaměstnaný. „*Nejhorší bylo, že jsem byl nezaměstnaném, připadal jsem si odsunutém na druhou kolej.*“

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Největší oporou pro respondenta byl otec a kamarádi. „*Radim se s tátou, ale něco řeším s kámošem, jak co.*“

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Psychosociální oporu nachází u **otce a u svých kamarádů** ☀. Odbornou pomoc vyhledává u zdravotníků. V organizaci pro lidi se zrakovým postižením se nesdružuje a kompenzační pomůcky nepoužívá.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? V prvním a druhém rozhovoru respondent uvádí spokojenost s výhradami. Při posledním rozhovoru je spokojený bez výhrad. Jeho život neprobíhá zcela podle jeho představ a plánů. „*Chtěl jsem v životě dělat jiný věci, ale nevyšlo to. Tak jsem to musel přehodnotit a zatím to vychází.*“ Podle mého názoru se respondent s postižením zraku **vyrovnal** 🟢, hlavní je, že si našel práci a nepřipadá si méněcenný. Ke změně priorit u respondenta docházelo postupně, podle aktuální situace. Nejprve pro něho byl nejdůležitější zrak a rodina. V období druhého rozhovoru to byla rodina a kamarádi a ve třetím rozhovoru považuje za nejdůležitější rodinu a práci.

I, II, III/7 Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: diabetická retinopatie

Aktuální stav vízu: PO prsty 0,5m LO prsty 0,5 m (střední slabozrakost)

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 1 rok

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 52 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): s manželem

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení diagnózy byla respondentka **šokována**, bylo to pro ni strašné. Tvrdí: „*Měla jsem pocit úplného zmaru, žádné životní jistoty.*“ V druhém a třetím kole dotazování je patrné **postupné se smiřování** 🟢 s onemocněním.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Respondentka již od začátku dochází do organizace pro zrakově postižené, kde měla možnost přesvědčit se, že i

s postižením zraku se dá vést plnohodnotný život. Zjistila, že jsou na tom lidé mnohem hůře a díky této organizaci se začala zabývat náhradními aktivitami.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondentka je v plném invalidním důchodu, tvrdí, že by těžko sháněla zaměstnání. Připouští, že někteří přátelé ukončili vztahy. Ve třetím rozhovoru uvádí, že si našla nové známé a přátele, právě díky organizaci pro zrakově postižené.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Při první rozhovoru byla pro respondentku nejtěživější **smrt jejích rodičů**. Ve druhém kole nepovažuje nic za tak závažného. Při třetím setkání uvádí, že se jí celkově zhoršilo zdraví.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? V tíživých situacích byl respondentce vždy oporou **manžel**. Vzhledem k postižení zraku pro ni byla nejdůležitější účast v různých aktivitách **Tyfloservisu a organizace SONS**. Používá nejrůznější pomůcky jako je: slepecká hůl, glukometr a počítač s hlasovým výstupem atd.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Odbornou pomoc vyhledává u zdravotníků a u organizace sdružující lidi se zrakovým postižením (Tyfoservis, SONS). Největší opory se jí dostává od **manžela**.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondentka je po celou dobu sledování spokojená, někdy s výhradami. Její život sice neprobíhá podle očekávání, ale podle možností ano. Během určitého časového odstupu, ve kterém probíhaly rozhovory, došlo u respondentky ke změně priorit. Při prvním rozhovoru to bylo zdraví a peníze, při druhém dotazování si nejvíce cenila spolehlivého partnera a v třetím kole to byla celá rodina.

I, II, III/12 Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD, gloukom

Aktuální stav vízu: PO 6/9 LO 1/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 6 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 71 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): s manželem

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení oftalmologické diagnózy respondentka nic zvláštního nepocítovala, čekala to vzhledem k rodinným dispozicím. Zraková vada jí nedělá v současné době žádné obtíže. Ze všech třech rozhovorů vyvozují patrnou bagatelizaci příznaků postupné ztráty zraku vzhledem k VPMD.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Tvrdí: „*Nepotřebuji se s ničím vyrovnávat.*“ Respondentka si po celou dobu trvání výzkumu nepřipustila své obtíže, je zde patrná **bagatelizace, velké uzavření se do sebe a nepřipouštění si důsledků**

postupné ztráty zraku. Nikomu se se svými problémy nesvěřuje. „*S nikým o zdravotním stavu nemluví, nikoho s tím neobtěžuju.*“

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondentka se nikterak neomezuje, ještě do nedávné doby s manželem často navštěvovali divadla a jezdili na dovolené. Nyní je manžel nemocný a potřebuje péči respondentky. Se svými známými se pravidelně navštěvují.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Obtíže spojené s postižením zraku respondentka **popírá**. Největší starost má o manžela, který je nemocný. Domnívám se, že respondentka „zasunula“ své vlastní zdravotní problémy do pozadí, aby se mohla dostatečně věnovat manželovi.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondentka si upřednostňuje zdravý **životní styl, relaxuje a cvičí jógu**. Jak již bylo řečeno, se svými problémy se nikomu nesvěřuje. Kompenzační pomůcky nepoužívá.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Respondentka se snaží dodržovat pokyny lékaře. Odbornou pomoc vyhledává u samotných zdravotníků. Jinou organizaci zaměřenou na lidi se zrakovým postižením nenavštěvuje a kompenzační pomůcky nepoužívá.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondentka je spokojená se svým životem, který probíhá podle jejich očekávání a představ. Mezi své priority zařazuje v prvním rozhovoru zdraví a rodinu, ve třetím rozhovoru je tomu naopak.

I, II, III/13 Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO prsty 0,5 m LO 6/9

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 3 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 72 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): sama

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení oftalmologické diagnózy byla respondentka doslova „**rozčarovaná**.“ Měla **vztek na lékaře**, že ji nenabídlí nějakou operaci nebo alespoň laser. Uvádí: „*Nechtěla jsem být úplně slepá.*“ V současné době respondentka neprožívá postižení zraku tak bouřlivě. Má sice obtíže, ale je se situací **do jisté míry smířená** ☺.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Z počátku respondentka brala postižení zraku velmi tragicky. „*Smířila bych se s tím kdybych byla hluchá, ale nevidět, to by byla tragédie.*“ Ve třetím rozhovoru už uvádí: „*Už mě to tolik netíží, ale přeci ten zrak někdy chybí.*“ Je zde patrný posun k **vyrovnání se** ☺ se zrakovým onemocněním.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? V prvním kole respondentka uvádí, že je v důchodu, ale občas zaskakuje jako sestra na svém bývalém pracovišti. Ve druhém a třetím kole si už plně užívá důchodu. Přestěhovala

se k synovi. Nejdůležitější je pro ni rodina a jejich dobré vztahy. Domnívám se, že i díky špatnému vidění respondenta nadále už občasně nepracuje v nemocnici.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? I přesto, že respondentce zemřel manžel, tuto událost nepovažuje za závažnou. Vzhledem ke zrakovému postižení je pro ni nejobtížnější čtení, dříve byla zvyklá řídit auto, ale teď na základě nově vzniklé situace tuto aktivitu neprovádí.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry?

Vše zvládá díky podpoře **rodiny** ☀. Všechny problémy a jejich řešení si vždycky promyslí a potom je až řeší. O použití kompenzačních pomůcek zatím jen přemýšlí.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Odbornou pomoc vyhledává u samotných zdravotníků. Jinou organizaci pro zrakově postižené nenavštěvuje. Psychosociální oporou je pro ni celá její **rodina** ☀, se kterou má velmi dobré vztahy.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondentka je už při třetím rozhovoru spokojená, její život sice neprobíhá podle jejích představ, ale na postižení zraku si už téměř zvykla. Po celou dobu trvání rozhovoru si respondentka nejvíce cení zdraví. Nejspíš tomu napomáhá i její povolání, které aktivně vykonávala i po odchodu do starobního důchodu.

I, II, III/14 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO prsty 0,5 m LO 6/12

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 2 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 62 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): manželkou

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení oftalmologické diagnózy nic zvláštního neprožíval. Na druhou stranu uvádí: „*Chtěl jsem, aby se to zastavilo.*“ Po celou dobu prvního rozhovoru respondent **potlačuje svoje pocity** a vytváří dojem, že je všechno v pořádku. V druhém rozhovoru uvádí, že má **vztek**, který ještě v malé míře přetrvává do období posledního rozhovoru.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Respondent má naučenou únikovou metodu řešení problémů. „*Nic si moc nepřipouštím, potom se rozčiluju a to k ničemu nevede.*“ Usuzuji, že i takto odsouvá řešení obtíží spojených s postižením zraku.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondent se stýká jen se svojí rodinou. Je ve starobním důchodu. Žije v rodinném domě se svou manželkou.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Respondent po celou dobu zkoumání si své obtíže **nepřipouští**, možná

i proto, že tvrdí: „...je to neodstranitelný a nedá se to léčit.“ Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. O celou domácnost se stará manželka.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondent se se svými obtížemi nikomu nesvěřuje. Kompenzační pomůcky nepoužívá.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává? Samotnou odbornou pomoc vyhledává u zdravotníků. Organizaci pro zrakově postižené nenavštěvuje. **Jakoukoli psychosociální oporu odmítá.** Myslí si, že ji nepotřebuje.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondent je po celou dobu šetření spokojený a myslí si, že jeho život probíhá podle jeho očekávání. Nejvíce si váží zdraví a v třetím rozhovoru přibývá i rodina.

I, II, III/15 Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO 6/60 LO 2/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 7 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 80 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): sama

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení oftalmologické diagnózy byla respondentka **zklamaná**. „Pořád jsem si myslela že se to zlepší, ale nezlepšilo.“ V druhém rozhovoru nadále prožívala zklamání nad postupnou ztrátou zraku. V období třetího rozhovoru byla již s onemocněním ve **značné míře smířená** ☺. „...beru to úplně klidně, jen to, že jsem se s tím naučila žít.“

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? V prvním rozhovoru respondentka doufala v to, že půjde na nějaký zákrok a zrak se vylepší. Ve třetím rozhovoru uvádí: „Nic mě nerozlíbí, na pravé oko trochu vidím, tak jsem za to ráda.“

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Až v třetím rozhovoru respondentka projevuje spokojenost. Přestěhovala se k synovi do rodinného domku. Syn ji jednou za měsíc odveze na schůzku s bývalými kolegyněmi z práce.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Při prvním rozhovoru respondentka uvádí, že pro ni bylo velmi těžké překonat **smrt vnuka**. V současné době ji nejvíce trápí celkově špatný zdravotní stav. V těžkých chvílích jí vždy byla oporou **rodina** ☀.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Vždycky ji „nad vodou“ držela práce a dobrá vztahy s rodinnými příslušníky. Jako jedinou kompenzační pomůcku používá čtecí zařízení.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Odbornou pomoc vyhledává u samotných zdravotníků. V organizaci pro zrakově postižené se nesdružuje. Jednou za měsíc se schází s bývalými kolegyněmi. Největší psychosociální opory se jí dostává od **rodinných příslušníků**☀️.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem?

V prvním a druhém rozhovoru není respondentka příliš spokojená. „Mám i jiné nemoci, chtěla bych, aby se to zlepšilo.“ Ve třetím rozhovoru **dochází k pozitivnímu obratu**. „Já jsem úplně spokojená, těším se až bude hezky a Já budu moci na zahrádku.“ Žebříček hodnot se po celou dobu šetření nemění. Za nejdůležitější považuje to co jí samotné chybí, tedy zrak a zdraví.

I, II, III/16 Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO 6/24 LO 2/60 (střední slabozrakost)

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 1 rok

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 82 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): sama

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení oftalmologické diagnózy měla respondentka **strach** a bylo jí **smutno**. Doufala, že se tolepší, nechtěla si připustit, že by se vidění mohlo zhoršovat. V současné době se respondentka do určité míry s onemocněním **vyrovnala**☺️. „Jsem ráda, že se to už ustálilo, hodně jsem si zvykla.“

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Podle vlastních slov respondentky: „Dřív jsem to brala hodně špatně. Bála jsem se. Jsem sama. Kdybych neviděla, tak by to bylo strašné. Teď se to nějak ustálilo.“ Její vyrovnání se s onemocněním je podmíněno tím, zda se zrak bude zhoršovat nebo ne.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondentka je ve starobním důchodu. Navíc žije sama a její děti žijí daleko. „Jsem sama, je to někdy hodně smutné, když si nemůžu s nikým popovídat.“ Cítí se být hodně osamělá, dříve své děti navštěvovala, nyní ,když už tolik nevidí, nikam necestuje. Dalo by se říci, že v tomto případě postupná ztráta zraku byla příčinou vzniku **sociální izolace**.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Nejtěžší událostí byla pro respondentku **smrt manžela**. Manžel jí pořád hodně chybí. V souvislosti se zrakovým postižením jí nejvíce mrzí, že nemůže číst a že jí každá práce dlouho trvá. Žije sama a je schopná celou domácnost obstarávat samostatně.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Největší oporou je pro ni **rodina**☀️. Bohužel se často nevidají. Kompenzační pomůcky nepoužívá, prý je nepotřebuje.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Odbornou pomoc vyhledává u samotných zdravotníků. V organizaci pro zrakově postižené se nesdružuje. Velkou oporou je pro ni rodina, se kterou se příliš často nestýká. Z toho pramení pocit **osamocení**.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? V prvním a druhém rozhovoru respondentka podmiňuje svoji spokojenost nezhoršujícím se zrakem. Ve třetím už není spokojenost ničím nepodmíněná. Ve všech třech rozhovorech se objevují stále dvě priority - zdraví a rodina, vždy v jiném pořadí.

I, II, III/17 Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD, senilní katarakta

Aktuální stav vízu: PO 3/60 LO 6/15

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 10 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 71 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): sama

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Respondentka si nepamatuje, co prožívala po sdělení oftalmologické diagnózy. „Člověk si pomyslí, že je to k věku.“ Respondentka je sama, dcera ji občas navštěvuje a pomáhá jí. Během devítiměsíčního pozorování sledávám u respondentky **prohlubující se sociální izolaci a pocity méněcennosti**. Dokonce by si respondentka přála, aby „tady“ už nebyla; čili únikové myšlenky ze života.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? „Na nic pořádně nevidím, jsem po operaci nohy, celý den nic nedělám, rádio mě nebaví.“ Toto respondentka uvádí při prvním rozhovoru. Ve třetím rozhovoru uvádí téměř to stejné. *Mám i jiné nemoci, bolí mě klouby a když nevidím, tak mě to mrzí.*“

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondentka nikam nechodí, na pravidelné kontroly k očnímu lékaři ji vozí sanitka. Má jen dceru, která kvůli zaměstnání na respondentku nemá tolik času. Většinu času tráví respondentka sama doma. Z poznámek během rozhovorů: s respondentkou je velmi špatná komunikace, neustále odbíhá od tématu; není schopná zcela adekvátně reagovat na otázky; je v dosti zanedbaném stavu, zapáchá.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Vzhledem ke zrakovému postižení respondentka uvádí. „Je těžký, že už to všechno sama nezvládám a jsem sama.“ Respondentka si nechává vozit obědy a občas jí pomáhá dcera. Snaží se sama zvládat domácnost.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondentka uvádí, že během života hodně pracovala a na starosti nebyl čas. Vzhledem ke zhoršujícímu zraku si myslí, že jsou její **problémy neřešitelné**. Kompenzační pomůcky nepoužívá.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává? Na pravidelné kontroly dojíždí ke svému očnímu lékaři. V organizaci pro zrakově postižené se nesdružuje.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondentka v prvním rozhovoru uvádí, že je spokojená, jen když jí přivezou obědy. Ve druhém a třetím rozhovoru je již nespokojená se svým životem. Po celou dobu je pro ni nejdůležitější zdraví.

I, II, III/18 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD, senilní katarakta

Aktuální stav vízu: PO 6/15 LO 2/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 2 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 79 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): s manželkou

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Sdělení oftalmologické diagnózy bylo pro respondenta nepříjemné. Nikomu se se svými obtížemi nesvěřil. Nikoho nechce zatěžovat. Respondent je v současné době s onemocněním **smířený** ☺. *Jsem hodně zvyklý, tak už to ber, u jak to je.*

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? *„Dělám všechno, neomezuju se, zatím to tak jde.“* Největší problém mu dělá čtení a nevidí na TV, tato skutečnost je mu nepříjemná.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondent je v důchodu, žije s manželkou v rodinném domě. Pravidelné styky udržuje jen s rodinnými příslušníky.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Závažné a stresující události ve svém životě respondent neuvádí. Když nastal nějaký problém, respondent ho většinou „vypouštěl“ s tím, že se vyřeší sám. Zde shledávám naučené **řešení problémů pasivním způsobem až vytěsněním**. Myslím si, že tento naučený způsob použil u vyrovnání se s postupnou ztrátou zraku.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Podle mého názoru respondent velkou část pracovních **povinností přenáší** na svou manželku. Občas jí s něčím pomáhá. *„Uklízí manželka, ale rozčilí mě, když mi dá moje věci na jiné místo. Pomáhám manželce, jinak vaří a takové ty věci dělá ona.“* Kompenzační pomůcky nepoužívá.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí dostává? Respondent pravidelně navštěvuje svého očního lékaře. V organizaci pro zrakově postižené se nesdružuje, prý to nepotřebuje. Kompenzační pomůcky nepoužívá. Největší psychosociální oporou je mu **manželka** ☺ a poté celá rodina.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondent je spokojený se svým životem. Život mu probíhá podle jeho představ. Za důležité ve svém životě považuje zdraví a v posledním rozhovoru přidává i rodinu.

I, II, III/19 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: diabetická retinopatie

Aktuální stav vízu: PO 6/18 LO 6/18

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 1 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 60 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): s manželkou

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení oftalmologické diagnózy prožíval respondent **lítost** a současně **naději**, že by se to mohlo zlepšit. „*Kdybych měl oslepnout, těžko bych to přežíval.*“ V současné době své postižení respondent nikterak bouřlivě neprožívá. „*Nic, hodně jsem si zvykl, jsem rád, že se to nějak ustálilo.*“

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? S vyrovnáváním se s onemocněním neměl respondent po celou dobu zvláštní problémy. V období druhého rozhovoru byl na oční operace, dělal si naděje, že se tolepší. Při posledním rozhovoru měl opravdu subjektivně lepší vidění. Podle mého názoru si respondent **zvykl a smířil** ☺ se se svým onemocněním.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? V období prvního rozhovoru byl respondent zhruba dva měsíce v důchodu. Chybělo mu to, že není mezi lidmi. V průběhu trvání šetření byl rád, že si ho občas někdo objednal na vaření.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Velkým problémem se zdá být špatný zrak respondenta a omezená mobilita jeho manželky.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondent a jeho manželka si některé služby hradí (úklid, opravy). O všech problémech se nejprve radí s manželkou a poté je až řeší. Kompenzační pomůcky nepoužívá.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává? Na pravidelné kontroly dochází ke svému očnímu lékaři. Jinou odbornou oftalmologickou pomoc nevyhledává. V organizaci pro zrakově postižené se nesdružuje. Největší oporou je mu **manželka** ☺.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondent je spokojený se svým životem. Zvláště po operaci, kdy má pocit, že se operace zdařila. Za největší hodnotu respondent považuje zdraví a to po celou dobu trvání výzkumného šetření, což se zdá být pochopitelné, vzhledem k tomu, že je nemocen on i jeho manželka.

I, II, III/21 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO stíny LO 0,5 m

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 38 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 82 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): sám, v domově důchodců

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Respondent s onemocněním zraku žije již 38 let. Vzpomíná si že: „Bylo mi to nepříjemné, že mizerně vidím.“ V současné době je jeho prožívání nemocni spíše **sebelitostné**. „Je to pořád stejný, sedím a nic nemůžu.“

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Respondent se po celou dobu trvání onemocnění **nebyl schopen zadaptovat** a vyrovnat se se svým onemocněním. „Je to dlouho, co takhle nevidím a nikdy jsem si nezvykl, jsem na to moc starý.“

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondent podle celkového rozboru rozhovorů trpí **sociální izolací**. V zařízení pro seniory bydlí ve společném pokoji s jedním mužem, ten s ním ale nechce udržovat kontakt. „Nemám uplatnění, jsem v důchodu, sám nic nemůžu.“

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Největší obtíží je pro respondenta špatný zrak, který mu podle jeho mínění brání v mnohých činnostech. Sám zvládne hygienu, najedení a napití. Převážný počet služeb si hradí (stravování, úklid, nákupy...).

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondent byl po celý život zvyklý problémy moc neřešit. Možná i proto je respondent nyní neschopný čelit snížené soběstačnosti v souvislosti se zrakovým postižením. Kompenzační pomůcky nepoužívá.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává? Respondent vyhledává odbornou pomoc u samotných zdravotníků. V organizaci pro zrakově postižené se nesdružuje. Kompenzační pomůcky nepoužívá.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondent není spokojený se svým životem. „Kdo by byl spokojený v takové chvíli.“ Myslel si, že jeho život bude probíhat jinak. Mezi jeho priority po celou dobu šetření patřilo zdraví.

I, II, III/22 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: diabetická retinopatie

Aktuální stav vízu: PO 6/12 LO 6/12

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 2 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 73 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): s manželkou u dcery

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení diagnózy si respondent myslel, že půjde na operaci. Tvrdí, že se s tím nepotřeboval nikterak vyrovnávat. Se svými problémy nikoho nechce nezatěžovat. V současné době uvádí: „Beru to vcelku v pohodě, jsem spokojenej.“

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Z počátku byl respondent dosti negativistický. „Nepotřebuji se s tím vyrovnávat.“ V období třetího rozhovoru si připouští své obtíže a je schopen používat i kompenzační pomůcku na čtení. „Jen mi dělá problém čtení, musím si brát lupu.“ Podle toho usuzuji, že se respondent na podmínky zhoršeného vidění **zadaptoval** .

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondent je v důchodu, žije se svou manželkou u dcery. S jinými lidmi se pravidelně nestýká. Vykonává práce a opravy na domě.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Největší problém je pro respondenta ve čtení. Ve druhém rozhovoru uvádí, že by potřeboval brýle a ve třetím, že na čtení používá čtecí lupu.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondent se se svými obtížemi nechtěl nikomu svěřovat, prý nechtěl obtěžovat své blízké. I když to v přímé otázce na kompenzační pomůcky popírá, používá kompenzační pomůcku – čtecí lupu. Domnívám se, že je někdy zvyklý řešit problémy popřením nebo úplným přehlížením problémů. „...někdy hážu problémy za hlavu.“

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Respondent pravidelně navštěvuje svého očního lékaře. V organizaci pro zrakově postižené se nesdružuje. Osobu, ve které by měl psychosociální oporu, neuvádí.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Nejprve respondent uvádí, že není spokojen. V druhém rozhovoru již spokojený je. Ve třetím rozhovoru se dokáže na svůj život dívat realisticky. „Tak nikdo nemůže říct, že je úplně spokojený, ale Já si nemůžu stěžovat...“ Po celou dobu je pro něho nejdůležitější zdraví. Připouští, že když byl zdravý, byla jednou z jeho priorit práce.

I, II, III/23 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO 1/60 LO 6/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 4 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 70 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v nemocničním prostředí

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): s manželkou

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení oftalmologické diagnózy prožíval respondent **šok**. Myslel si, že lékaři něco zanedbali. Celou situaci nesl těžce. „Jsem takový odstrčený, jako na 50%. U respondenta je patrné, že prožíval postupnou ztrátu bouřlivě, procházel stádií „šoku“, „obviňování a hledání viníka“. V současné době uvádí: „Ted' už jsem schopný brát to nějak v pohodě, už mě to tolik nemrzí.“

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? V prvním rozhovoru uvádí: „Když to takhle vydrží, tak to bude dobré.“ Ve třetím rozhovoru již uvádí: „Hodně

jsem si zvykl.“ Po celkovém souhrnu rozhovorů se domnívám, že u respondenta došlo k **vyrovnání se s onemocněním** ☺ .

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondent se stýká jen se svojí rodinou. Je v důchodu a díky zrakové vadě je omezený i v činnostech doma. Většinu prací vykonává manželka, on jí pomáhá.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Největší problém respondent má při čtení, orientaci při sledování TV a činnostech, kde je zapotřebí přesnosti. Kompenzační pomůcky nepoužívá. Jiné závažné a stresující události neuvádí.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondent byl vždy zvyklý své problémy řešit, neuvádí jak. Velkou oporou po sdělení oftalmologické diagnózy mu byla **manželka a synové** ☺.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Na pravidelné kontroly dochází ke svému očnímu lékaři. V organizaci pro zrakově postižené se nesdružuje. Největší psychosociální oporu nalézá u své **manželky** ☺.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondent po celou dobu trvání rozhovoru uvádí spokojenost se životem *„Jsem spokojený, se ženou jsme zabezpečený.“* V všech třech rozhovorech respondent uvádí, že je pro něj nejdůležitější rodina.

I, II, III/25 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: postižení CNS, autoimunitní vaskulitida

Aktuální stav vízu: úplná nevidomost

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 5 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 40 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v rekvalifikačním centru

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): sám ve svém bytě

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Období po sdělení oftalmologické diagnózy bylo pro respondenta **velmi těžké**. *„Nemohl jsem to přenést přes srdce a chtěl jsem si vzít život.“* V současné době je se zrakovou vadou **smířený** ☺ . *„Už to беру normálně, už mi to ani nepřijde.“*

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? V současné době je respondent se svým onemocněním **vyrovnaný** ☺ . Žije sám ve svém bytě a do budoucna by si přál cestovat a založit rodinu.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti?

Uvádí, že vztah s jeho rodinou a přáteli se nezměnil. *„Už si na to všichni zvykli, jen jeden kamarád to nemůže překousnout, už se se mnou nekamarádí.“* Respondent je velmi přátelský, pozitivně naladěný a komunikativní.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali?

Jiné závažné události, kromě ztráty zraku, respondent neuvádí.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Je zvyklý své problémy řešit spíše jejich přecházením a „házením“ problémů za hlavu. Jako kompenzační pomůcku užívá: slepeckou hůl, Colortex, hladinku, mobil a teploměr s hlasovým výstupem.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Na pravidelné prohlídky dochází ke svému očnímu lékaři. Sdružuje se v organizaci pro zrakově postižené. Největší psychosociální oporou je mu **matka a kamarádi**☀️.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondent je spokojený se svým životem. Je rád, že má práci a okolo sebe přátele. Chtěl by si najít práci v místě bydliště a má mnoho plánů do budoucna. Mezi jeho priority po celou dobu šetření patřila práce a dobré mezilidské vztahy.

I, II, III/26 Respondentka

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: vrozená vada

Aktuální stav vízu: úplná nevidomost LO protéza

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 26 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 26 let

Pohlaví: žena

Respondent byl osloven: v rekvalifikačním centru

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): v rekvalifikačním centru

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? „Já jsem to jako dítě nevnímala, žila jsem si takové krásné dětství. Okolo deseti let jsem si to začala uvědomovat. ...že jsem v některých věcech omezená a to mě skličovalo.“ V současné době respondentka uvádí: „Je to stabilní.“

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Domnívám se, že respondentka prochází běžnými náladami, kdy je **smířená s vadou**☺️, ale občas si řekne, proč zrovna Já? „Někdy si řeknu, proč Já musím být nevidomá a mám vztek, někdy mě to omezuje...“

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondentka je přijímána sociálním okolím pozitivně. Je ráda ve společnosti. Do budoucna by chtěla být zpěvačkou nebo učit zpěv. Zatím se jí nepodařilo najít vhodné zaměstnání.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Největší problém má ve čtení, nakupování, když něco rozsype...Obtížnější situace ve své životě nezažila. „Když mě něco stresuje, tak to řeším, věci, které řešit nejdou, nechávám být.“ Používá nejrůznější kompenzační pomůcky: počítač s hlasovým výstupem, hladinku, hodinky s hlasovým výstupem, slepeckou hůl.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? „Když mě něco stresuje, tak to řeším. Věci, které řešit nejdou, nechávám být.“

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Respondentka pravidelně navštěvuje svého očního lékaře. Sdružuje se ve dvou organizacích pro zrakově postižené.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem?

„Dosáhla jsem poměrně daleko, jsem samostatná, jsem spokojená a jsem na sebe hrdá.“ Za priority ve svém životě považuje: „lásku k lidem, přátelství na celý život a osobní vztah k Bohu.“

I, II, III/27 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: vrozená vada

Aktuální stav vízu: úplná nevidomost

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 36 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 36 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v rekvalifikačním centru

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): v rekvalifikačním centru

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Respondent byl od dětství slabozraký a zrak se mu zhoršoval postupně. „Bylo to těžké, zhoršovalo se to postupně, takže jsem se s tím musel vyrovnávat. ...potřeboval jsem pomoc, na všechno jsem si sám nestačil.“ V současnosti uvádí: „Už mi to ani nepřijde, zvykl jsem si.“

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Domnívám se, že respondent **není zcela vyrovnaný** se svým onemocněním. Dobře si uvědomuje, že zrakové postižení s sebou nese jistá omezení. Je **rozladěný** z toho, že nemá byt. Chtěl by založit rodinu, ale je závislý na bydlení, které nemá.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondent má přítelkyni, se kterou by chtěli založit rodinu. Pracuje v rekvalifikačním centru a současně tam i bydlí. Stýká se s lidmi v rekvalifikačním centru a neumí si představit, že by měl být jinde. Myslím si, že respondent žije v určité komunitě lidí se stejným problémem. Chtěl by začít žít samostatně, ale zároveň si to nedokáže představit. Jeho výroky se mi zdají být **rozporuplné**.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Po revoluci respondent vstoupil do sekty, těžko se z té situace dostával. Nechce se k tomu prozatím více vracet, ale ví, že to bude muset jednou dořešit. Navíc uvádí: „...rodiče mě trochu odsunují na druhou kolej.“ Jeho rodiče dávali přednost „zdravým“ sourozencům. Z toho by mohl pramenit důvod, proč hledal útěchu v sektě a nyní se bojí samostatného života mimo rekvalifikačního centra

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Sám respondent nemluví o tom, jak řeší své problémy. Vypozorovala jsem, že je spíše pasivní v hledání bydlení, spoléhá se na sociální pracovníci. Před problémy se sektou utekl a řešení oddaluje. Domnívám se, že respondent **neumí produktivně řešit své problémy**.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Na pravidelné kontroly dochází ke svému očnímu lékaři. Sdružuje se v několika organizacích pro zrakově postižené (Dědina, Tyfloservis, SONS). Používá kompenzační pomůcky: slepeckou hůl, rozlišovač šablon na peníze.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondentova spokojenost se váže na to, zda pokročilo jednání ohledně bytu. V prvním a třetím rozhovoru uvádí spokojenost bez podmínek. Jeho život neprobíhá zcela podle jeho představ.

I. II. III/28 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: vrozená vada

Aktuální stav vízu: PO úplná nevidomost, LO 1/18

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 25 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 25 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v rekvalifikačním centru

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): v rekvalifikačním centru

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? „Uvědomoval jsem si to až v první třídě, to už jsem věděl, že mám něco s očima.“ V současné době respondent přijímá zrakové postižení tak „jako kdyby byl zdravý.“

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Domnívám se, že je respondent se **svým postižením vyrovnaný** ☺ . Je rád, že je zaměstnaný, ve volném čase se zabývá koníčky (kreslení, procházky).

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondent zatím pracuje v rekvalifikačním centru. Chtěl by si najít zaměstnání v chráněné dílně. Změny v přijímání jeho osoby společností nepocituje. Někdy má pocit, že ho jeho blízké okolí lituje.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Obtížné situace ve svém životě respondent neuvádí. S ohledem na zrakovou vadu mu dělá problém čtení, musí si všechno zvětšovat.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Respondent se snaží všechny problémové situace řešit. Nejprve si celou věc rozmyslí nebo se s někým poradí. Jako kompenzační pomůcky používá: televizní lupu, slepeckou hůl, mobilní telefon a hodinky s hlasovým výstupem.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Oporou v těžkých chvílích jsou mu **rodiče** ☺ . Velmi mu pomáhá ta realita, že je ve společnosti a že má práci. Na pravidelné kontroly dochází ke svému očnímu lékaři. Sdružuje se v organizaci pro zrakově postižené (Dědina).

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondent je spokojený se svým životem. Do budoucna by si chtěl najít partnerku. Mezi jeho priority patří práce a skutečnost, že je mezi lidmi.

I, II, III/29 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: VPMD

Aktuální stav vízu: PO 3/60 LO 1/60

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 4 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 41 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v rekvalifikačním centru

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s):
v rekvalifikačním centru

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Po sdělení oftalmologické diagnózy nastalo pro respondenta **těžké období**. Měl soukromé problémy a zkrachovala mu firma. Navíc si myslí, že k onemocnění zraku došlo pochybením lékařů. V současné době nad postižením zraku raději nepřemýšlí a zabývá se náhradními aktivitami. Domnívám se, že respondent do jisté míry od svých problémů stále „utíká“.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Po celou dobu trvání výzkumného šetření respondent uvádí, že je s onemocněním **vyrovnaný** ☺. Vyrovnat se se zrakovým postižením mu pomohl pobyt v rekvalifikačním centru, kde si rozmyslel co chce dělat dál. Podle mého názoru respondent **není zcela vyrovnaný** se svým onemocněním, ale během rozhovorů zaznamenávám pozitivní změny.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Zatím je respondent ubytován v rekvalifikačním centru a prochází rekvalifikačním kurzem. Po skončení má slíbené pracovní místo a chtěl by začít studovat speciální pedagogiku. Nepociťuje negativní reakce společnosti na svou osobu.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Nejtěžší pro něj byl krach firmy, soukromé problémy (rozvod). V současné době mu dělá největší starosti, aby slíbené pracovní místo opravdu dostal. „*nejdřív jsem nechtěl nic řešit, ale problémy zůstávají, tak jsem je nakonec řešit musel.*“

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Největší problém mu dělá orientace v cizím prostředí a čtení. Všechna činnost respondentovi déle trvá. Jako kompenzační pomůcku používá PC s hlasovým výstupem.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává? Respondent pravidelně navštěvuje svého očního lékaře. V těžkých chvílích se mu dostala opora u jeho **dětí a u členů rekvalifikačního centra** ☺.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondent uvádí, že je spokojený se svým životem. Z počátku jeho život neprobíhal podle jeho představ, ale jak docházelo k postupnému smířování se s vadou, začal vnímat svůj život pozitivněji. „*...neplánuji, ale přirozeně to jde podle mých představ.*“ Dříve respondentovi záleželo na práci na materiálních věcech. Poté, co začal ztrácet zrak, své priority přehodnotil. Nyní si cení přátelství, zdraví a lidského štěstí.

I, II, III/30 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: vrozená vada

Aktuální stav vízu: PO 1/36 LO 1/24

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 37 let

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 37 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v rekvalifikačním centru

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): s rodiči

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Respondent si nepamatuje, kdy si začal uvědomovat, že hůře vidí. Respondent má od dětství epilepsii, velmi špatně se vyjadřuje, hovoří spíše v jednoduchých větách. Zrakovou vadu prožívá zcela bez obtíží, problém mu spíše dělají epileptické záchvaty a další zdravotní obtíže.

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Myslí si, že by jeho matka byla raději, kdyby byl zdravý. Sám to také tak uvádí. Zároveň je rád, že má ještě zbytky zraku.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? Respondent je nyní přibližně půl roku v rekvalifikačním centru. Do budoucna by se chtěl něčím vyučit. V centru si našel kamaráda, se kterým trénuje prostorovou orientaci po Praze. Sám uvádí: „*Já nemám moc přátel, mám jen rodinu.*“

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Během života nezažil větší zátěžové situace. Je zvyklý nechávat řešení problému na jiných lidech, sám před problémy „*utíká a vypouští je*“.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Největší problém mu dělá orientace v cizím prostředí. Jako kompenzační pomůcky používá slepeckou hůl a dalekohledové brýle.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává? Na pravidelné prohlídky dochází ke svému očnímu lékaři. Sdružuje se v organizacích pro zrakově postižené (Dědina, SONS). Největší psychosociální oporu nachází u **matky** ☀️.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Respondent je spokojený se svým životem. Je rád, že se dostal do rekvalifikačního centra a že může být ve společnosti. Mezi jeho priority patří společnost a rodina. Nepocítuje změny v žebříčku hodnot.

I, II, III/31 Respondent

Základní identifikační znaky:

Oftalmologická diagnóza: degenerace očního nervu po požití Fridexu

Aktuální stav vízu: PO 1/60 LO praktická nevidomost

Čas uplynulý od první diagnostiky oftalmologického onemocnění (Doba od první diagnostiky): 3 roky

Věkové rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku (Věk): 45 let

Pohlaví: muž

Respondent byl osloven: v rekvalifikačním centru

S kým respondent žije ve společné domácnosti (Respondent žije s): s manželkou

Rozbor vypovědí:

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku? Respondent byl po sdělení oftalmologické diagnózy **zmatený**. „Nevěděl jsem co se děje, myslel jsem si, že to bude lepší.“ V současné době uvádí: „Už jsem si hodně zvykl.“

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat? Respondent je z počátku hodně pesimistický. Uvádí po celou dobu, že je se zrakovou vadou **vyrovnaný** ☺. Podle mého dojmu **je respondent s vadou nevyrovnaný**, je v pozici ukřivděného, neoblíbeného. Myslím si, že teprve prochází vyrovnávacím se procesem.

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti? „Širší okolí mě moc nepřijímá.“ Vztahy s jeho blízkými se změnily, zaznamenává posun k horšímu. „...poznal jsem, jací doopravdy jsou.“ Respondent na mě působí dosti nepříjemným dojmem. Dostává se do pozice **obviňujícího ostatní**. Hledá na všech chyby, ale u sebe je nevidí.

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali? Musel se potýkat s rodinnými a finančními překážkami. Je zvyklý řešit své problémy. V současné době nemá zaměstnání. Je **finančně závislý na manželce**. Snaží se ve spolupráci se sociální pracovníci zaměstnání nalézt, ale po celou dobu trvání výzkumného šetření **není zaměstnán**.

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry? Největší problém mu dělá vlastní nezaměstnanost. Zatím je situace nevyřešená. Kompenzační pomůcky nepoužívá, ale má zažádáno o čtecí zařízení.

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává? Na pravidelné kontroly respondent dochází ke svému očnímu lékaři. Sdružuje se v organizaci pro zrakově postižené (Dědina). Z počátku mu byla oporou **manželka** ☺, dále hovoří o zhoršující se rodinné situaci.

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem? Se svým životem je **nespokojený**. Jeho život neprobíhá podle jeho očekávání, ale začíná si na celou situaci pomalu zvykat. Zpočátku uvádí jako své priority práci a finanční stránku. Během druhého a třetího se u něho priority mění. Za nejdůležitější považuje zdraví.

10. Diskuze

Již v květnu 2006 jsem začala s vypracováváním kvalitativního výzkumu s tématem „*Kvalita života u lidí s postupnou ztrátou zraku*“. Jelikož jsem zaměstnána na Oční klinice Ústřední vojenské nemocnice v Praze, zaměřila jsem se na problémy svých pacientů; tedy lidí s postupnou ztrátou zraku. Začátek pro mě byl velmi těžký. Neměla jsem žádné zkušenosti s tímto typem výzkumu. Nevěděla jsem, co mě čeká. Nyní, když stojím téměř na „konci“, musím konstatovat, že moje představy o obtížnosti života zrakově postižených byly daleko od reality. Myslím, že nyní chápu své pacienty a lidi s postižením zraku daleko lépe a tím mohu efektivněji poskytovat ošetrovatelskou péči. Jsem velmi ráda, že jsem si vybrala dlouhodobé kvalitativní sledování právě na toto téma. Mohla jsem své respondenty lépe poznat. Velmi mě tato zkušenost obohatila a doufám, že informace, které jsem zjistila a budu níže interpretovat, budou použity v praxi a dále předávány.

Na začátku výzkumu jsem vypracovala tři kazuistiky (viz. Příloha č. 1, 2, 3). Po konzultaci s PhDr. Chloubovou jsem na základě kazuistik sestavila sedm cílů.

Výzkumná část diplomové práce je zaměřená na tato zjištění:

1. **Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku?**
2. **Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat?**
3. **Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti?**
4. **S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali?**
5. **Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry?**
6. **Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?**
7. **Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem?**

Ke zjištění stanovených výzkumných cílů jsem zvolila tyto metody:

- Strukturovaný rozhovor vlastní konstrukce s audiozáznamem s volnými výpověďmi respondentů
- Pozorování
- Sledování dokumentace a anamnestických údajů
- Kazuistiky

Velkým problémem pro mě bylo zpracování výpovědí respondentů tak, aby dávaly nejen přehled o jejich osobním a subjektivním vyjádření problémů jejich života s postupnou ztrátou zraku, ale abych je také mohla přehledně zhodnotit. Proto jsem po konzultaci s PhDr. Chloubovou zvolila vertikální a horizontální zpracování výpovědí respondentů.

Vertikální vyhodnocení volných výpovědí respondentů je uvedeno v kapitole 9. (Kvalitativní zhodnocení výpovědí respondentů). Zde jsem vyhodnocovala jednotlivé odpovědi „průřezem“ všech tří rozhovorů. Kvalitativní zhodnocení jsem vztahovala ke stanoveným cílům výzkumu (viz výše). Použila jsem zde jak subjektivní vyjádření respondentů, tak své vlastní dojmy a hodnocení oslovených respondentů.

Horizontální vyhodnocení volných výpovědí respondentů jsem zpracovala kvantifikační metodou. Kvantifikační vyhodnocení jsem umístila do přílohy (Příloha č. 4, 5, 6 – Kvantitativní zhodnocení výpovědí respondentů). Odpovědi respondentů jsou vyjádřeny vždy jako celek a to v jednotlivých kolech výzkumu. Aby byla jednotlivá „kola“ výzkumu od sebe dobře odlišena, zvolila jsem barevnou škálu. Modrou barvou znázorňuji vše, co bylo zjišťováno v prvním kole rozhovorů. Zelenou barvou je zvýrazněno druhé kolo rozhovorů a třetí kolo rozhovorů jsem označila červeně.

Dalším úskalím byla dosti velké časová náročnost výzkumu. S výzkumnou prací jsem započala již v květnu 2006. Jelikož jde o kvalitativní longitudální výzkum, musela jsem se s respondenty setkat celkem třikrát v tříměsíčních časových odstupech. S respondenty oslovenými v nemocničním prostředí jsem si domlouvala individuální schůzky, vždy v den, kdy byli objednáni na kontrolu ke svému očnímu lékaři. Mnohdy se mi stávalo, že se respondenti nedostavili nebo přímo na místě další kontakt odmítli. V druhém kole dotazování jsem tedy zaznamenala úbytek 8. respondentů oslovených v nemocničním prostředí a 1. respondenta z rekvalifikačního centra.

10.1. Verifikace cíle č. 1

Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku?

Pro přesnější vyhodnocení volných výpovědí jsem si respondenty rozdělila do dvou skupin; na respondenty oslovené v nemocničním prostředí (dále jen NP) a na respondenty oslovené v rekvalifikačním centru (dále jen RC). Respondenti, oslovení v RC žijí s postižením zraku od narození, začínají si uvědomovat své

postižení se vstupem do širších výchovně vzdělávacích sociálních skupin (školka, škola). Uvědomování si svého postižení bylo v jejich případě postupné v průběhu života a tudíž nebylo zjištěno tak radikální jako u respondentů v NP. Po sdělení oftalmologické diagnózy uvádějí všichni respondenti v NP negativní prožívání. Nejčastěji, a to v 16%, byli šokováni a zaskočení tím, co jim bylo sděleno. Ve 13% prožívali strach a jeden respondent uvádí neštěstí až zoufalství. Dva respondenti v NP (6%) po sdělení diagnózy nechtěli dále žít. Celá ¼ (25%) respondentů v NP doufala, že se zrak zlepší. Naopak respondenti v RC se nejvíce zaměřovali na to, aby mohli vykonávat nějaké zaměstnání (13%). 6% respondentů v RC již vědělo, že nebudou v životě moci dělat to, co by doopravdy chtěli a 3% respondentů chtělo získat a udržet si svou nezávislost.

V druhém kole dotazování jsem zaznamenala velký úbytek respondentů v NP (8 respondentů). Domnívám se, že díky otázkám v prvním kole byli respondenti nuceni se nad celou záležitostí důkladněji zamyslet. Mnohým z nich to bylo nejspíše velmi nepříjemné a odmítali se dále hlouběji svým vlastním problémem zabývat. Bylo pro ně schůdnější předstírat, že problém neexistuje, než aby se jím zaobírali a řešili jej. Nebo také přesouvají své problémy na své blízké a ti je řeší za ně. Odpovědi respondentů v NP byly dosti rozdílné. Domnívám se, že to bylo dáno tím, že se každý respondent nacházel v jiném stádiu smířování se se zrakovou vadou. Každý z nich měl jiné výchozí podmínky. Dva respondenti v NP (9%) uvádějí, že už si zvykli, další dva se snažili žít dál a zrakovou vadu brát jako součást svého života. Dva respondenti v NP uvádí, že prožívají zlost a vztek, dva respondenti jsou lítostiví a celou situaci považují za smutnou. Dva respondenti přiznávají, že postižení zraku prožívají velmi špatně. Vada je omezuje v mnoha činnostech. Naproti tomu 17% respondentů v RC trápí jiné problémy než je vada zraku a 13% z nich si již na postižení zraku zvykli a naučili se s vadou žít.

V posledním, třetím kole rozhovorů jsem již při sbírání výpovědí pocítovala pozitivnější přístup ke zrakové vadě ze strany respondentů. Pět respondentů v NP (23%) uvádí, že si zvykli, další čtyři si myslí, že došli ke smíření se se zrakovou vadou. Naopak tři respondenti v NP stále ještě postižení zraku nesou těžce, pocítojí omezení. Jeden respondent přiznává, že se cítí bezradný(á). Jeden respondent uvádí, že nad celou záležitostí nepřemýšlí.

10.2. Verifikace cíle č. 2

Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat?

Pro potřeby vyhodnocení druhého cíle jsem opět rozdělila respondenty na dvě skupiny; respondenty oslovené v NP a respondenty oslovené v RC.

V prvním kole dotazování jsem zjistila, že téměř 22% respondentů v NP má problémy vyrovnat se s postižením zraku. 9% se snaží brát postižení zraku jako součást svého života. Naproti tomu 9% respondentů v NP uvádí, že nemají problémy vyrovnat se s tím, že ztrácí zrak. 6% respondentů dokonce uvádí, že dělají jako by normálně viděli a nepotřebují se s vadou zraku vyrovnávat. Tyto respondenty v NP shledávám v prvním kole jako nepřijímající své postižení, bagatelizující obtíže a vytvářející pseudoatmosféru vyrovnanosti. Další tři respondenti přímo vyjadřují, že je postižení zraku natolik omezuje, že už od života nic velkého nečekají, nejsou schopni fungovat v běžném životě tak, jak byli zvyklí před onemocněním a nebo nad tím vším raději nechtějí přemýšlet. Čtyři respondenti v RC jsou zvyklí na život se zrakovou vadou. Převážná většina z nich „hledí“ spíše do budoucnosti. Chtějí si najít práci, založit rodinu, mají náhradní aktivity. To vše jim pomáhá, aby byli schopni žít se zrakovou vadou jako „normální lidé“.

V druhém kole rozhovorů jsem zjistila, že stejně jako u prvního kola jsou výpovědi respondentů v NP dosti nejednotné. Větší část respondentů (9 respondentů) v NP přistupuje ke zrakové vadě jako k faktu, který je potřeba řešit a přizpůsobit se mu. Pouze jeden z nich však uvádí, že je vyrovnaný(á) a smířený(á). U respondentů v NP jsem také zaznamenala negativní odezvy při vyrovnávacím procesu. Např. špatně se s tím vyrovnávají, nic je nebaví, dokonce je už nic nezajímá a netěší. Také jsem se setkala u jednoho respondenta s bagatelizujícím postojem. Respondenti v RC jsou v 13% smíření se zrakovou vadou, 13% z nich připouští, že se zraková vada stabilizovala a dlouhodobě jsou na tento stav zvyklí.

Ve třetím kole rozhovorů u deseti z patnácti respondentů v NP jsem zaznamenala pozitivní posun ve vyrovnání. Pokud kvantitativně srovnám druhé a třetí kolo nedošlo ke změnám. Ale v kvalitativním rozboru shledávám, že jsou respondenti v NP více vyrovnání, jsou rádi za to, že vidí alespoň tak a ne hůře. U dvou respondentů v RC se naopak objevují pochybnosti nad tím, zda jsou vyrovnání s onemocněním. Jeden respondent by chtěl být raději zdravý, i když ví, že to není možné. Druhá respondentka někdy propadá sebelítostným náladám a ptá se sama sebe „Proč zrovna Já?“

10.3. Verifikace cíle č. 3

Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti?

Na oblast integrace lidí se zrakovým postižením do „běžné“ společnosti jsem zaměřila několik otázek. Chtěla jsem zjistit s jakými lidmi se respondenti stýkají, zda se jejich sociální kruh zúžil nebo naopak, s jakými problémy se potýkají během socializace jako zrakově postižení.

V prvním kole jsem zjistila, že téměř 72% všech respondentů nepociťuje změny ve vztahové rovině. Zbývajících 28% připouští, že ke změnám došlo. Ve všech případech jde o změny pozitivní např. respondent(ka) č. 3, 4, 7, 9, 10 atd. To by potvrdzovalo fakt, že 75% respondentů uvádí, že jsou přijímáni i širším sociálním okolím dobře a ke změnám ve vztahové rovině nedošlo. Naproti tomu stojí další tvrzení samotných respondentů a to, že 50% tvrdí: moje blízké okolí nepřijímá moji vadu a 50% respondentů postoj vůči vlastní osobě a svému postižení nezná. V prvním kole tedy shledávám velké názorové rozkolísání ve výpovědích každého respondenta. Navíc 22 respondentů v NP je v důchodu a ve většině případů se stýká jen se svojí rodinou. Tedy sociální kontakty jsou dosti omezené a z tohoto důvodu mohou být výpovědi nepravdivé a nesměrodatné.

V druhém kole dotazování respondenti vnímají vztahy se svým sociálním okolím poněkud jasněji. Nenacházím zde tolik protichůdných odpovědí. Celých 26% respondentů přiznává, že neví, jak jejich blízcí prožívají jejich postižení. 26% připouští, že o ně jejich blízcí mají strach. Ve 34% stále respondenti tvrdí, že blízké okolí nese jejich zrakovou vadu bez obtíží. 65% respondentů stále nepociťuje žádné rozdíly ve vztahu ze strany sociálního okolí. 13% dokonce připouští, že takové záležitosti neřeší a 9% respondentů pocítuje nepřijímající postoj vůči své osobě.

Ve třetím kole 72% respondentů uvádí, že jsou vztahy s rodinou a přáteli stejné. 9% dokonce uvádí, že došlo k vylepšení vztahů. Jeden respondent žije v sociální izolaci, s nikým se už nestýká (respondent č.21) a jeden přiznává, že díky zrakové vadě poznal jací doopravdy jeho blízcí jsou (respondent č. 31). 50% respondentů je v důchodu a realizují se v rámci rodiny. 13% respondentů je nezaměstnaných. Pouze 9% je v zaměstnání spokojeno a chtěli by se dále ve své práci realizovat (respondent č. 26, 29).

10.4. Verifikace cíle č. 4

S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali?

Pro přesnější vyhodnocení volných výpovědí jsem si respondenty opět rozdělila do dvou skupin. Na respondenty oslovené v nemocničním prostředí (dále jen NP) a respondenty oslovené v rekvalifikačním centru (dále jen RC).

V prvním kole dotazování respondenti v NP uvádí ve 25%, že nic tak závažného, jako postižení zraku nikdy neprožili. 31% respondentů dále přiznává, že pro ně byla nejtěžší ztrátou smrt blízké osoby. Respondenti v RC 9% také uvádějí, že pro ně bylo nejtěžší vyrovnat se se zrakovou vadou a přijmout ji. 9% si myslí, že pro ně bylo nejtěžší dětství, kdy žili v nepříznivém sociálním prostředí. S ohledem na postižení zraku téměř 66% všech respondentů uvádí, že je pro ně nejtěžší orientace v cizím prostředí, čtení a práce v domácnosti. Téměř 41% respondentů v NP je schopna se se svými problémy vyrovnat díky podpoře blízké osoby. Ve většině případů jde o člena rodiny. Naproti tomu respondenti v RC se nejčastěji vyrovnávají s problémy sami, oporu v blízké osobě nevyhledávají. Tuto znatelnou odlišnost přisuzují věkovým rozdílům mezi jednotlivými skupinami respondentů. Respondenti v NP jsou všichni, kromě respondenta č. 5, ve starobním nebo v předčasném invalidním důchodu. Mají ve většině případů vybudované rodinné zázemí a oporu hledají právě u své rodiny.

V druhém kole dělá respondentům největší problém orientace a pohyb v cizím prostředí (35%), čtení (17%). Zejména respondenty v RC zatěžuje problém nezaměstnanosti (13%). Jako závažná událost v životě respondentů v NP se stále objevuje smrt blízké osoby (13%). Nově se u respondentů v NP objevuje celkově špatný zdravotní stav (13%). Nejvíce respondentů (30% NP; 17% RC) však uvádí, že se od minulého setkání nic závažného neudálo. Celých 16 respondentů není schopno produktivně řešit své problémy, volí spíše úniková řešení, jako např. problémy jsou neřešitelné, vyhýbání se problémům, nepřipouštění si problémů atd.

Ve třetím kole dotazování došlo k patrným změnám. Pro téměř 32% respondentů je největším problémem čtení běžného textu. Necelých 14% připouští, že mají stále problémy s orientací a pohybem v cizím prostředí. A pouze dva respondenti mají problém s hledáním zaměstnání (respondenti č. 29, 31). Nejpočetnější skupina respondentů (27% NP; 23% RC) od minulého setkání nic závažného neprožila.

Celkově špatný zdravotní stav trápí stejný počet respondentů v NP a nově se u respondentů v NP objevuje samota a nečinnost. Oproti předchozímu druhému kolu dotazování se nadpoloviční většina všech respondentů snaží řešit své problémy. Stále hledají nejvíce útěchu a oporu u členů rodiny.

10.5. Verifikace cíle č. 5

Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry?

Zjistila jsem, že pouze tři respondenti(ky) v NP používají kompenzační pomůcky. Nadpoloviční většinu respondentů (50% v NP; 4,54% v RC) tvoří lidé, kteří kompenzační pomůcky, určené lidem se zrakovými vadami, nepoužívají. Domnívám se, že důvodů je několik. Mnozí respondenti o pomůčkách nikdy neslyšeli a ani neví, kde by si je měli zajistit. Někteří si mohou myslet, že jsou pro ně příliš drahé, a proto i nedostupné. Myslím si, že pravděpodobná příčina nepoužívání těchto pomůcek tkví i v to, že respondenti odmítají připustit si své problémy se zrakem. Pokud si tito lidé připustí své problémy a rozhodnou se je účinně řešit, začnou používat pomůcky, které jim mohou usnadnit mnohé pro ně obtížné činnosti, např. respondent č. 6.

10.6. Verifikace cíle č. 6

Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Všichni respondenti dochází na pravidelné kontroly ke svému očnímu lékaři či lékařce. Největší psychosociální oporu nacházejí u členů rodiny nebo blízkých přátel. Pouze tři respondenti v NP (respondent č. 12, 14, 22) odmítají jakoukoliv psychosociální oporu. Své problémy si nepřipouštějí, a myslí si, že pomoc nepotřebují. Celkově zaujímají spíše bagatelizující postoj vůči svému zrakovému postižení. 36% respondentů (32% RC; 5% NP = pouze respondentka č.7) navštěvuje některou z organizací pro zrakově postižené. Právě takováto organizace pomohla respondentce č. 7 vyrovnat se s postupnou ztrátou zraku. Celých 64% nenavštěvuje vůbec žádnou organizaci pro zrakově postižené. Příčin, proč respondenti nedocházejí do center pro zrakově postižené je hned několik: neví o nich, nebylo jim nabídnuto členství, nebo se tam nemají jak dopravit. Další příčinou je život postiženého v dosti uzavřeném okruhu lidí a ztráta zájmu stýkat se s někým jiným. Myslím, že i když to mnozí přímo nevyjádřili, jde u nich o sociální izolaci vlivem odchodu do důchodu a také v důsledku zrakového postižení.

10.7. Verifikace cíle č. 7

Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem?

V prvním kole dotazování jsem zjistila, že 72% respondentů je spokojeno s tím jak žijí. 59% respondentů uvádí, že jejich život neprobíhá tak, jak si to představovali. Otázkou zůstává, jestli může být člověk spokojen, pokud se jeho život ubírá směrem, který není jím samým určen. Je zajisté zapotřebí, aby se takový člověk přizpůsobil nově vzniklé situaci. Z vyhodnocení prvního kola dotazníků vyplývá vyrovnání se s postižením zraku jen u tří respondentů v RC.

V druhém kole vyhodnocení dotazníků jsem zaznamenala u 43% respondentů spokojenost s jejich životem. 26% respondentů je spokojeno, ale mají jisté výhrady. U 48% respondentů probíhá jejich život podle jejich očekávání.

Ve třetím kole vyhodnocování jsem zaznamenala u respondentů 73% spokojenost v životě a v 9% jsou spokojeni s výhradami. Pouze 45% respondentů usuzuje, že jejich život probíhá podle jejich očekávání.

Domnívám se, že zejména respondenti v RC hodnotí očekávání vložená do svého života pozitivněji. Jejich průměrný věk je 33 let, a tudíž předpokládám, že mají za sebou kratší období svého života. Nemohou proto zcela v plné šíři zhodnotit, zda se jejich očekávání splnila. Naproti tomu respondenti v NP jsou většinou důchodového věku, větší část života si již prožili. Ti mohou lépe retrospektivně zhodnotit svůj život a říci, zda jejich život probíhal podle očekávání či ne.

Mezi nejčastěji uváděné životní hodnoty patřilo zdraví a to v nadpoloviční většině ve všech kolech dotazování. 59% respondentů uvádí, že se jejich žebříček nezměnil. 49% respondentů uvádí, že se jejich žebříček hodnot změnil potom, co jim byla sdělena oftalmologická diagnóza, např. respondentka č. 7, respondent č. 5.

11. Možnosti zlepšení kvality života u lidí s postupnou ztrátou zraku

A) OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- Zavedení ošetřovatelských anamnestických dotazníků, tedy v běžných očních ambulancích i ambulancích specializovaných soukromých lékařů – oftalmologů.
- Anamnestický dotazník se stane návodem pro sestru, která bude u člověka s vadou zraku odebírat ošetřovatelskou anamnézu.
- Po vyhodnocení anamnestických údajů, podnikne sestra intervence v oblasti mezioborové spolupráce, podá informace pacientovi i jeho rodině o kompenzačních a rehabilitačních pomůckách, poskytne informace o organizacích pro zrakově postižené a kontaktech na ně.
- Na základě anamnestických dotazníků dojde k vytvoření rizikových skupin lidí s postupnou ztrátou zraku. Těmto rizikovým pacientům bude sestra nabízet aktivní účast na skupinově-terapeutických sezeních. Na sezení bude možno zvát různé odborníky např. ergoterapeuty, sociální pracovníky, psychoterapeuty, zástupce nebo členy organizací pro zrakově postižené, obchodní zástupce (předvedení pomůcek, možnost jejich vyzkoušení).

B) KONTINUITA MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- Velmi důležité je zlepšit mezioborovou spolupráci.
- Po vyhodnocení anamnestických údajů sestra zprostředkuje kontakty na specializované odborníky (např. sociální pracovníce, psychoterapeut, ergoterapeut), na organizace pro zrakově postižené, právní poradnu, atd.
- Nadále bude sestra udržovat navázané kontakty. Mezi sestrou, jiných odborníků a organizacemi pro zrakově postižené bude docházet k vzájemnému předávání informací o klientovi.

C) INFORMACE

- Během čekání pacientů v čekárnách před ošetřením by měli zrakově postižení možnost vyslechnout informace o oftalmologických diagnózách, možnostech léčby, možnostech terapie a o rehabilitaci zraku, kompenzačních a

rehabilitačních pomůckách, kontaktech na organizace pro zrakově handicapované, z předem připravených audionahrávek.

D) INDIVIDUÁLNÍ A SKUPINOVÁ PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA, MOTIVACE

- Motivace a podpora lidí se zrakovým postižením supervizorem.
- Vytvoření terapeutických skupin lidí s postupnou ztrátou zraku. Motivace a psychosociální opora prostřednictvím skupinově-terapeutických sezení.
- Individuální spolupráce s rodinou a blízkými osobami lidí zrakově postižených; spolupráce i v rámci terapeutické skupiny.
- Spolupráce s kluby pro zrakově handicapované.
- Obchodní zástupci předvádějí na společných sezeních pomůcky, nechají je pacientům vyzkoušet

E) VYTVOŘENÍ DATABÁZÍ

- Databáze firem, které nabízí rehabilitační a kompenzační pomůcky.
- Databáze organizací pro zrakově postižené včetně zastoupení po celé ČR.

F) SESTRA – SUPERVIZORKA

- Vytvoření pracovního místa pro sestru-supervizorku, která bude mít na starost všechny výše uvedené činnosti.

12. Závěr

Celá diplomové práce je zaměřena na lidi s postupnou ztrátou zraku. Oslovovala jsem respondenty, kteří mají různé stupně postižení zraku. Od projevení se prvních příznaků ztráty zraku uběhl u dotazovaných různý časový úsek. Oslovovala jsem jak ženy tak muže. Tito lidé trpí odlišnými oftalmologickými onemocněními a spadají do rozličných věkových kategorií. Jedno však mají společné. Jejich zrak se začal zhoršovat až v průběhu života. Musí se s úbytkem zrakové ostrosti vyrovnat a přizpůsobit se nově vzniklým situacím. Jak tuto nelehkou „životní zkoušku“ zvládli, jsem sledovala a zaznamenávala v období 10 měsíců, ve třech rozhorech s odstupem tří měsíců. Tak jako byli rozdílní moji respondenti, stejně tak byly odlišné jejich „životní cesty“, doprovázené smyslovým handicapem.

V diplomové práci „Kvalita života u lidí s postupnou ztrátou zraku“ jsem zjistila následující odpovědi na stanovené výzkumné cíle:

1. Co prožívají lidé s postupnou ztrátou zraku?

Po sdělení oftalmologické diagnózy prožívali všichni respondenti negativní období. Byli šokováni, obávali se, co s nimi bude dál, v 6% dokonce nechtěli dále žít. 25% respondentů v nemocničním prostředí (dále jen NP) doufalo, že se jejich zrak zlepší. Respondenti v rekvalifikačním centru (dále jen RC) se spíše zaměřovali na budoucnost. V 13% chtěli vykonávat nějaká zaměstnání, chtěli být nezávislí na cizí pomoci (3%). S tříměsíčním odstupem jsme zjistila, že zejména respondenti v NP procházejí nejrůznějšími stádii vyrovnání se s onemocněním. Pouze dva respondenti uvádějí, že je vada omezuje a dva respondenti v NP přiznávají, že celou záležitost prožívají velmi těžce. Patrný rozdíl vykazovali respondenti v RC, které v 17% trápily jiné problémy a 13% respondentů se naučilo s vadou zraku žít. S dalším tříměsíčním odstupem uvádí 23% respondentů v NP, že si zvykli na život se zrakovou vadou, u 18. došlo ke smíření. Již jen tři respondenti v NP nesou postižení zraku těžce a jeden respondent se cítí bezradný.

2. Jak jsou schopni se s onemocněním vyrovnávat?

Na počátku výzkumné práce jsem zjistila, že pouze 22% respondentů v NP připouští to, že mají problémy s vyrovnáváním se s postupnou ztrátou zraku. 9%

z nich se snaží brát zrakovou vadu jako součást svého života. Zbytek respondentů v NP popírá obtíže, bagatelizuje své problémy a odmítá pomoc svých blízkých. Naopak respondenti v RC uvádějí v 18.%, že jsou vyrovnaní se svým onemocněním. Do budoucna si dělají plány. V druhém kole rozhovorů a následném vyhodnocení jsem zjistila, že pouze jeden respondent v NP je vyrovnaný a smířený se svým postižením. Dalších devět respondentů připouští, že je potřeba, aby se s vadou vyrovnali. U respondentů v RC sledávám 13% vyrovnání se s onemocněním a v 13% přiznávají, že se celá situace stabilizovala. Ve třetím vyhodnocení odpovědí jsem se setkala s posunem k vyrovnání u deseti z patnácti respondentů v NP. Oproti tomu u dvou respondentů v RC se objevují sebelítostné pocity.

3. Jak se lidé s postižením zraku integrují do „běžné“ společnosti?

V oblasti integrace zrakově postižených do „běžné“ společnosti jsem zpočátku zaznamenala rozpory ve výpovědích respondentů. 72% respondentů si myslí, že nedošlo ke změnám ve vztazích s blízkým sociálním okolím. Přitom 50% z nich postojí blízkého okolí neznalo a 50% tvrdilo, že je jejich blízké okolí nepřijímá pozitivně. V druhém kole vyhodnocení 26% respondentů přiznává, že o ně jejich blízcí mají větší strach. 34% si stále myslí, že je jejich zraková vada blízkým okolím vnímána bez obtíží. Pouze 9% připouští, že pociťují negativní odezvu. Ve třetím kole vyhodnocení jsem zaznamenala shody se závěry v prvním vyhodnocení. 72% všech respondentů si myslí, že nedošlo ke změně vztahů s jejich blízkými. 9% respondentů uvádí, že díky postižení zraku došlo k vylepšení vztahů s jejich blízkým okolím.

4. S jakými největšími a nejobtížnějšími překážkami se setkali a jak se s nimi vyrovnali?

Pro 31% respondentů v NP byla nejtěžší smrt blízké osoby a 25% uvádí, že nejhůře prožívali vlastní postupnou ztrátu zraku. Také respondenti v RC přiznávají v 9%, že pro ně bylo velmi těžké vyrovnat se s postižením zraku. 41% respondentů NP je schopno vyrovnat se se svými problémy díky podpoře blízké osoby. Respondenti v RC řeší problémy raději sami. 66.% respondentům dělá největší problém orientace v cizím prostředí, čtení a práce v domácnosti. Orientace, pohyb

v cizím prostředí a čtení dělá největší problém respondentům po celou dobu výzkumné práce.

5. Jsou schopni překonávat nejrůznější bariéry?

Celých 54,55% oslovených respondentů ve třetím kole rozhovorů nepoužívá kompenzační pomůcky. Pouze čtyři respondenti(ky) v NP používají a vlastní kompenzační pomůcku určenou lidem se zrakovým postižením (respondenti č. 2, 7, 15, 22).

6. Kde vyhledávají odbornou pomoc, psychosociální oporu a zda se jí jim dostává?

Všichni respondenti navštěvují svého očního lékaře či lékařku. Pouze 36% respondentů z celkového počtu jsou členy organizací pro zrakově postižené. Z toho pouze jedna respondentka v NP (č. 7) byla členkou organizací pro zrakově postižené. Jen tři respondenti v NP odmítají jakoukoli psychosociální oporu blízké osoby.

7. Jaké je jejich subjektivní hodnocení celkové kvality života, zda se změnil jejich žebříček hodnot a v čem?

V prvním kole vyhodnocení odpovědí uvádí 72% respondentů, že jsou spokojeni se svým životem. 59% přiznává, že jejich život neprobíhá podle jejich očekávání. V druhém kole vyhodnocení došlo ke změnám ve vyjádření vzhledem ke spokojenosti se životem. 43% je zcela spokojeno, 26% je spokojeno, ale má určité výhrady, 48% si stále myslelo, že jejich život probíhá podle jejich očekávání. Ve třetím kole zaznamenávám mírný vzestup ve spokojenosti respondentů. 73% respondentů je spokojených se svým životem a 9% je spokojeno s výhradami. Necelá polovina respondentů (45%) usuzuje, že jejich život probíhá tak, jak si to představovali.

Nadpoloviční většina dotazovaných respondentů ve všech kolech považuje za největší životní hodnotu „zdraví“. 59% respondentů si myslelo, že se jejich žebříček hodnot od oftalmologického onemocnění nezměnil. Pouze dva respondenti v NP připouštějí, že se jejich žebříček hodnot změnil potom, co jim byla diagnóza sdělena.

13. Seznam použitých zdrojů

13.1. Literární zdroje

1. AUTRATA, R. VANČUROVÁ, J. *Nauka o zraku*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2002, ISBN 80-7013-362-7
2. BERAN, J.: *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Vydavatelství Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-390-3
3. BŘESKÁ, N. VRÁNOVÁ, L.: *Dávky sociální péče*. Jihlava: ANAG. 2006. ISBN 80-7263-353-X
4. CIHELKOVÁ, I., SOUČEK, P. *Atlas makulárních chorob*. Praha : Galén. 2005. ISBN 80-7262-370-2
5. ČÁLEK, O. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1991
6. ČÁLEK, O.: *Výchova dospívajících zrakově postižené mládeže k samostatnosti*. Praha: Svaz invalidů v ČSR. 1985
7. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2001. ISBN 80-7013-342-2
8. ČIHÁK, R.: *Anatomie 3*. Praha: Grada publishing. 2002. ISBN 80-7169-140-2
9. DI CARA, V.: Kvalitativní výzkum v ošetrovatelství. *Sestra*, roč. 15, 2005, č. 3, s. 13-14, ISSN 1210-0404
10. DYNÁKOVÁ, Š.: Uvidíme zítra. *Sestra*, roč. 16, 2006, č. 1, s. 16, ISSN 1210-0404

11. FRANCOVÁ, P.: *O čem se sní poslepu*. Praha: NVT Repro s.r.o. 2005. ISBN 80-86932-02-8
12. FRANCOVÁ, P.: *Za zeptání nic nedáte, aneb jak vidím svět, když nevidím*. Praha: ECS servis. 2005. ISBN 80-903247-2-X
13. GUNTER, V.: *Žít až do konce*. Praha: Nakladatelství Vyšehrad, 1998. ISBN 80-7021-330-2
14. HAYOVÁ, L.: *Miluj svůj život*. Bratislava. 1994, ISBN 80-85662-07-8
15. HELUS, Z.: *Psychologické problémy socializace osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1973
16. HNILICOVÁ, H.: *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy: SV. s.r.o. 2004. ISBN 80-86625-20-6
17. HOGENOVÁ, A.: *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum. 2002. ISBN 80-7184-580-90
18. HONZÁK, R. NOVOTNÁ, V.: *Krize v životě, život v krizi*. Praha: ROAD. 1994. ISBN 80-83385-60-00
19. HYKL, J., VALEŠOVÁ, L.: *Atlas oftalmologie*. Praha : TRION s.r.o. 2003. ISBN 80-7254-382-2
20. HUČÍN, J.: Co tě nezabije to tě posílí. *Psychologie*, roč. 9, 2003, č. 9, s. 9-13, ISSN 1211-5886
21. IVANOVÁ, K.: *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2005. ISBN 80-7368-069-6

22. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON. 2003. ISBN 80-7254-329-6
23. JEDLIČKA, R., KLÍMA, P., KOŤA, J., NĚMEC, J., PILAŘ, J.: *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Tiskárny MV. 2004. ISBN 80-7312-038-0
24. JESENSKÝ, J.: *Kontrapunkty integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. 1995. ISBN 80-7184-030-0
25. JESENSKÝ, J.: *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum. 2000. ISBN 80-7184-823-9
26. KAISEROVÁ, K.: *Samota jako partner*. Praha: Mladá fonta. 2005. ISBN 80-204-1280-8
27. KLEVETOVÁ, D.: Komunikace s geriatrickým pacientem. *Sestra*, roč.14, 2004, č. 11, s.38-39, ISSN 1210-0404
28. KOLÁŘ, P.: Věkem podmíněná makulární degenerace. *Sestra*, roč. 15, 2005, č. 9, s. 41-42, ISSN 1210-0404
29. KOLDINSKÁ, K. MARKOVÁ, H.: *Sociální pomoc a právo*. Praha: ORAC. 2001. ISBN 80-86199-38-X
30. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing. 2002. ISBN 80-247-0179-0
31. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak zvládat deprese*. Praha: Grada Publishing. 2003. ISBN 80-247-0575-3
32. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak přežít vztek, zlost a agrasi*. Praha: Grada Publishing. 2004. ISBN 80-247-0818-3

33. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Povídej naslouchám*. Praha: Návrat. 1993. ISBN 80-85495-18-X
34. KUTNOHORSKÁ, J.: Výzkum v ošetrovatelství. *Diagnóza*, roč. 2, 2006, č. 4, s. 173-175, ISSN 1801-1349
35. KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *O smrti a umírání*. Praha: Arica. 1993. ISBN 80-900134-6-5
36. KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *Odpovědi na otázku o smrti a umírání*. Praha: H&H. ISBN není
37. LARYŠOVÁ, T.: Postoje ke zrakově postiženým. *Psychologie*. Roč. 10, 2004, č. 9, s. 22, ISSN 1211-5886
38. MALÁT, Z.: Diagnóza: úzkost. *Sestra*, roč.14, 2004, č. 10, s.31-32, ISSN 1210-0404
39. MATĚJČEK, Z. LANGMEIER, J. *Výpravy za člověkem*. Praha: Odeon. 1981, ISBN 01-070-81
40. MATĚJČEK, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Ústí nad Labem: TIGIS s.r.o. 2001. ISBN 80-86022-92-7
41. MEDVĚDOVÁ, J.: ?.Kostelec nad Černými lesy: Karmelitánské nakladatelství.2004. ISBN 80-86625-20-6
42. MERHAUTOVÁ, I.:Nové zákony o sociálních službách a úhrada ošetrovatelské péče.. *Sestra*, roč. 16, 2006, č. 9, s. 11, ISSN 1210-0404

43. MERHAUTOVÁ, I.: Co nového přináší nový zákon o sociálních službách. *Sestra*, roč, 16, 2006, č. 7-8, s. 11, ISSN 1210-0404
44. MERHAUTOVÁ, I.: Ošetrovatelská péče v zařízeních sociální péče. *Florence*, rpč. 2, 2006, č. 9, s. 3, ISSN 1801-464X
45. MOROVICSOVÁ, E.: Nemoc v prožívání člověka. *Sestra*, roč. 16, 2006, č. 4, s.13-14, ISSN 1210-0404
46. MICHÁLEK, M.: *Nebojte se pomoci nevidomým*. Praha.: NTV Repro s.r.o. 2005. ISBN 80-86932-01-X
47. MORAVCOVÁ, D.: *Zraková terapie*. Praha: TRITON, s.r.o., 2004. ISBN 80-7254-476-4
48. MÜLLEROVÁ, N.: Podpora a edukace rodiny. *Sestra*, roč. 16, 2006, č. 2, s. 39-40, ISSN 1210-0404
49. PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON. 2005. ISBN 80-7254-657-0
50. PROŠKO, J.: *Pomoc v zoufalství a beznaději*. Havlíčkův Brod. Tiskárny Havlíčkův Brod. 1998. ISBN 80-7169-446-0
51. ŘÍČAN, P.: *Cesta životem*. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7178-829-5
52. Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj.: *Boj proti sociálnímu vyloučení*. Praha: JAN. 1998. ISBN 80-85529-62-9
53. PLZÁK, M.: *Tušení o lidské duši*. Praha: MOTTO. 2005. ISBN 80-7246-291-1

54. ROKYTA, R.: *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství. 2000. ISBN 80-85866 - 45-6
55. Odbor sociálních služeb a legislativní obor.: *Zákon o sociálních službách. Florence*, roč. 2, 2006, č. 4, s. 3-10, ISSN 1801-464X
56. SYNEK, S.: *Fyziologie oka a vidění*. Praha: GRADA. 2004. ISBN 80-247-0786-1
57. STUART-HAMILTON, I.: *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, s.r.o. 1999. ISBN 80-7178-274-2
58. SYKA, J.: *Fyziologie a patofyziologie zraku a sluchu*. Praha. AVICENUM. 1981. ISBN 08-010-81
59. ŠLACHTOVÁ, H.: *Sociální epidemiologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2005. ISBN 80-7368-089-0
60. ŠŤASTNÝ, J. a kolektiv.: *Aplikace přístupů v péči o zdravotně postižené*. Praha: ALEKO. 1996. ISBN 80-85341-54-9
61. ŠOLC, V.: Jaká je realita porozumění. *Psychologie*, roč.9, 2003, č. 4, s.14-15, ISSN 1211-5886
62. ŠOLCOVÁ, I.: Psychosociální stres žen. *Československá psychologie*, roč. 40, 1996, č. 3, s. 237-247, ISSN 0009-062X

63. TOURNIER, P.: *Osamělost mezi lidmi*. Praha: Návrat domů. 1998. ISBN 80-85495-15-5
64. VÁGNEROVÁ, M.: *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: REGLETA, s.r.o. 1995 ISBN 80-7184-053-X
65. VAN DYCK, H.: *Ne tak, ale tak*. Praha: Tyfloservis SONS ČR. 2000. ISBN80-902025-X
66. VECL, J.: Desatero pokynů a rad pomůže zdravotníkům zlepšit komunikaci s pacienty se zdravotním postižením. *Skok do reality*, roč. 7, 2006, č. 1, s. 3-5
67. VIRT, G.: *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad. 2000. ISBN 80-7021-330-2
68. VOTAVA, J.: *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 2003. ISBN 80-246-0708-5

13.2. Internetové zdroje

69. www.kvalitazivota.uvbp.cz
Definice - Kvalita života
<http://64.233.183.104/search?q=cache:3ueRq9cTdgMJ:lf/upload/socka.doc+kvalita> [1.6.2006]
70. www.copn.cz
Definice – Kvalita života
http://www.copn.cz/e/anky_kvalitazivotaRyma.htm [31.5.2006]

71. www.brailnet.cz

GALVAS, Z.: *Pomoc při uchování a posilování duševního zdraví u osob, které ztratili zrak v dospělosti*

<http://www.brailnet.cz/sons/docs/t198/studie1.htm> [2.06.2006]

72. www.fnb.cz

JIROTKOVÁ, M: *Slepota*

<http://www.fnb.cz/skola/flastr1/flastr110.htm> [1.6.2006]

73. www.ftvs.cuni.cz

Definice - Zdraví podle WHO

<http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/uvod%20studia20protekt.htm> [31.5.2006]

74. www.blisty.cz

BARTOŠOVSKÁ, Z, HRDLIČKA, F.: *Definice Handicap*

<http://www.blisty.cz/art/26197.html> [26.11.2006]

75. www.sons.cz

SCHINDLER, R., PEŠÁK, M.: *Statistické údaje o nevidomých a slabozrakých.*

<http://www.sons.cz/kdojezp.php> [13.01.2007]

76. www.upload.cz

Definice WHO Handicap.

<http://64.233.183.104/search?q=cache:3ueRq9cTdgMJ:lfu.upload/socka.doc+handic>[31.5.2006]

14. Seznam zkratek v teoretické a empirické části

AD – autozomálně dominantní

AR – autozomálně recesivní

CNS – centrální nervová soustava

CVI – Cortical Visual Impairment

č. – číslo

D – dioptrie

DM – diabetes mellitus

DMO – dětská mozková obrna

ERG – elektroretinografické vyšetření

FAG – fluorescenční angiografie

IDDM – inzulin dependentní diabetes mellitus

LFK – laserová fotokoagulace

LMD – lehká mozková dysfunkce

LO – levé oko

např. – například

NIDDM – noninzulin dependentní diabetes mellitus

NP – nemocniční prostředí

OCT – Optical Coherence Tomography

př. – příklad

PPV – pars plana vitrektomie

PO – pravé oko

RC – rekvalifikační centrum

str. - strana

tj. – to je

TRD – tapetoretinální degenerace

WHO – World Health Organization (SZO – světová zdravotnická organizace)

viz – mezinárodní zkratka s významem: patrně, zřejmě

VPMD – Věkem podmíněná makulární degenerace

15. Přílohy - Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelská kazuistika u pacientky s postupnou ztrátou zraku

Příloha č. 2: Ošetřovatelská kazuistika u pacientky s postupnou ztrátou zraku

Příloha č. 3: Ošetřovatelská kazuistika u pacienta s postupnou ztrátou zraku

Příloha č. 4: Tabulky k prvnímu kvantitativnímu zhodnocení výpovědí respondentů

Příloha č. 5: Tabulky k druhému kvantitativnímu zhodnocení výpovědí respondentů

Příloha č. 6: Tabulky k třetímu kvantitativnímu zhodnocení výpovědí respondentů

Příloha č. 7: Klasifikace zrakového postižení podle WHO

Příloha č. 8: Přehled jednotlivých zápisů zrakové ostrosti

Příloha č. 9: Příspěvek na některé rehabilitační a kompenzační pomůcky

Příloha č. 10: Ukázka některých pomůcek pro zrakově postižené

Příloha č. 11: Příklady výběru vhodného písma pro zrakově postižené

Příloha č. 12: Abeceda v bodovém písmu (Braillova abeceda)

Příloha č. 13: Kontakty na některé organizace pro zrakově postižené

Příloha číslo 1: Ošetřovatelská kazuistika u pacientky s postupnou ztrátou zraku (zkrácená verze ošetřovatelské kazuistiky)

Obsah:

1. Identifikační údaje
2. Lékařská anamnéza a lékařská diagnóza
3. Diagnostické metody a terapie
4. Ošetřovatelská anamnéza a ošetřovatelské diagnózy
5. Ošetřovatelská prognóza

1. Identifikační údaje nemocné:

Jméno a příjmení: P.P.

Oslovení: paní P.

Věk: 45 let

Národnost: česká

Trvalé bydliště: Praha

Stav: vdaná

Nejbližší kontaktní adresa: manžel K.P. (adresa a telefonní číslo shodné s pacientkou)

Zaměstnání: nyní v invalidním důchodu, před tím učitelka jazyků, občasné brigády

Vzdělání: středoškolské, vysokoškolské (titul neuvádí)

Pojišťovna: 201

Vyznání: bez vyznání

Hmotnost: 70 kg

Výška: 178 cm

BMI: 22,09

Alergie: Atropin gtt., Azopt gtt., Framykoin unq.

Datum zahájení hospitalizace: 26. 05. 2006

Důvod přijetí: Kontrolní vyšetření křivky NOT, diagnostická hospitalizace

Datum mého ošetřování: 27. 05. - 28. 05. 2006

2. Lékařská anamnéza a lékařská diagnóza

2.1. Lékařská anamnéza

Oční anamnéza: Od narození viděla neostře, zamlženě, asi ve 14 let mohla číst bez brýlí. Brýle nosí od 15 let. Subjektivně LO vidí mlhu a stíny, PO slouží k orientaci. V OO bolest, lokalizovaná okolo očí a nad očima, bolesti u kořene nosu, frekvence se různí. Někdy se bolest objevuje několikrát denně a krátce, někdy půl dne v kuse. Bolesti hlavy neudává.

Oční operace: 1976 LO operace katarakty, bez implantace

PO operace katarakty, bez implantace

1999 LO sekundární implantace stenopeické IOL

2000 LO PPV – odstranění membrán za čočkou

2001 LO explantace stenopeické čočky

2001 LO AG zákrok

2002 LO modifikovaná trabekulektomie, sklerektomie s mitomycinem

2003 PO cirkulární CFK

Vizus: PO 0,05

LO pohyby nelze měřit

NOT: 25/25

Osobní anamnéza: Prodělala běžné dětské nemoci, jinak vážně nestonala, s ničím se trvale neléčí. Ve dvanácti letech pád na hlavu poté bezvědomí a kóma, rychle se vyvinul šedý zákal obou očí, více však v LO.

Rodinná anamnéza: Dva synové mají aniridii, jinak z oftalmologického hlediska bezvýznamná.

Alergická anamnéza: Atropin, Azopt gtt., Framykoin unq.

Farmakologická anamnéza: Timoptol 0,5% gtt. 3xd, Trusopt gtt. 3xd, Xalatan gtt. 1xd na noc, Diluran ¼ tbl. na noc

Nynější onemocnění: Pacientka přijata k přeměření křivky NOT, přesné diagnostice bolestí. V poslední době nenastaly žádné změny celkového zdravotního stavu a pacientka nemá subjektivní obtíže.

2.2. Lékařská diagnóza

Afakie, Aniridie

Posttraumatická katarakta

Sekundární glaukom

Nystagmus LO

3. Diagnostické metody a terapie

3.1. Diagnostické metody

3.1.1. Vyšetření vizu a NOT (26. 05. 2006)

VPO 0,05

VLO pohyby, nelze změřit

NOT 25/25

Hodnocení: Nitrooční tlak je hraniční, LO nevidí.

3.1.2. Vyšetření fyziologických funkcí (26. 05. 2006)

TK = 105/80 mmHg

P = 71/min

TT = 36,2°C

Hodnocení: Fyziologické funkce se pohybují v normálních hodnotách.

3.1.3. Vyšetření BMI (26. 05. 2006)

Hmotnost = 70 kg

Výška = 178

BMI = 22,09

Hodnocení: Váhový index 22,09 spadá do optimálního rozmezí.

3.2. Terapie

3.2.1. Terapie podávaná per os

Diluran ¼ tbl. 0-0-0-1 (antiglaukomikum)

3.2.2. Terapie aplikovaná lokálně – do spojivkového vaku

Do OO Timoptol 0,5% gtt. 1-1-1 (antiglaukomikum, sympatolytikum)

Do OO Trusopt gtt. 1-1-1 (antiglaukomikum)

Do OO Xalatan gtt. 0-0-0-1 (antiglaukomikum, analoga prostaglandinu)

4. Ošetřovatelská anamnéza a ošetřovatelské diagnózy

4.1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení

Subjektivní náhled nemocné na svůj zdravotní stav a hospitalizaci

Pacientka je v plné šíři informovaná o svém zdravotním stavu. Problémy se zrakem má již od dětství. V nemocnici na očním oddělení je hospitalizovaná opakovaně. Je zvyklá na prostředí oddělení. To usnadňuje i její orientaci a přizpůsobování se novému prostředí. Na oddělení se jí líbí a převážně zde odpočívá. Zrakovou vadu bere s nadhledem. Tvrdí o sobě, že je spíše optimistka a snaží se brát život takový jaký je. Na otázku, zda její nemoc jí změnila způsob života odpovídá, že ano. „*Chodila bych asi do práce.*“ Hospitalizovaná je z důvodu diagnostického a vyšetření křivky NOT (nitrooční tlak). Doufá, že se jí sníží nitrooční tlak a ustanou bolesti. Byla by velmi ráda, kdyby se její poškozený zrak dále nezhoršoval.

4.1.1. Fyziologické potřeby

1. Potřeba dýchání

Nemocná dýchá bez obtíží. Frekvence dechů 17-18/minutu. Je bez známek zánětu horních a dolních cest dýchacích. Při námaze se zadýchává přiměřeně. Potíže s dýcháním nemocná neměla ani před přijetím do nemocnice. Nekouří.

2. Potřeba hydratace

Denní příjem tekutin paní P. je přibližně 3 litry. Ráda pije ovocné šťávy a čaj. Příjem tekutin se v poslední době nijak nezměnil. Pocit žízně je zachován, hydratace je přiměřená dle kožního turgoru a vzhledu sliznic.

3. Potřeby výživy

Pacientka se stará o celou domácnost, je zvyklá vařit teplá jídla. Potravinové alergie neudává. Není vybíravá v jídle. V poslední době zhubla 8 kg. Bylo to úmyslné, cítila se obézní. Nyní si udržuje váhu na 70 kg, přičemž měří 178 cm. Její BMI je 22,09. Omezuje se v příjmu potravy, v množství a vynechává večerní jídla v pozdních hodinách. Cítí se spokojená se svou váhou. Vzhledem k bolestem jí někdy nechutná jíst. Během hospitalizace má pacientka dietu číslo 3., která jí vyhovuje a chutná.

Nemocná má vlastní chrup. Podle jejích slov je v pořádku. Před rokem byla na preventivní prohlídce u stomatologa. V poslední době nepozorovala žádné změny na kůži. Na kůži nejsou patrné známky poškození integrity, nejsou přítomny jiné kožní

defekty. Má kůži normálního typu, občas si ruce maže krémem. Jiné kosmetické přípravky neužívá. Vlasy jí nevypadávají, jsou lesklé a nehty se nelámou.

4. Potřeba vylučování moči a stolice

Pacientka se pravidelně vyprazdňuje 1x denně, obvykle ráno po snídani. Stolica je podle pacientčinych slov normální konzistence. Nikdy netrpěla zácpou. S projímadly nemá žádné zkušenosti. Neudává subjektivní obtíže při močení. S únikem moči nemá problémy. Potí se přiměřeně, spíše při náročnější činnosti.

5. Potřeba hygieny a stav kůže

Nemocná nemá obtíže s péčí o pokožku. Typ pleti je spíše normální, kosmetické ani jiné dekorativní kosmetické přípravky nepoužívá. Na ruce si při potřebě aplikuje ochranný krém. Je schopna o tuto potřebu pečovat zcela samostatně.

6. Potřeba spánku a odpočinku

Pacientka denně spí 6-8 hodin. Někdy si přes den 1-2 hodiny zdřímne. Na noční spánek a usínání to vliv nemá. Pokud má nemocná bolesti, odpočívá a snaží se být v klidném a nehlukném prostředí. Pacientka nemá žádné problémy s usínáním. Léky na spaní neužívá. Speciální rituály před usnutím nemá. Odpočinitá je dostatečně. Pacientka je umístěna na dvoulůžkovém pokoji, lůžko se jí zdá být pohodlné. Zvláště vítá možnost polohovatelnosti.

7. Potřeba fyzické a psychické aktivity

Paní P. je nyní v invalidním důchodu, přibližně jeden rok. Stará se o domácnost a o svoji rodinu. Příležitostně chodí na brigády. Před tím pracovala jako učitelka jazyků. Nebýt nemoci, nejspíš by vykonávala svoje povolání dále.

V nemocnici si chce odpočinout, volný čas bude vyplňovat povídáním si s ostatními pacienty nebo poslechem rádia. Návštěvu rodiny nemá naplánovanou, protože jde jen o krátkodobou hospitalizaci. Dříve měla hodně zálib, ale díky zrakovému onemocnění již žádné nemá. Doma se dívá na televizi, poslouchá rádio nebo se jde projít do přírody. Žádné speciální cvičení neprovádí. Její největší aktivitou je práce v domácnosti. Je zcela mobilní a soběstačná. Vzhledem k očnímu onemocnění je nutný doprovod.

8. Potřeba být bez bolesti

Nemocná udává bolesti lokalizované okolo očí a u kořene nosu. Frekvence bolesti a intenzita se různí. Jde o rozpínající se bolest intenzity 3-4 (na stupnici od 0-5). Bolesti někdy trvají až polovinu dne, někdy odezní rychleji. Nemocná byla zvyklá tlumit bolesti odpočinkem v klidu, studenými obklady nebo si brala Acylpyrin tbl. Doufá, že bude během hospitalizace zjištěna příčina a odstraněna, jinak si přeje případné bolesti tišit tabletkou proti bolesti (perorálním analgetikem).

9. Potřeba tepla a pohodlí

Tělesná teplota při příjmu dosahovala u nemocné fyziologických hodnot. Pacientka má spíše ráda chladnější prostředí. Teplota na pokoji jí vyhovuje. Nemocná není pohybově omezena, ani nemá předepsané speciální polohování. Lůžko, které je umístěno u okna v dvoulůžkovém pokoji, jí vyhovuje. Zvláště vítá možnost jeho polohovatelnosti.

10. Potřeba sexuality a reprodukce

Pacientka žije v manželském svazku. V manželství je spokojená. Otázky týkající se přímo sexuality nebyly položeny.

Paní P. v oblasti gynekologické nemá obtíže. Na preventivní prohlídky chodí pravidelně. První menstruaci dostala přibližně okolo 15. roku. Pacientka má dva syny. Těhotenství a porod pokaždé proběhl bez větších obtíží

4.1.2. Psychosociální potřeby

4.1.2.1. Existencionální potřeby

1. Potřeba zdraví

Nemocná je hospitalizována z důvodu přeměření křivky NOT a zjištění příčin bolestí. Paní P. si dobře uvědomuje, že její porušený zrak ji omezuje, už jen ve vykonávání povolání. Chtěla by pracovat, ale vykonává jen příležitostné brigády. Pacientka se necítí dobře zvláště kvůli bolestem. Levým okem vidí jakoby v mlze pravé oko slouží k hrubé orientaci v prostoru.

Nemocná neužívá žádné návykové látky, nekouří. Alergie uvádí (viz výše).

2. Potřeba bezpečí a jistoty

Nemocná se necítí ohrožená. Při přijetí na oddělení se dohodla s ošetřujícím personálem, že ji bude vždy někdo doprovázet. Byla obeznámena s architektonickým uspořádáním celého oddělení a celým jeho chodem, tak aby nedošlo k pádu, úrazu či jiné nepředvídané události. Nemocná má obavy, aby se jí zrak nezhoršil, protože v minulosti měla špatné zkušenosti s péčí zdravotníků v jiných zdravotnických zařízeních. Nemocná je ekonomicky zajištěná.

3. Potřeba bydlení

Paní P. žije s manželem a dvěma dětmi ve vlastním domě. O celý dům se stará samostatně, hlavně o domácnost. Orientaci v domácím prostředí zvládá bez obtíží.

4. Potřeba informací

Pacientka je dostatečně informována. Zajímá se o svůj aktuální zdravotní stav, informace jsou podávány ošetřujícím lékařem. I přes smyslovou bariéru, je možno dobře navazovat kontakt. Nemocná je schopna informace si zapamatovat a poskytnout případné doplňující informace. Veškeré informace o zdravotním stavu paní P. smějí být podávány jejímu manželovi.

5. Potřeba soběstačnosti

Paní P. je zcela soběstačná v sebeobslužných činnostech. O domácnost je schopna pečovat zcela samostatně; tedy uvařit, vyprat, dojít nakoupit atd. Po dohodě s nemocnou bude doprovázena vždy mimo oddělení z důvodu předcházení různých nepředvídaných okolností.

6. Potřeba struktury a řádu

Hned při příjmu byly zjišťovány informace, týkající se návyků nemocné. Byly jí sděleny informace o nemocničním řádu, o chodu oddělení a právech pacientů. Pacientka se sama zajímá o to, jaká vyšetření jí budou prováděna, kdy budou probíhat tak, aby na ně byla vždy připravená.

4.1.2.2. Potřeby vztahové

1. Potřeba sociální opory (rodina, přátelé, pozitivní vztah, láska a sounáležitost)

Pacientka jako nejbližšího člověka uvádí manžela, potom své dva syny. O jiných „blízkých“ lidech nemluví s žádnou přítelkyní se nestýká. Protože už nechodí do zaměstnání a je v invalidním důchodu, cítí se někdy osamělá. Dříve byla zvyklá, že je neustále mezi lidmi, obzvláště pak v pracovním kolektivu. Její zaměstnání a širší sociální okolí jí velmi schází.

2. Potřeba důvěry

Paní P. má důvěryhodný vztah k ošetřujícímu personálu, zvláště protože je zná z předešlých hospitalizací a má s nimi dobré vztahy. Informace mají být podávány

jen jejím manželovi. Pacientka se nezmiňuje o žádná důvěrné přítelkyni, které by se svěřovala.

3. Potřeba komunikace

Nemocná nemá problém navazovat komunikace. Nemá zjevné logopedické obtíže, vyjadřuje se přesně je velmi bystrá a pohotová. Nestrání se společnosti je ráda, že na pokoji leží s pacientkou přibližně stejného věku, aby si mohly popovídat. Je jí líto, že již nechodí do zaměstnání, kontakt v podstatě udržuje jen s nejbližší rodinou.

4. Potřeba pečovat o druhé

Nemocná je v invalidním důchodu, jejím zaměstnáním je starat se o chod domácnosti. Má manžela a dva syny, o které se stará. Péče o rodinu ji těší, ale stýská se jí po zaměstnání.

4.1.2.3. Potřeby sebepojetí a sebeúcty

1. Potřeba úspěchu

Nemocná je v domácnosti, chtěla by najít nějaké vhodné zaměstnání. Je učitelkou cizích jazyků, chtěla by se v této oblasti dále realizovat.

2. Potřeba sebeuvědomění, sebeúcty a autonomie

Nemocná je nyní v invalidním důchodu, chtěla by mít nějaké zaměstnání. Nevadí ji starat se o domácnost, ale necítí se příliš kvalitně využita. Navíc jí chybí společnost jiných lidí.

3. Potřeba pochopení

Nemocná se stýká jen s okruhem nejbližší rodiny. Nemá blízkou kamarádku, se kterou by si mohla popovídat. Proto vítá, to že není na pokoji sama.

4. Potřeba intimity

Nemocná je umístěna na dvoulůžkový pokoj. To jí vyhovuje. K pokoji patří také sociální zařízení, díky tomu má nemocná větší soukromí. Zdravotnický personál při vstupu do pokoje vždy klepe na dveře. Paní P. je navíc zvyklá na prostředí nemocnice.

5. Potřeba poznání, moci a submise

Pacientka má zájem o veškeré informace týkající se zdravotního stavu. Také se hned při příjmu informuje, zda bude možné sledovat večerní televizní zprávy. Nemocná je spíše submisivní typ (obzvláště v nemocnici), kde si nechá poradit odborníky.

4.1.2.4. Potřeby být

1. Potřeba seberealizace a sebeaktualizace

Nemocná je učitelkou cizích jazyků. Práce ji vždy bavila a po zaměstnání se jí stýská. Chtěla by si najít nějaké vhodné zaměstnání. Zajímá se o dění okolo sebe, každý den sleduje televizní noviny. Čtení bohužel není možné, protože pacientku příliš unavuje

2. Potřeba víry, přesvědčení, životních hodnot

Paní S. je ateistka. K víře jako takové se již nevyjadřovala. Mezi nejvýše postavené hodnoty u nemocné patří zdraví a rodina.

3. Potřeby kulturní, pracovní, estetické a tvůrčí

Nemocná do divadla ani jiných kulturních zařízení nechodí. Někdy poslouchá rádio a zřídka se dívá na televizi. Je jí líto, že je možná někdy neupravená, protože detaily nevidí.

4. Potřeba zájmů

Nemocná se ráda projde v přírodě, poslouchá rádio nebo se dívá na televizi. Přes den jí hodně času zabírá práce v domácnosti.

4.2. Ošetřovatelská diagnóza

4.2.1. Přehled ošetřovatelských diagnóz:

1. Změny smyslového vnímání z důvodu zrakové vady, projevující se viděním v mlze, poklesem zrakové ostrosti a ztíženou orientací.
2. Sociální izolace zapříčiněná omezením pracovní činnosti, projevující se smutkem a steskem po kontaktu se širším okolím.
3. Obavy ze zhoršení zraku zapříčiněného onemocněním zrakového ústrojí a bolestmi okolo očí.
4. Chronické bolesti okolo očí způsobené zvyšováním se nitroočního tlaku, které nemocná tiší užíváním analgetik a odpočinkem.
5. Ztráta zájmových činností v důsledku postupného se zhoršování zraku.
6. Občasné nechutenství způsobené bolestmi, projevující se omezením příjmu stravy během dne.
7. Riziko vzniku alergické reakce z důvodů lékové nesnášenlivosti vůči některým z nich, projevující se prudkou reakcí na ně.
8. Riziko pádu a vzniku úrazu z důvodu porušeného smyslového vnímání.

5. Ošetřovatelská prognóza

Z hlediska léčebně diagnostického bude proveden závěr, odstraněny bolesti a naordinována nová léčba. Pokud ji bude pacientka dodržovat, stav by se neměl zhoršovat. Prozatím nebyla nemocné doporučena další operace.

Nemocná bude propuštěna do domácího léčení. Zde bude schopna o sebe dostatečně pečovat a zastávat své stávající funkce. Nedošlo však k „proboření“ bariéry mezi nemocnou a společností, kterou okolo sebe vytvořila díky zrakové vadě. Vývoj psychického ladění se bude nejspíše vyvíjet od toho, jestli se paní P. podaří sehnat nějaké vhodné zaměstnání.

Příloha č. 2 Ošetrovatelská kasuistika u pacientky s postupnou ztrátou zraku
(zkrácená verze ošetrovatelské kasuistiky)

Obsah:

1. Identifikační údaje
2. Lékařská anamnéza a lékařská diagnóza
3. Diagnostické metody a terapie
4. Ošetrovatelská anamnéza a ošetrovatelské diagnózy
5. Ošetrovatelská prognóza

1. Identifikační údaje nemocné:

Jméno a příjmení: H.V.

Oslovení: paní H.

Věk: 75 let

Národnost: česká

Trvalé bydliště: Praha

Stav: vdaná

Nejbližší kontaktní adresa: manžel H.J. (adresa a telefonní číslo shodné s pacientkou)

Zaměstnání: nyní ve starobním důchodu, před tím úřednice

Vzdělání: středoškolské

Pojišťovna: 207

Vyznání: římsko-katolické

Hmotnost: 78 kg

Výška: 165 cm

BMI: 28,68

Alergie: neguje

Datum zahájení hospitalizace: 26. 05. 2006

Důvod přijetí: vazodilatační léčba

Datum mého ošetřování: 28. 05. - 29. 05. 2006

2. Lékařská anamnéza a lékařská diagnóza

2.1. Lékařská anamnéza

Oční anamnéza: V dětství viděla dobře, brýle nenosila.

Úrazy 0, záněty 0, glaukom 0.

Od roku 1997 sledována na našem oddělení pro VPMD a CNV

Oční operce: 08/98 PO PPV – extrakce CNV, plyn

- vlevo pro rozsah membrány operace neindikována
1999 PO laserkoagulace sítnice dle FAG

- recidiva membrány

1999 PO FAKO IOL

2001 LO FAKO IOL

2002 – patrný neovaskularizace vpravo

2003-VEP-y: patologie optiku prokázána

09/2003 – křivka NOT ÚVN – uzavřeno jako ischemická neuropatie optiku

Subj.: neustálé zhoršování vizu na OO

- lépe vidí za světla

- vidí jen obrysy

Osobní anamnéza: DM 2 typu na PAD

ICHS dysrytmická forma, chronická fibrilace síní

St SKG 2001 – bez výraznějšího nálezu

Arteriální hypertenze

2004 - Koloskopie bez nálezu

Varixy DK – chronická žilní insuficience

Pupeční kýla – na podzim na operaci

Rodinná anamnéza: Z oftalmologického hlediska bezvýznamná.

Operace: CHCE

APPE

Kýla tříselná

Úrazy: 0

Farmakologická anamnéza: Warfarin 3 mg tbl. ½-0-0, Digoxin 0,25 mg tbl. 1-0-0, Vasocardin 100 mg tbl. 1-0-0, Isicom 100 mg tbl. 1-0-0, Seropram 20 mg tbl. ½-0-0, Moduretik tbl. ½-0-0, Tanakan tbl. 1-0-1, Vessel Due F tbl. 1-0-0, Amoryl 4,0 mg tbl. 1-0-1, Avandamet tbl. 1-0-1.

Alergická anamnéza: Neguje.

Nynější onemocnění: Hospitalizace na očním oddělení, ischemická neuropatie, před vazodilatační terapií.

Subjektivně chronické dystrofické obtíže, v péči gastroenterologa, jinak se cítí dobře.

Občasné píchání v oblasti srdečního hrotu.

Objektivně: eupnoe, bez cyanózy a icteru, obezita.

Hlava a krk norma.

AS nepravidelná, dýchání čisté sklípkové, TK 130/80, TF 90/min., břicho klidné, špatně prohmatné, kýla v jizvě. DK bez otoků.

Schopna plánované léčby.

2.2. Lékařská diagnóza

VPMD

Ischemické neuropatie

DM 2 typu na PAD

Arteriální hypertenze

ICHS – dystrofická forma

Chronická fibrilace síní

3. Diagnostické metody a terapie

3.1. Diagnostické metody

3.1.1. Vyšetření vizu a NOT (25. 05. 2006)

VPO prsty před okem, certa

VLO prsty před okem, certa

NOT bilaterálně v normě

Hodnocení: Vidění očí postačí k velmi hrubé orientaci.

3.1.2. Vyšetření fyziologických funkcí (25. 05. 2006)

TK 130/80 mmHg

P 90/min

TT 36,4°C

D 19/min

3.1.1. Vyšetření BMI (25. 05. 2006)

Váha: 78 kg

Výška: 165 cm

BMI: 28,68

Hodnocení: Hodnota BMI se pohybuje v pásmu nadváhy.

3.2. Terapie

3.2.1. Terapie podávaná per os

Warfarin 3 mg tbl. ½-0-0 (antikoagulancium, antagonisté vitamínu K)

Digoxin 0,250 mg tbl. 1-0-0 (kardiotonikum)

Vasokardin 100 mg tbl. 1-0-0 (antihypertenzivum, beta-sympatolytikum)

Isicom 100 mg tbl. 1-0-0 (antiparkinsonikum)

Seropram 20 mg tbl. ½-0-0 (antidepresivum, thimoleptiku)

Moduretik tbl. 1-0-0 ob den (diuretikum, snižující vylučování kalia)

Tanakan tbl. 1-0-1 (nootropikum, vazodilatans)

Vessel Due F tbl. 1-0-0 (antikoagulans, přímá)

Amaryl 4,0 mg tbl. 1-0-1 (antidiabetikum)

Avandamet tbl. 1-0-1 (antidiabetikum)

Stilnox tbl. 0-0-0-1 (hypnptikum)

3.2.2. Terapie aplikovaná lokálně – do spojivkového vaku

sine

3.2.3. Terapie podávaná injekčně

3.2.3.1. Podání i.m.

B12 1 amp. + Thiamin 1 amp. i.m. střídat obden 0-1-0

B12 (vitamín rozpustný ve vodě)

Thiamin (vitamín rozpustný ve vodě - B1)

3.2.3.2. Podání i.v.

Agapurin 100 mg 1 amp. + 250 ml F1/1 i.v.

Agapurin (vazodilatancium)

F1/1 (izotonický infúzní roztok)

4. Ošetřovatelská anamnéza a ošetřovatelská diagnóza

4.1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení

Subjektivní náhled nemocné na svůj zdravotní stav a hospitalizaci

Nemocná je informována ošetřující lékařkou o přibližném průběhu hospitalizace a aplikované léčbě. Nemocná zná v plné šíři svou diagnózu. O zdravotním stavu může být informován její manžel. M.H., kterého uvedla při příjmu. Důvodem hospitalizace je vazodilatační léčba. Paní H. si od hospitalizace a již zmiňované léčby slibuje zlepšení vidění. Příčinu jejího očního onemocnění přisuzuje genetickým dispozicím a vlivu stárnutí.

4.1. 1. Fyziologické potřeby

1. Potřeba dýchání

Frekvence dechu v klidu je u nemocné 19 D/min. Nemocná trpí cca 5 let námahovou dušností, která se objeví při chůzi do schodů, ale i po rovině. Pokud se zadýchá, na chvíli se zastaví, odpočine si nebo se posadí. Vše dělá pomaleji a musí si dělat přestávky na odpočnutí. Od hospitalizace na očním oddělení si neslibuje zlepšení nebo vyléčení dušnosti. Na pravidelné kontroly dochází ke svému kardiologovi jednou za 2-3 měsíce, jinak při potížích.

2. Potřeba hydratace

Pacientka vypije denně okolo 2,5 litrů tekutin. Nejčastěji pije neperlivé vody nebo ovocné šťávy. Nepije mléko a je odpůrcem alkoholu. V poslední době se její příjem tekutin nezměnil. Pocit žízně u nemocné není zachován, takže si musí každý den kontrolovat kolik vypila tekutin. Snaží se, aby vypila stanovený 2,5 litru tekutin. Hydratovaná je dostatečně, sliznice nejsou oschlé a turgor kůže je optimální.

3. Potřeby výživy

Nemocná je diabetička na PAD (perorální antidiabetika), v nemocnici jí byla při příjmu objednána dieta č. 9/225. Doma však dělá dietní chyby, občas si dá něco sladkého. Vaří teplá jídla pro sebe a manžela, ani tyto jídla prý nesplňují požadavky diety s omezením sacharidů. Nemocná váží 78 kg, měří 165 cm, BMI je 28,68 což spadá do pásma nadváhy. V posledním roce také paní H. přibrala 6 kg. Je to ohledně toho, že se tolik nepohybuje jako dřív a nedodrжуje doporučená dietní opatření.

Pacientka má zubní náhrady, dolní i horní. Jsou snímatelné. Má je s sebou v nemocnici a je zvyklá je používat. Jejich nošení jí nedělá problém. Potravinovou alergií netrpí.

4. Potřeba vylučování moče a stolice

Nemocná neudává subjektivní obtíže při močení. Dodává, že musí každou hodinu chodit na záchod, jinak se bojí, že by docházelo k úniku moči. Někdy po zakašlání nebo zasmání dochází k drobnému úniku moči. Nepřipadá jí to obtěžující, občas použije vložku. Nemocná podle všeho trpí stresovou inkontinencí.

Paní H. Je zvyklá chodit na stolicí každý den ráno. Podle vlastního vyjádření trpí zácpou. Každý den užívá laxativa (Guttalax gtt.), snaží se jíst více ovoce nebo kompoty. Zácpou prý trpí již řadu let. Ví, že užívání laxativ není úplně nejlepším způsobem jak řešit zácpu, ale prý nic jiného nepomáhá.

5. Potřeba hygieny a stav kůže

Nemocná je v péči o hygienu zcela soběstačná. Na začátku hospitalizace bylo potřeba podrobně seznámit nemocnou s prostředím, aby se mohla samostatně pohybovat a být soběstačná. Veškeré hygienické a kosmetické přípravky má paní H. vlastní. Je zvyklá se večer sprchovat a ráno provádět jen omytí obličeje a hygienu dutiny ústní.

Typ kůže má spíše suchý, na promaštění používá krémy, které si přivezla s sebou. Na LHK jsou patrné drobné ranky bez známek zánětu a hematomy po zavádění PŽK. Pro léčbu Warfarinem má nemocná větší sklony k tvorbě hematomů.

6. Potřeba spánku a odpočinku

Nemocná obvykle spí přibližně 8 hodin denně. Má problémy s usínáním, proto užívá hypnotikum (Stilnox tbl.). Většinou se po obědě cítí vyčerpaná, tak si jde lehnout. Spí asi 1 hodinu.

Zde v nemocnici je umístěna na třílůžkový pokoj. Ostatní nemocné jí nevadí a jejich přítomnost jí nedělá problém v usínání. Před spaním by si přála dostat tabletku na spaní, na kterou je zvyklá.

7. Potřeba fyzické a psychické aktivity

Nemocná je ve starobním důchodu. Je zvyklá starat se o vaření a drobné domácí práce. Nechává si uklízet úklidovou službou jednou za měsíc. Díky očnímu onemocnění a onemocnění kardiovaskulárního systému tolik aktivity nezvládne. V domácnosti žije s manželem, se kterým tráví veškerý čas. Podle nemocné je jí manžel velkou oporou. Dříve ráda chodila do přírody, ale teď, když už špatně vidí, musí mít všude doprovod a mimo domácnost není schopna samostatného pohybu a orientace. To jí někdy mrzí a omezuje.

O koníčcích nemocná nemluví, nejradši tráví čas se svým manželem, dcerou a vnoučaty.

8. Potřeby být bez bolesti

Nemocná trpí občasnými bolestmi „v očích“, většinou po velké námaze, kdy je i celkově vyčerpaná. Bolesti jsou spíše tupého a rozpínajícího se charakteru. Nemocná je popisuje jako velké bolesti, které se začaly objevovat přibližně před půl rokem, proto usuzují, že jde již o bolest chronickou. Je zvyklá při bolestech užívat analgetikum (Ibalgin 400mg 1tbl), potom bolesti ustanou. Pokud bolesti nastanou i v nemocnici, přála by si je řešit analgetikem, které je zvyklá užívat.

9. Potřeba tepla a pohodlí

Nemocná je umístěna na trojlůžkový pokoj. Její lůžko je hned u dveří, což jí vyhovuje, protože má blízko na záchod. Lůžko se dá polohovat, nemocná je obeznámena jak s jeho ovládním pracovat tak, aby si nastavila pro ni optimální polohu. Teplota v pokoji jí vyhovuje.

10. Potřeba sexuality a reprodukce

Nemocná je přibližně 20 let po v menopauze, na pravidelné gynekologické prohlídky nechodí. Nepřipadá jí to důležité, pokud nemá obtíže. Má jednu dceru, kterou porodila klasickou cestou. Porod byl bez komplikací.

Paní H žije s manželem, se kterým mají velmi dobrý vztah. Jiné otázky, týkající se sexuality, nebyly nemocné položeny.

4.1.2. Psychosociální potřeby

4.1.2.1. Existencionální potřeby

1. Potřeba zdraví

Paní H. je hospitalizovaná z důvodu vazodilatační léčby. Od hospitalizace si slibuje zlepšení vidění. Nemocná se léčí s mnohými onemocněními (polymorbidita), užívá také mnoho léku. Svůj celkový zdravotní stav připisuje věku. Pacientka trpí nadváhou a současně trpí DM II typu na PAD. Paní H. popisuje obtíže s únikem moči (dle popisu se jedná o stresovou inkontinenci), podle jejího vyjádření jí tato porucha vyprazdňování moče nevadí. Velkým problémem jsou chronické bolesti v očích, které nemocná pociťuje přibližně půl roku nazpět. Při bolestech nemocná vždy užívá analgetikum.

Pacientka alergie neuvádí. Je zvyklá užívat laxantiva, bez nich by se už nevyprázdnila. Má problémy s usínáním, proto dlouhodobě užívá hypnotikum. Navíc mezi svou chronickou medikací má antidepressivum. K případným depresím se nemocná nevyjadřuje ani je nepřipouští.

Nemocná velmi špatně vidí. Viděný „obraz „ má jakoby v mlze a ve středu vidí černé místo připomínající černý kruh. Vidí tedy jen okraje okolo černého středu. Důsledkem toho je velmi omezená v pohybu, v nejrůznějších činnostech a dosti špatně se orientuje v cizím prostředí.

Její celkový životní styl je spíše nevyhovující jejímu zdravotnímu stavu, málo pohybu a navíc nadváha. Pacientka není schopná dodržovat předepsanou diabetickou dietu.

2. Potřeba bezpečí a jistoty

Nemocná byla při přijetí obeznámena s chodem oddělení. Také byla obeznámena se stavebním uspořádáním celého oddělení, abychom předešli úrazu nebo pádu, které mohou vzniknout vzhledem k očnímu postižení. Mimo oddělení bude nemocná vždy doprovázená pomocným personálem. Pacientka je hospitalizovaná opakovaně, oddělení pro ni tedy není neznámé. K ošetřujícímu personálu má důvěru. Její hlavní oporou je její manžel, který za ní dochází každý den na návštěvy. Ekonomicky je nemocná zajištěná, bydlí s manželem ve vlastním bytě a důchod jim prý stačí. V domácnosti musí mít všechno svůj řád a místo, aby paní H. nemusela všechno dlouho hledat. Nemocná neužívá žádné kompenzační pomůcky.

3. Potřeba bydlení

Nemocná žije s manželem ve vlastním bytě. Zhruba před pěti lety si nechali byt upravit tak, aby byl více bezpečný (různá madla v koupelně a na záchodě). Byt je umístěn v druhém patře panelového domu s výtahem. Drobný úklid a péči o domácnost zvládne pacientka sama, ale jednou za měsíc si nechá celý byt uklidit úklidovou službou.

4. Potřeba informací

Nemocná je v plné šíři informovaná o svém zdravotním stavu a průběhu léčby během hospitalizace. Informace o jejím zdravotním stavu mohou být sdělovány manželovi panu M.H. Nemocná se aktivně zajímá o další informace. Podle toho co očekává od hospitalizace, není zcela obeznámena o prognóze očního onemocnění (VPMD). Nemocná je schopna přijímat adekvátní informace, je orientovaná osobou, místem a časem.

5. Potřeba soběstačnosti

Nemocná je zcela soběstačná v sebeobslužných činnostech. Je však nutný doprovod vzhledem k poškození zraku, který v jejím případě slouží k hrubé orientaci. Proto je nutné, aby nemocnou vždy někdo doprovázel. V běžném životě všude chodí s manželem, pohyb po bytě zvládá sama.

6. Potřeba struktury a řádu

Při příjmu byla nemocná obeznámena se stavebním uspořádáním oddělení, byl jí ukázán pokoj, její lůžko, signalizace a sociální zařízení. Paní H. si věci vybalila sama, aby věděla, kde má věci uložené. V domácnosti musí mít všechny věci své místo a všechno má svůj pevný řád. „*Manžel někdy položí věci jinam a já to potom dlouho hledám*“, říká nemocná.

4.1.2.2. Potřeby vztahové

1. Potřeba sociální opory (rodina, přátelé, pozitivní vztah, láska sounáležitost)

Pacientka jako nejbližšího člověka uvádí svého manžela, kterému také mohou být podávány veškeré informace. Jako nejbližší okruh lidí označuje manžela a rodinu dcery. S nimi také nejradši tráví volný čas. S nikým jiným se nestýká. Také proto, že je její pohyb, vzhledem k zrakovému onemocnění omezený a nemůže nikde chodit sama. Občas prohodí pár slov se sousedkou.

2. Potřeba důvěry

Jak již bylo řečeno, nemocná nejvíce důvěřuje manželovi, je její velkou oporou. Ke zdravotníkům na očním oddělení si během opakovaných hospitalizací vytvořila

důvěryhodný vztah. Má to na oddělení ráda, obzvláště proto, že jsou na ni všichni hodní a nebojí se někoho o něco požádat.

3. Potřeba komunikace

Paní H. je velmi dobře komunikující. Na první pohled se zdá jako veselý pozitivní typ. Je ráda, že má na pokoji přibližně stejně staré pacientky a že si mohou popovídat. U nemocné je potřeba dodržovat pravidla komunikace a kontaktu s nemocným se zrakovým postižením.

4. Potřeba pečovat o druhé

Nemocná se doma stará o domácnost, vaří pro sebe a manžela. Manžel jí musí v některých činnostech pomáhat a hlavně ji doprovázet. Je ráda, když může hlídat děti své dcery.

4.1.2.3. Potřeba sebepojetí a sebeúcty

1. Potřeba sebeuvědomění, sebeúcty a autonomie

Nemocná je v důchodu a stará se o domácnost. Před časem jí vadilo, že byla okolnostmi nucena nechat si uklízet byt. Nyní už je ráda, protože na všechno nestačila.

2. Potřeba úspěchu

Nemocná je ve starobním důchodu, v samostatném pohybu je velmi omezená. Nejmenovala žádné koníčky ani činnosti, které by jí dělaly radost a ve kterých by se chtěla seberealizovat.

3. Potřeba pochopení

Nemocná se hodnotí jako psychicky spíše stabilní, hůře se ovládá je přizpůsobivá. Nemocná se zprvu jevila jako pozitivně laděný člověk, ale později při rozhovoru prozradila, že je někdy sklíčená a trápí jí, že je v podstatě pořád na někom závislá. Její manžel je velmi obětavý a vychází paní H. vstříc.

4. Potřeba intimity

Nemocná je opakovaně hospitalizovaná na očním oddělení. Třílůžkový pokoj jí vyhovuje; také proto, že k pokoji přísluší sociální zařízení, kde může v klidu vykonávat svoje potřeby.

5. Potřeba poznání, moci a submise

Paní H. má zájem o informace. Informace jsou jí sdělovány ústní formou. Příjem informací je vzhledem k očnímu onemocnění do jisté míry omezen. V domácnosti byla vždy zvyklá na to, že ji vede sama, proto se někdy necítí dobře, když ji sama nezvládá.

4.1.2.4. Potřeby být

1. Potřeba seberealizace a sebeaktualizace

Pacientce většinu času zaberou práce v domácnosti. Volný čas nejraději tráví s manželem a rodinou dcery. Její hlavní náplní bylo starat se o domácnost, nyní část prací přenechává úklidové službě.

2. Potřeba víry, přesvědčení, životních hodnot

Paní H. je vírou „římskokatolík“. Nechodí pravidelně do kostela, je v den velkých církevních svátků. Nejdůležitější pro ní je rodina a zdraví její a jejích blízkých.

3. Potřeby kulturní, pracovní, estetické a tvůrčí

Paní H. občas s manželem poslouchají rádio. Dříve chodili do divadla nebo v zimě na ples. Nyní žádné takové aktivity nevykonávají. Nemocná je v důchodu a stará se o domácnost. Také jí trápí, že nevidí na detaily, např. prach na nábytku, skvrna na oblečení atd.

4. Potřeba zájmů

Nemocná má zúžený okruh zájmů, neboť na nic nevidí. Dost času jí zabírá vaření a drobný úklid. Nic jiného vlastně nemocná nedělá.

4.2. Ošetřovatelská diagnóza

4.2.1. Přehled ošetřovatelských diagnóz:

- 1) Postižení zrakového vnímání z důvodu onemocnění zrakového ústrojí, projevující se rizikem vzniku úrazu či pádu a rizikem vzniku zkreslení a nedostatečného příjmu informací.
- 2) Porucha sebepojetí a sebeúcty z důvodu omezení zrakové percepce, projevující se pocity méněcennosti s projevy závislosti na cizí pomoci, neschopnosti kontroly úklidu vlastního bytu a samostatného pohybu mimo domov.
- 3) Chudost vlastních zájmů způsobená zrakovým onemocněním a následným omezením činností.
- 4) Porucha zdraví z důvodu polymorbidity projevující se nutností užívání množství léků a závislosti na některých z nich.
- 5) Chronická bolest v očích tupého charakteru z důvodu onemocnění zrakového ústrojí, kterou nemocná tiší užíváním analgetik.
- 6) Porucha spánku z důvodu špatného denního biorytmu, projevující se zhoršeným a prodlouženým usínáním a závislostí na hypnoticích.
- 7) Poruchy vyprazdňování stolice z důvodu dietních chyb, nedostatečného pohybu a pravidelného užívání laxativ, projevující se těžkou zácpou a následnou nutností užívat laxativa.
- 8) Námahová dušnost způsobená onemocněním kardiovaskulárního systému.
- 9) Nedostatečná psychická i fyzická aktivita z důvodu onemocnění zrakového a kardiovaskulárního systému.
- 10) Stresová inkontinence způsobená změnami závěsného aparátu urogenitálního traktu, projevující se občasným mimovolným únikem moči při zasmání a zakašlání.
- 11) Riziko pádu a vzniku úrazu z důvodu sníženého smyslového vnímání.
- 12) Riziko vzniku komplikací z důvodu nepřesného dodržování dietních opatření a snížené pohybové aktivity.
- 13) Riziko vzniku krvácení z důvodu antikoagulační léčby.

5. Prognóza

Nemocná je nyní hospitalizována z důvodu vazodilatační léčby. Jelikož z oftalmologického hlediska trpí Věkem podmíněnou makulární degenerací (VPMD) nepředpokládám, že by se její vidění mělo zlepšovat, spíše naopak. Navíc je paní H. závislá na hypnoticích a laxativech, trpí polymorbiditou. Její celkový zdravotní stav není příliš příznivý. V oblasti psychosociální se jeví nemocná spokojená. Pokud bude mít stále takovou oporu v manželovi a rodině, nepředpokládám žádné větší změny v oblasti psychosociální.

Příloha č. 3: Ošetrovatelská kazuistika u pacienta s postupnou ztrátou zraku
(zkrácená verze ošetrovatelské kazuistiky)

Obsah:

1. Identifikační údaje
2. Lékařská anamnéza a lékařská diagnóza
3. Diagnostické metody a terapie
4. Ošetrovatelská anamnéza a ošetrovatelské diagnózy
5. Ošetrovatelská prognóza
6. Seznam zkratk

1. Identifikační údaje nemocného

Jméno a příjmení: A.E.

Oslovení: pan E.

Věk: 60 let

Národnost: česká

Trvalé bydliště: Praha

Stav: ženatý

Nejbližší kontaktní adresa: manželka M.E. (adresa a telefonní číslo shodné s pacientem)

Zaměstnání: nyní v invalidním důchodu, před uznáním invalidity pracoval jako šéfkuchař

Vzdělání: výuční list v oboru, v pozdější době dokončené středoškolské vzdělání

Pojišťovna: 111

Vyznání: bez náboženské orientace

Hmotnost: 88 kg

Výška: 168 cm

BMI: 31

Alergie: Neuvádí

Datum zahájení hospitalizace: 29. 05. 2006

Důvod přijetí: operace PPV PO pro proliferativní diabetickou retinopatii

Datum mého ošetřování: 29. 05. 2006

2. Lékařská anamnéza a lékařská diagnóza

2.1. Lékařská anamnéza

Oční anamnéza: Brýle nosí od 6 let, presbyopie korekce od 50 let. Úrazy, záněty, glaukom 0.

Oční medikace: OPL Flarex gtt. 3xd

PO Unicluphen gtt. 3xd

LO Jodid draselný 2xd

Operace: 1/2006 ošetření laserem obou očí

5/2006 ošetření laserem obou očí

7/2006 ošetření laserem obou očí

Subjektivně: Od 8/2006 se začalo zhoršovat vidění – zamlžené, rozmazané

PO vidí světlo a obrysy, vidí pavučiny, nevidí detaily

LO vidí světlou mlhu a pavučiny, nerozeznává dobře detaily, lepší než

OO klidné, bulby ve středním postavení, motilita volná, spojivky klidné bez sekrece

Osobní anamnéza: ICHS chronika, AV blok I. St.

DM II, asi 20 let, na INZ asi 12 let

chronicita při diabetické nefropatii s významnou proteinurií

Artróza kolen

Rodinná anamnéza: Z oftalmologického hlediska bezvýznamná.

Sociální a pracovní anamnéza: invalidní důchodce, dříve šéfkuchař

Farmakologická anamnéza: Lomir SRO 5 mg 1-0-0 tbl., Furon 40 mg 0-0-2 tbl., Enap 10 mg ½-0-1/2 tbl., Bisoprolol 5 mg 0-0-1/2 tbl., Vessel Due F 1-0-1 nyní EX, Ranisan 1-0-1 tbl., Depakine chrono 500 mg 1-0-1 tbl., Ascorutin 1-0-1 tbl, Sortis 20 mg 0-0-1 nyní EX

Humulin R 18j. 3xdenně, Humulin N 6j. ve 22 h.

Alergická anamnéza: 0

Nynější onemocnění: Pacient přijat k plánované operaci PPV + FAKO + IOL

Interní předoperační vyšetření provedeno 18. 05. 2006 se závěrem, že pacientův stav je stabilizován a pacient je schopen celkové anestézie.

BWR + HbsAg: negativní

Fyzikální a onkologické preventivní vyšetření provedeno v rámci předoperačního vyšetření. Od doby provedení předoperačního vyšetření nenastaly žádné změny celkového zdravotního stavu a pacient nemá subjektivní obtíže.

2.2. Lékařská diagnóza

Diabetická proliferující retinopatie

Katarakta senilis

St. p. laserkoagulace

ICHS

DM II typ na INZ

3. Diagnostické metody a terapie

3.1. Diagnostické metody

3.1.1. Vyšetření vizu a NOT (29. 05. 2006)

VPO 0,1 nat., + 2,5 = -4,0 cyl ax 19= 0,16

VLO 0,1 nat., + 2,5 = -4,0 cyl ax 168 = 0,2

NOT 14/15 Torr

Hodnocení: NOT v normě, vizus obou očí spadá do oblasti střední slabozrakosti.

3.1.2. Vyšetření fyziologických funkcí (29. 05. 2006)

TK 145/90 mmHg

P 84/min

TT 36,5°C

D 17/min

Hodnocení: Krevní tlak je zvýšený, ostatní fyziologické funkce jsou v normě.

3.1.3. Vyšetření BMI (29. 05. 2006)

Váha 88 kg

Výška 168 cm

BMI 31

Hodnocení: Nemocný trpí nadváhou, tomu nasvědčuje i výpočet BMI

3.1.4. Vyšetření glykémie (29. 05. 2006)

Vstupní hodnota: 6,7 mmol/l

Hodnocení: Hraniční hodnota (referenční hodnota 3,3 – 6,6mmol/l)

3.2. Terapie

3.2.1. Terapie podávaná per os (29. 05. 2006)

Lomir SRO 5 mg 1-0-0 tbl. (Antihypertenziva, blokátor kalciového kanálu)

Furon 40 mg 0-0-2 tbl. (Diuretikum, silně působící)

Enap 10 mg 1/2-0-1/2 tbl. (Antihypertenziva, inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin)

Biseptol 5 mg 0-0-1/2 tbl. (Chemoterapeutikum, vstřebatelný sulfonamid)

Ranisan 1-0-1 tbl. (Antiulcerózní látky, blokátory H₂ receptorů)

Depakina chrono 500 mg 1-0-1 tbl. (Antiepileptikum)

Ascorutin 1-0-1 drg. (Venofarmakum)

Aescin – Polfe 1-0-1 tbl. (Venofarmakum)

3.2.2. Terapie podávaná lokálně – do spojivkového vaku (29. 05. 2006)

PO - Maxitrol 1-1-1-1-1 unq. (Hormon kůry nadledvin)

PLO - Timolol – POS 0,5 % 1-1-1 gtt. (Antigloukomikum)

PLO - Azopt 1-1-1 gtt. (Antigloukomikum)

3.2.3. Terapie podávaná injekčně (29. 05. 2006)

3.2.3.1. Terapie podávaná subkutánně

Humulin R 18j.-18j.-18j. (Antidiabetikum, insulin humalog)

Humulin N 6j. ve 22 hodin (Antidiabetikum, insulin humalog)

4. Ošetřovatelská anamnéza a ošetřovatelská diagnóza

Subjektivní hodnocení zdravotního stavu a hospitalizace nemocným

Pacient je hospitalizovaný z důvodu operačního zákroku proliferující diabetické retinopatie. Subjektivně hodnotí svůj celkový zdravotní stav spíše jako špatný. Trvale se léčí na diabetes mellitus, kompenzovaný pomocí insulinu (viz. Terapie podávaná s.c.). Taká se léčí s hypertenzí a s epilepsií, nyní bez záchvatového období. Trpí ischemickou chorobou srdeční (ICHS). K očnímu lékaři dochází od svých šesti let, kdy začal nosit brýle. Od té doby dochází na pravidelné kontroly. Vizus pravého i levého oka spadá do oblasti střední slabozrakosti. Velmi ho trápí, že na vše špatně vidí a často se mu podaří rozbít nějakou věc. Na jeho pomoci je závislá jeho manželka, která je velmi špatně pohyblivá. Pan E. musí zajišťovat vše sám, včetně nákupů a prací v domácnosti. Je to někdy pro něho velmi zatěžující.

4.1.1. Fyziologické potřeby

1. Potřeba dýchání

Nemocný nemá subjektivní obtíže s dýcháním. Dříve kouřil 10-20 cigaret denně. Nyní už asi 7 let nekouří. Před týdnem byl nastydlý, měl rýmu a suchý kašel, dnes je již bez obtíží. Dechová frekvence je 17 dechů/minutu v klidu.

2. Potřeba hydratace

Pan E. denně vypije okolo dvou litrů tekutin. Nejčastěji pije neslazené perlivé vody, denně vypije dvě kávy. Alkohol pije příležitostně. Pocit žízně je zachován. Vzhledem k DM se nemocný snaží vyvarovat sladkých limonád a alkoholu. K hospitalizaci si s sebou přináší dvě minerálky. Další tekutiny si chce dokoupit v místním obchodě. Turgor kůže je dobrý.

3. Potřeba výživy

Pacient je zvyklý držet diabetickou dietu. Vzhledem k tomu, že je závislý na aplikaci inzulínu, vlastní glukometr, se kterým si měří pravidelně glykémii. Je bývalým šéfkuchařem a velmi rád jí. Jeho BMI je 31 při váze 88 kg a výšce 168 cm. Rád by zhubl, ale nedaří se mu to. Při přijetí mu byla objednána diabetická dieta, tedy 9/225. Nemocný potravinovými alergiemi netrpí.

4. Potřeba vylučování stolice a moči

Nemocný vyjadřuje, že s močením nemá obtíže, neuvádí časté močení ani jiné obtíže, které by ukazovaly na urologické onemocnění. Vzhledem k diabetu v minulosti několikrát prodělal cystitis.

Pan E. občasně trpí zácpou. Je zvyklý vyprazdňovat se 1x za jeden až dva dny. Při změně prostředí má s vyprazdňováním stolice obtíže trpí zácpou. Během hospitalizace tyto obtíže předpokládá. Chtěl by je řešit podáním laxantiva, jak je sám zvyklý.

5. Potřeba hygieny a stav kůže

Nemocný je zcela soběstačný v péči o osobní hygienu. Jelikož jde o plánovanou hospitalizaci, nemocný má své vlastní hygienické potřeby s sebou. Kůže je při přijetí čistá, bez jakýchkoli defektů. Jsou patrné drobné ranky na bříchích prstů rukou po vpiších pro kontrolu glykémie.

Nehty na nohou si nemocný nechává stříhat na pedikúře, nehty na rukou mu stříhá manželka, protože sám na to dobře nevidí. Vlasy má nemocný čisté a upravené, na krátko ostříhané.

6. Potřeba spánku a odpočinku

Nemocný je navyklý spát až deset hodin denně. Proto si zaplatil nadstandardní jednolůžkový pokoj, aby měl „svůj klid“ a mohl po operaci odpočívat. Hypnotika ani jiné látky k navození spánku neužívá. Podle svých slov velmi rád spí. Cítí dostatečně odpočinitý. Lůžko je mu pohodlné, obzvláště mu vyhovuje, že je na pokoji sám.

7. Potřeba fyzické a psychické aktivity

Nemocný je již dva roky v invalidním důchodu. Jelikož je jeho manželka velmi špatně mobilní, musí se starat o celou domácnost sám. On sám špatně vidí a tak chodí většinou jenom nakupovat a obstarávat nejdůležitější věci (např. léky). Většinu času tráví doma s manželkou, prací v domácnosti, odpočinkem nebo spánkem.

Dříve si občas přečetl knihu, učil se jazyky. Nyní nevidí dobře, takže ve volném čase poslouchá rádio nebo se dívá na televizi. Do „společnosti“ (divadlo) s manželkou již nechodí.

8. Potřeba být bez bolesti

Nemocný nyní netrpí bolestmi. Ani jiné nepříjemné pocity s bolestí a nepohodlím spojené nemocný nepocítuje. Po operaci by si přál pokud bude mít bolesti, aby byly tlumeny analgetiky. Ze své zkušenosti mu nejlépe vyhovují (např. bolesti hlavy) tablety Ibuprofanu nebo Ibalginu.

9. Potřeba tepla a pohodlí

Pan E. má velmi rád teplo a pohodlí. Je rád, že lze lůžko různým způsobem polohovat. Pokoj, na kterém je umístěn, mu vyhovuje i proto, že k němu přísluší samostatné sociální zařízení. Nemocný na oddělení nebyl nikdy hospitalizován, bylo nutné při příjmu nemocného se vši seznámit, obzvláště kvůli zrakovému postižení. Nemocný tuto aktivitu vítá.

10. Potřeba sexuality a reprodukce

Pacient žije ve společné domácnosti se svojí nynější manželkou. Ve vztahu je velmi spokojený. Jiné otázky v této oblasti nebyly nemocnému položeny.

4.1.2. Psychosociální potřeby

4.1.2.1. Existencionální potřeby

1. Potřeba zdraví

Nemocný se necítí příliš fyzicky zdatný. Vadí mu, že špatně vidí (jakoby v mlze, neostře), že musí držet dietu vzhledem k diabetu. Pan E. velmi rád jí a málo se pohybuje. Ví, že by měl zhubnout a žít celkově „zdravěji“, ale nedaří se mu to příliš realizovat. Trpí občasnou zácpou, hlavně při změně prostředí, je zvyklý při obtížích užívat laxativa. Doufá, že po operaci uvidí lépe. Nemocný již sedm let nekouří, alkohol pije příležitostně. Před týdnem byl nachlazený, nyní se již cítí lépe.

Nemocný velmi špatně vidí, má vše v mlze a není schopen zaostřit na detaily bez speciálních pomůcek nemůže číst.

2. Potřeba bezpečí a jistoty

Nemocný jako osobu, které je možno sdělovat informace o jeho zdravotním stavu, uvádí svoji manželku. Oba jsou v invalidním důchodu. Nemocný je dobře finančně zajištěný. Jako šéfkuchař v jednom pražském hotelu vydělával hodně peněz. Trápí ho snížená soběstačnost jeho ženy i jeho vlastní. S ubývajícím zrakem je pro něj těžší vystačit si ve všech činnostech samostatně. Svě naděje upíná k operaci.

3. Potřeba bydlení

Pacient bydlí v Praze v bytě, který též vlastní. Byt se nachází ve zděném domě ve zvýšeném podlaží bez výtahu. Schody dělají obtíže zvláště jeho ženě. Byt průběžně vybavují různými pomůckami a věcmi, které napomáhají lepšímu pohybu. Byt je dostupný metru a cca 100 metrů je tramvajová zastávka.

4. Potřeba informací

Nemocný je o přibližném průběhu hospitalizace informovaný hned při příjmu ošetřující lékařkou a příslušnou sestrou. O svém zdravotním stavu je informovaný dostatečně. O jeho zdravotním stavu může být manželka informována ošetřující lékařkou. Nemocný zná svou ošetřující lékařku a příslušnou sestru.

5. Potřeba soběstačnosti

Nemocný je zcela soběstačný v sebeobslužných činnostech. Sestrou je mu nabídnuta veškerá potřebná pomoc dle jeho zvážení. Při příjmu byl obeznámen s celým oddělením a uspořádáním jeho pokoje. Na vyšetření mimo oddělení je vždy doprovázen pomocným personálem. V Barthelově testu dosáhl 100 bodů, tedy úplné soběstačnosti v základních sebeobslužných aktivitách.

6. Potřeba struktury a řádu

Pacient je zvyklý z domova, že věci mají svá místa. Podle svých slov je pořádkumilovný. Doma vykonává většinu domácích prací, ale nevidí na drobné nečistoty nebo prach. Pokud manželka neuklidí věc na správné místo, rozčiluje se, protože se mu občas povede něco rozbít.

4.1.2.2. Potřeby vztahové

1. Potřeba sociální opory (rodina, přátelé, pozitivní vztah, láska a sounáležitost)

Pacient za nejdůležitější osobu považuje svou nynější manželku. Jsou si velmi blízcí. Se svými dětmi z prvního manželství se moc nestýká. Jiné blízké osoby

nemocný neuvádí. Se známými se již nestýkají ohledně manželčině špatné pohyblivosti a jeho špatné prostorové orientaci.

2. Potřeba důvěry

Nemocný dochází do této nemocnice pravidelně, je zvyklý na její prostředí. Některé lékaře a sestry už zná, což mu usnadňuje přizpůsobení se v novém prostředí. V minulosti neměl negativní zkušenost se zdravotnickým personálem, a proto nemá vytvořenou bariéru ve vztahu k nim. Kontakt a komunikaci s nimi vítá.

3. Potřeba komunikace

Pan E. navazuje kontakt bez obtíží. Má smyslovou bariéru, a to zrakovou. Proto je hned na počátku zvolen příslušný přístup k nemocnému. Podle svých slov je velmi společenský a je rád mezi lidmi. V poslední době, ale většinu času trávil doma s manželkou.

4. Potřeba pečovat o druhé

Pacient se doma částečně stará o špatně pohyblivou manželku. Dělá to rád. Má obavy, o to aby se mu zrak nezhoršoval. V tom případě by o ně neměl kdo pečovat. O pomoci např. pracovníků z domácí péče neuvažuje.

4.1.2.3. Potřeba sebepojetí a sebeúcty

1. Potřeba úspěchu, sebeuvědomění, sebeúcty a autonomie

Pacient dříve pracoval jako šéfkuchař, byl dobře placený a prý byl ve svém oboru šikovný. Učil se jazyky a šlo mu to. Nyní je v důchodu a podle svých slov si nepřipadá adekvátně využitý.

2. Potřeba pochopení

Nemocný by se chtěl dále věnovat svému povolání, ale ví, že by ho už asi jako kuchaře nepřijali. Hledal si i jiná zaměstnání (prodavač), ale nikde ho nechtěli. Nejbližší osobou je manželka, se kterou vše řeší. Neví, kdo by mu mohl pomoci s hledáním práce na částečný úvazek.

3. Potřeba intimity

Pan E. si zarezervoval nadstandardní pokoj s jedním lůžkem. Chce se dobře vyspat a nechce být rušen případným spolubydlícím. V tomto ohledu je mu plně vyhověno. Má rád svůj „klid“ a soukromí.

4. Potřeby poznání, moci a submise

Pacient se spíše hodnotí jako dominantní typ. Byl zvyklý řídit práci svých podřízených v kuchyni. Je zvyklý na pořádek a pečlivost. Doma řídí domácnost a stará se o manželku, kterou bere jakou rovnocennou partnerku.

4.1.2.4 Potřeby být

1. Potřeba víry, přesvědčení a životních hodnot

Pan E. si nejvíce cení zdraví. Radí se mezi ateisty, nikdy nebyl pokřtěn.

2. Potřeby kulturní, pracovní, estetické a tvůrčí

Dříve chodil pan E. s manželkou více do společnosti, nyní když mají zdravotní problémy, zdržují se spíše doma. Starají se společnými silami o domácnost. Dívají se na televizi a poslouchají rádio. Když má pan E. chuť, přečte si nějaký článek pomocí lupy, ale není to časté.

4.2. Ošetrovatelské diagnóza

4.2.1. Přehled ošetrovatelských diagnóz:

- 1) Snížená zraková ostrost způsobená oftalmologickým onemocněním, projevující se zhoršenou orientací v neznámém prostředí a omezením pohybové aktivity v tomto prostředí.
- 2) Sociální izolace zapříčiněná odchodem do invalidního důchodu, omezením volnočasových aktivit a následným omezením styku s širším okruhem známých.
- 3) Obavy z budoucnosti z důvodu snižující se samostatnosti a soběstačnosti nemocného i jeho manželky.
- 4) Porucha sebepojetí a sebeúcty z důvodu zrakového postižení a následným odchodem do invalidního důchodu s projevy méněcennosti a neadekvátního vytížení.
- 5) Ztráta zájmových činností v důsledku postupného se zhoršování zraku nemocného a špatné mobility jeho manželky.
- 6) Občasná zácpa způsobená změnou prostředí, projevující se nižší frekvencí defekace, obtížným vyprazdňováním tlustého střeva a nutností občasného užití laxativ.
- 7) Nadváha způsobená nepřesným dodržováním diabetické diety a sníženou pohybovou aktivitou.
- 8) Riziko vzniku komplikací diabetu mellitu, z důvodu nepřesného dodržování dietních opatření nemocným a plánovaného operačního zákroku.
- 9) Potencionální riziko vzniku úrazu či pádu z důvodu sníženého smyslového vnímání.

5. Prognóza

Nemocný je den před vlastní operací klidný, nebojí se operace. Doufá, že bude po operaci lépe vidět a že se zrak již nezhorší. Má obavy z toho, že zůstanou s manželkou sami a budou odkázáni na cizí pomoc. Vše se bude odvíjet od výsledku operace a od toho, jak bude pan E. schopen dodržovat veškeré ordinace lékaře a zda bude schopen dodržovat dietní opatření.

6. Seznam zkratk z příloh 1, 2, 3

AG – angiografie

amp. – ampula (ampule)

APPE – appendectomi

ax.cyl. – osa cylindru

BMI – body mast index

BWR – vyšetření na syfilis

°C – stupeň Celsia

cm – centimetr

CNV – choriodeální neovaskularizace

d. – denně

DM – diabetes mellitus

drg. – drage (dražé)

DK – dolní končetiny

FAG – fluorescenční angiografie

FAKO+IOL – voperování nitrooční čočky

gtt. – gutta (kapka)

h. – hodina

HBsAg – vyšetření hepatitidy B (Australský antigen)

CHCE – cholecystectomie

ICHS – ischemická choroba srdeční

i.m. – intra muscularní aplikace

INZ – inzulín

i.v. – intra venózní aplikace

j. – jednotky (mezinárodní jednotky)

kg – kilogram

LO – levé oko

mg - miligram

mm Hg –milimetr rtuti

min – minuta

nat. – nativní

NOT – nitrooční tlak

P – puls

PAD – per orální antidiabetika

PPV – pars plana vitrectomie

PO – pravé oko
OPL – oko pravé levé
OO – obě oči
St. – status (stav)
St.p. – status post (stav po)
tbl. – tableta (tableta)
TF – tepová frekvence
TK – tlak krevní
TT – tělesná teplota
unq. – unquendum (mast)
ÚVN – Ústřední vojenská nemocnice
VEP-y – vizuální evokovaný potenciál
VLO – vízus levého oka
VPO – vízus pravého oka
VPMD – Věkem podmíněná makulární degenerace

Příloha č. 4: Tabulky k prvnímu kvantitativnímu zhodnocení výpovědí respondentů (Horizontální vyhodnocení)

První kolo vyhodnocování dotazníků

Dotazník kvality života u pacientů s postupnou ztrátou zraku

Pohlaví:

Věk:

Oftalmologická diagnóza:

Aktuální stav vízu:

Respondent žije:

Doba od první diagnostiky:

- 1) Jak jste zareagoval(a), když Vám byla sdělena diagnóza?
- 2) Jaké byly Vaše první myšlenky?
- 3) Co jste prožíval(a)? Můžete popsat své pocity?
- 4) Jak jste si představoval(a) svou budoucnost?
- 5) Kdo Vám byl v té době oporou?
- 6) Změnily se vztahy s Vaší rodinou a přáteli?
- 7) Co prožíváte nyní v souvislosti s Vaším onemocněním?
- 8) Jak si myslíte, že Vaši nemoc prožívají Vaši blízcí?
- 9) Jak Vás vaše sociální okolí přijímá? Pociťujete rozdíly ve vztahové rovině z jejich strany?
- 10) Jak se vyrovnáváte s postižením zraku nyní?
- 11) Jak byste nejlépe vyjádřil(a), popřípadě připodobnil(a) své postižení?
- 12) Jak byste nejlépe vyjádřil(a) míru spokojenosti se svým životem?
- 13) V čem vidíte největší problém?
- 14) Co je nyní u Vás v žebříčku hodnot na prvním místě?
- 15) Myslíte si, že se vaše hodnoty od onemocnění změnily?
- 16) Jaké plány máte do budoucna?
- 17) Jaké máte perspektivy v zaměstnání a ve společenském uplatnění?
- 18) Jaké jiné náročné životní situace jste prožil(a)?
- 19) Jakým způsobem jste byl(a) schopný(á) se s nimi vyrovnat?
- 20) Probíhá Váš život podle Vašich očekávání?

Okruh otázek 1—3

II. Jak jste zareagoval(a), když vám byla sdělena diagnóza?

III. Jaké byly vaše první myšlenky?

IV. Co jste prožíval?

Výpovědi k otázkám č. 1, 2, 3	Počet respondentů V NP	Procentuální vyjádření (%)	Počet respondentů v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Šok, překvapení	5	15,6	1	3,12	6
Strach	4	12,5	1	3,12	5
Únikové myšlenky ze života	2	6,26	1	3,12	3
Zklamání lítost	3	9,37	0	0	3
Neštěstí, zoufalství	1	3,13	1	3,12	2
Pasivní přístup	2	6,26	0	0	2
Bez překvapení	2	6,26	0	0	2
Vzteky	1	3,13	0	0	1
Svalování viny	0	0	1	3,12	1
Jiné odpovědi	3	9,37	4	12,5	7
Celkem	23	71,88	9	28,12	X

4. Jak jste si představoval(a) svou budoucnost?

Výpovědi k otázce č. 4	Počet respondentů v NP	Procentuální vyjádření (%)	Počet respondentů v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Doufal(a) jsem, že se to zlepší	8	25	0	0	8
Nevím, nevzpomínám si	5	15,62	2	6,25	7
Věděl(a) jsem, že nebudu moci dělat co chci	2	6,25	2	6,25	4
Chtěl(a) jsem dělat své povolání	0	0	4	12,5	4
Nic neplánuji, беру to jak to přijde	2	6,25	0	0	2
Žádná budoucnost, závislost na ostatních	2	6,25	0	0	2
Věděl(a) jsem, že se to nezlepší	1	3,13	0	0	1
Nevěděl(a) jsem co se mnou bude	1	3,13	0	0	1
Chtěl(a) jsem být nezávislý(á)	0	0	1	3,12	1
Jiné	2	6,25	0	0	2
Celkem	23	71,88	9	28,12	X

5. Kdo Vám byl v té době oporou?

Výpovědi k otázce č. 5	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Manžel(ka)) Partner(a)	9	28,1	2	6,25	11
Děti	6	18,75	1	3,12	7
Rodina	4	12,5	2	6,25	6
Rodiče	1	3,12	4	12,5	5
Odmítají podporu	3	9,38	0	0	3
Celkem	23	71,88	9	28,12	X

6. Změnily se vztahy s Vaší rodinou a přáteli?

Výpovědi k otázce č. 6	Celkový počet výpovědí	Procentuální vyjádření (%)
Nedošlo ke změně	23	71,88
Mají o mě větší strach, jsou na mě opatrní	4	12,5
Pravý přátelé zůstali	4	12,5
Jsem více otevřený svému okolí	1	3,12
Celkem	32	100

7. Co prožíváte nyní v souvislosti s Vaším onemocněním?

Výpovědi k otázce č. 7	Celkový počet výpovědí	Procentuální vyjádření (%)
Negativní prožívání	12	37,5
Smíření	8	25
Bagatelizující postoj	7	21,87
Za důležité považují nejt si práci	3	9,38
jiné	2	6,25
Celkem	32	100

8. Jak si myslíte, že Vaši nemoc prožívají Vaši blízcí?

Výpovědi k otázce č. 8	Celkový počet výpovědí	Procentuální vyjádření (%)
Nepřijímající postoj blízkého okolí	16	50
Neznalost postojů vůči vlastní osobě	16	50
Celkem	32	100

9. Jak Vás Vaše sociální okolí přijímá?

Výpovědi k otázce č. 9	Celkový počet výpovědí	Procentuální vyjádření (%)
Nepocítuji rozdíly, přijímají mě dobře	24	75
Někdo mě přijme, někdo mě odmítá	4	12,5
Rodina změnila postoje	2	6,25
Pocítuji osamocení, s nikým se nestýkám	2	6,25
Celkem	32	100

10. Jak se vyrovnáváte s postižením zraku nyní?

Výpovědi k otázce č. 10	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Špatně se s tím vyrovnávám	7	21,87	0	0	7
Nemám v tom problém	3	9,37	1	3,13	4
Beru to tak jak to je	3	9,37	0	0	3
Jsem zvyklý(á), vyrovnal (a) jsem se	0	0	3	9,36	3
Vím, že jsou na tom lidé hůř než já	2	6,25	1	3,13	3
Dělám jako bych viděl, nepotřebuji se vyrovnávat	2	6,25	0	0	2
Zabývám se náhradními aktivitami	1	3,13	1	3,13	2
Chtěl bych si najít práci a být samostatný	0	0	2	6,24	2
Snažím se plnit ordinace lékaře	2	6,25	0	0	2
Nic velkého už nečekám	1	3,13	0	0	1
Nic sama už neudělám	1	3,13	0	0	1
Nepřemýšlím nad tím	1	3,13	0	0	1
Mám práci a přítelkyni	0	0	1	3,13	1
Celkem	23	71,88	9	28,12	X

11. Jak by jste nejlépe vyjádřil(a), popřípadě připodobnil(a) své postižení?

Výpovědi k otázce č. 11	Celkový počet výpovědí	Procentuální vyjádření (%)
Nevím	16	50
Je to to nejhorší, nevidět	9	28,12
Jiné negativní výpovědi	4	12,5
Pozitivní výpovědi	3	9,38
Celkem	32	100

12. Jak by jste nejlépe vyjádřil míru spokojenosti se svým životem?

Výpovědi k otázce č.12	Celkový počet výpovědí	Procentuální vyjádření (%)
Jsem spokojený	23	71,88
Nejsem spokojený	5	15,62
Jsem spokojený s výhradami	3	9,37
Jiné	1	3,13
Celkem	32	100

13. V čem vidíte největší problém?

Výpovědi k otázce č. 13	Celkový počet výpovědí	Procentuální vyjádření (%)
Pohyb, orientace v prostoru, čtení, práce v domácnosti	21	65,62
Člověk je k ničemu, nemůže dělat nic sám	4	12,5
Uplatnění v zaměstnání	3	9,38
Nemám problém	2	6,25
Že na mě lidé někdy zírají	2	6,25
Celkem	32	100

14. Co je nyní u Vás v žebříčku hodnot na prvním místě?

Výpovědi k otázce č. 14	Respondentů v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondentů v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Zdraví, zrak	18	56,25	0	0	18
Rodina, přátelé	5	15,63	5	15,63	10
Práce, peníze	0	0	2	6,25	2
Další vzdělávání	0	0	1	3,12	1
Samostatnost	0	0	1	3,12	1
Celkem	23	71,88	9	28,12	X

15. Myslíte si, že se vaše hodnoty od onemocnění změnily?

Výpovědi k otázce č. 15	Celkový počet výpovědí	Procentuální vyjádření (%)
NE	19	59,37
ANO	13	40,63
Celkem	32	100

16. Jaké plány máte do budoucna?

Výpovědi k otázce č. 16	Respondentů v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Neplánuji, žádná budoucnost	15	46,88	0	0	15
Cestování, učení se novým věcem	4	12,5	4	12,5	8
Hledání partnera, založení rodiny	0	0	3	9,37	3
Budoucnost ve smrti	2	6,25	0	0	2
Hledání zaměstnání	0	0	2	6,25	2
Jiné	2	6,25	0	0	2
Celkem	23	71,88	9	28,12	X

17. Jaké máte perspektivy v zaměstnání a ve společenském uplatnění?

Výpovědi k otázce č. 17	Výpovědi respondentů v NP	Procentuální vyjádření (%)	Výpovědi respondentů v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Jsem v důchodu	9	28,15	0	0	9
Uplatnění v rámci rodiny	8	25	0	0	8
Jsem nezaměstnaný	1	3,12	5	15,63	6
Jsem zaměstnaný (á)	0	0	3	9,37	3
Učím se novým věcem v rámci pracovní činnosti	1	3,12	1	3,12	2
Nikam se nedostanu jsem odstrčený	2	6,25	0	0	2
Občas zaskakuji na bývalém pracovišti	1	3,12	0	0	1
Ničím nejsem omezen	1	3,12	0	0	1
Celkem	23	71,88	9	28,12	X

18. Jaké jiné náročné životní situace jste prožil(a)?

Výpovědi k otázce č. 18	Respondentů v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondentů v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Nic stejně závažného jako je postižení zraku jsem nikdy neprožil (a)	8	25	3	9,38	11
Smrt blízké osoby	10	31,27	0	0	10
Jiná onemocnění	3	9,37	1	3,12	4
Nepříznivé sociální prostředí v dětství	0	0	3	9,38	3
Péče o nemohoucího člena rodiny	1	3,12	0	0	1
Krach vlastní firmy	0	0	1	3,12	1
Jiné	1	3,12	1	3,12	2
Celkem	23	71,88	9	28,12	X

19. Jakým způsobem jste byl(a) schopen(á) se s nimi vyrovnat?

Výpovědi k otázce č.19	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Opora člena rodiny nebo přítele	13	40,63	1	3,12	14
Vyrovnal (a) se s tím sám (a)	4	12,5	6	18,76	10
Neměl (a) jsem čas v životě něco řešit	3	9,38	1	3,12	4
Nevím	2	6,25	0		2
Nechávám za sebe řešit své problémy jiné	0		1	3,12	1
Jiné	1	3,12	0	0	1
Celkem	23	71,88	9	28,12	X

20. Probíhá Váš život podle Vašich očekávání?

Výpovědi k otázce č. 20	Celkový počet odpovědí	Procentuální vyjádření (%)
Ano	19	59,38
Ne	12	37,5
Nevím	1	3,12
Celkem	32	100

Příloha č. 5: Tabulky k druhému kvantitativnímu zhodnocení výpovědí respondentů (Horizontální vyhodnocení)

Druhé kolo vyhodnocování dotazníků

Dotazník kvality života u pacientů s postupnou ztrátou zraku

Pohlaví:

Věk:

Oftalmologická diagnóza:

Aktuální stav vízu:

Respondent žije:

Doba od první diagnostiky:

- 1) Co prožíváte nyní v souvislosti s Vaším onemocněním?
- 2) Jak si myslíte, že Vaši nemoc prožívají Vaši blízcí?
- 3) Změnily se vztahy s Vaší rodinou a přáteli?
- 4) Jak Vás vaše sociální okolí přijímá? Pociťujete rozdíly ve vztahové rovině z jejich strany?
- 5) Jak se vyrovnáváte s postižením zraku nyní?
- 6) V čem vidíte největší problém?
- 7) Jak byste nejlépe vyjádřil(a) míru spokojenosti se svým životem?
- 8) Co je nyní u Vás v žebříčku hodnot na prvním místě?
- 9) Jaké plány máte do budoucnosti?
- 10) Jaké máte perspektivy v zaměstnání a ve společenském uplatnění?
- 11) Jaké jiné náročné životní situace prožíváte?
- 12) Jakým způsobem jste schopný(á) se s nimi vyrovnat?
- 13) Jakými činnostmi se zabýváte ve volné čase?
- 14) Jste schopen(a) dodržovat strukturu a řád v bytě (domě) kde žijete?
- 15) Jak zvládáte práci v domácnosti?
- 16) Probíhá Váš život podle Vašich očekávání?

1. Co prožíváte nyní v souvislosti s Vaším onemocněním?

Výpovědi k otázce č. 1	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Už jsem si zvykl(a)	2	8,7	3	13,05	5
Mám jiné problémy	0	0	4	17,39	4
Snažím se žít dál, normálně	2	8,7	0	0	2
Zrak se mi nezhoršil, tak jsem rád(a)	2	8,7	0	0	2
Je mi to líto, je to smutné	2	8,7	0	0	2
Mám zlost, vztek	2	8,7	0	0	2
Nesu to špatně, omezuje mě to	2	8,7	0	0	2
Beru to tak jako bych byl zdravý	0	0	1	4,34	1
Částečně jsem se smířil(a)	1	4,34	0	0	1
Někdy mě to tíží	1	4,34	0	0	1
Nevím, nechce se mi o tom přemýšlet	1	4,34	0	0	1
Celkem	15	65,22	8	34,78	X

2. Jak si myslíte, že Vaši nemoc prožívají Vaši blízcí?

Výpovědi k otázce č. 2	Celkový počet výpovědí	Procentuální vyjádření (%)
Přijímají mě dobře, jsou zvyklý	8	34,77
Všichni mi moc pomáhají, soucítí se mnou	6	26,09
Nevím	6	26,09
Dávají na mě větší pozor	1	4,35
Litují mě	1	4,35
Byli by radši, kdybych byl zdravý(á)	1	4,35
Celkem	23	100

3. Změnili se vztahy s Vaší rodinou a přáteli?

Výpovědi k otázce č. 3	Celkový počet výpovědí	Procentuální vyjádření (%)
Nedošlo ke změně	16	69,55
Nikdo z rodiny na mě nemá čas	2	8,7
Nevím	1	4,35
Pocit'uji posun k horšímu	1	4,35
S nikým už se nestýkáme	1	4,35
Rodiče konečně pochopili, že musím být samostatná	1	4,35
Našla jsem si nové přátele	1	4,35
Celkem	23	100

4. Jak Vás vaše sociální okolí přijímá? Pocit'ujete rozdíly ve vztahová rovině z jejich strany?

Výpovědi k otázce č. 4	Celkový počet výpovědí	Procentuální vyjádření (%)
Nepocit'uji rozdíly, přijímají mě dobře	15	65,2
Nevím neřeším to	3	13,05
Odmítavý postoj svého okolí	2	8,7
Nikoho se svými problémy neobtěžuji	1	4,35
Ano, pocit'uji rozdíly, ale není to můj problém	1	4,35
Lidé jsou překvapení, když zjistí, že mám nějakou vadu	1	4,35
Celkem	23	100

5. Jak se vyrovnáváte s postižením zraku nyní?

Výpovědi k otázce č. 10	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Jsem zvyklý(á), vyrovnal (a) jsem se	1	4,35	3	13,04	4
Snažím se, ale někdy mě to štve	3	13,02	0	0	3
Vše je stejné	0	0	3	13,04	3
Věřím, že po operaci to bude lepší	2	8,7	0	0	2
Zatím se nic nezhoršuje, takže jsem rád(a)	2	8,7	0	0	2
Dobře, zabývám se náhradními aktivitami	2	8,7	1	4,34	2
Musím se s tím nějakým způsobem vyrovnat	1	4,35	0	0	2
Špatně se s tím vyrovnávám	1	4,35	0	0	1
Nic mě nebaví	1	4,35	0	0	1
Je to strašné	1	4,35	0	0	1
Vše hned vyřeším	0	0	1	4,35	1
Snažím se to neřešit	1	4,35	0	0	1
Celkem	15	65,22	8	34,78	X

6. V čem vidíte největší problém?

Výpovědi k otázce č. 6	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Orientace a pohyb venku	8	34,78
Čtení	4	17,38
Hledání práce, zaměstnanost	3	13,04
Závislost na ostatních	2	8,7
Na všechno špatně vidím, nemohu dělat věci přesně	2	8,7
Část mé minulosti (firma)	1	4,35
Připadám si neužitečný(á)	1	4,35
Nevyléčitelnost onemocnění	1	4,35
Nemám s ničím problémy	1	4,35
Celkem	23	100

7. Jak byste nejlépe vyjádřil(a) míru spokojenosti se svým životem?

Výpovědi k otázce č. 7	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Jsem spokojený(á)	10	43,49
Jsem spojený(á)s výhradami	6	26,08
Nejsem spokojený(á)	6	26,08
Beru život takový jaký je	1	4,35
Celkem	23	100

8. Co je nyní u Vás v žebříčku hodnot na prvním místě?

Výpovědi k otázce č. 8	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Zdraví	13	56,52
Rodina	4	17,38
Partner(ka) nebo přítel(ně)	3	13,05
Společnost	2	8,7
Soběstačnost	1	4,35
Celkem	23	100

9. Jaké plány máte do budoucnosti?

Výpovědi k otázce č. 19	Respondentů v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Neplánuji, žádná budoucnost	7	30,42	0	0	7
Cestování, učení se novým věcem	3	13,05	2	8,7	5
Hledání zaměstnání; práce	1	4,35	4	17,38	5
Trochu zdraví	3	13,05	0	0	3
Rekonstrukce domu	1	4,35	0	0	1
Hledání partnera, založení rodiny	0	0	2	8,7	2
Celkem	15	65,22	8	34,78	X

10. Jaké máte perspektivy v zaměstnání a společenském uplatnění?

Výpovědi k otázce č. 10	Respondentů v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondentů v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Jsem v důchodu a zabývám se prací doma a na zahradě	10	43,47	0	0	10
Chci se realizovat v tom co jsem se naučil	0	0	5	21,73	5
Žádné perspektivy nemám	3	13,05	0	0	3
Ještě nevím po rekvalifikaci se uvidí	0	0	3	13,05	3
Jsem nezaměstnaný	1	4,35	0	0	1
Ničím nejsem omezen	1	4,35	0	0	1
Celkem	15	65,22	8	34,78	X

11. Jaké jiné náročné životní situace prožíváte?

Výpovědi k otázce č. 18	Respondentů v NZ	Procentuální vyjádření (%)	Respondentů v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Nic závažného neprožívám	7	30,42	4	17,38	11
Smrt blízké osoby	3	13,05	0	0	3
Celkově špatný zdravotní stav	3	13,05	0	0	3
Nepříznivá rodinná situace	0	0	2	8,7	2
Nemoc blízké osoby	1	4,35	0	0	1
Samota a nečinnost	1	4,35	0	0	1
Nezaměstnanost	0	0	1	4,35	1
Nic se od minule nezměnilo	0	0	1	4,35	1
Celkem	15	65,22	8	34,78	X

12. Jakým způsobem jste schopný(á) se s nimi vyrovnat?

Výpovědi k otázce č.12	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Vše se nakonec vyřeší samo	2	8,7	3	13,04	5
Nejdřív se sám rozmyslím a potom problém řeším	3	13,04	1	4,35	4
Opora člena rodiny nebo přítele	3	13,04	0	0	3
Mám hodně práce	2	8,7	0	0	2
Dodržuji pokyny lékaře	1	4,35	0	0	1
Snažím se žít zdravě	1	4,35	4,35	0	1
Nic si nepřipouštím	1	4,35	0	0	1
Mé problémy se nedají řešit			0	0	1
Snažím se problémům vyhýbat	0	0	1	4,35	1
Nevěděla jsem mám problémy s pomůckami řešit	0	0	1	4,35	1
Nejdřív se rozčílím a potom jsem schopný problém řešit	0	0	1	4,35	1
Řeším vše rychle, všechno má své řešení	0	0	1	4,35	1
Nevím	1	4,35	0	0	1
Celkem	15	65,22	8	34,78	X

13. Jakými činnostmi se zabýváte ve volném čase?

Výpovědi k otázce č. 13	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Práce doma, na zahradě	14	60,86
Počítač, sport, cizí jazyky	5	21,74
Poslech rádia	1	4,35
Zpěv a ruční práce	1	4,35
Společenské hry	1	4,35
Kreslení	1	4,35
Celkem	23	100

14. Jste schopen(a) dodržovat strukturu a řád v bytě (domě), kde žijete?

Výpovědi k otázce č.1 4	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Uklízím si sám(a), nedělá mi to problémy, vše musí mít své místo	11	47,82
Uklízím si sám(a), ale na všechno dobře nevidím	7	30,43
O domácnost se stará manželka	3	13,05
Moc to nezvládám	1	4,35
Využíváme úklidové služby	1	4,35
Celkem	23	100

15. Jak zvládáte práci v domácnosti?

Výpovědi k otázce č. 15	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Zvládám vše sám(a), někdy pomáhám s domácností	3	13,04	8	34,78	11
Zvládám všechno sám(a), nakupují mi děti	4	17,39	0	0	4
Manželka se stará o domácnost	4	17,39	0	0	4
Snažím se všechno dělat sám(a), ale trvá mi to dlouho	2	8,7	0	0	2
Platím si nejruznější služby	2	8,7	0	0	2
Celkem	15	65,22	8	34,78	X

16. Probíhá Váš život podle vašich očekávání?

Výpovědi k otázce č. 16	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
ANO	11	47,82
Jsem spokojený(á) s výhradami	5	21,74
NE	5	21,74
Ne zcela	2	8,7
Celkem	23	100

Příloha č. 6: Tabulky k třetímu kvantitativnímu zhodnocení výpovědí respondentů (Horizontální vyhodnocení)

Třetí kolo vyhodnocování dotazníků

Dotazník kvality života u pacientů s postupnou ztrátou zraku

Pohlaví:

Věk:

Oftalmologická diagnóza:

Aktuální stav vízu:

Respondent žije:

Doba od první diagnostiky:

- 1) Co prožíváte nyní v souvislosti s Vaším onemocněním?
- 2) Jak si myslíte, že Vaši nemoc prožívají Vaši blízcí?
- 3) Změnily se vztahy s Vaší rodinou a přáteli?
- 4) Jak Vás vaše sociální okolí přijímá? Pociťujete rozdíly ve vztahové rovině z jejich strany?
- 5) Jak se vyrovnáváte s postižením zraku nyní?
- 6) V čem vidíte největší problém?
- 7) Jak byste nejlépe vyjádřil(a) míru spokojenosti se svým životem?
- 8) Co je nyní u Vás v žebříčku hodnot na prvním místě?
- 9) Jaké plány máte do budoucnosti?
- 10) Jaké máte perspektivy v zaměstnání a ve společenském uplatnění?
- 11) Jaké jiné náročné životní situace prožíváte?
- 12) Jakým způsobem jste schopný(á) se s nimi vyrovnat?
- 13) Jakými činnostmi se zabýváte ve volné čase?
- 14) Jste schopen(a) dodržovat strukturu a řád v bytě (domě) kde žijete?
- 15) Jak zvládáte práci v domácnosti?
- 16) Navštěvujete některou z organizací sdružující lidi se zrakovým postižením?
- 17) Používáte některou z pomůcek určenou lidem se zrakovým postižením?
- 18) Probíhá Váš život podle Vašich očekávání?

1. Co prožíváte nyní v souvislosti s Vaším onemocněním?

Výpovědi k otázce č. 1	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Zvykl(a) jsem si	5	22,72	3	13,63	8
Jsem smířený(á)	4	18,18	0	0	4
Cítím omezení	3	13,63	0	0	3
Nepřemýšlím nad tím, nevím	1	4,55	2	9,09	3
Vyrovnal(a) jsem se, ale někdy mi to ještě vadí	1	4,55	1	4,55	2
Cítím se bezradně	1	4,55	0	0	1
Prožívám to tak jako bych viděl(a)	0	0	1	4,55	1
Celkem	15	68,18	7	31,82	X

2. Jak si myslíte, že Vaši nemoc prožívají Vaši blízcí?

Výpovědi k otázce č. 2	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Nedělá jim to problém	5	22,72
Mají o mě strach a hodně mi pomáhají	4	18,18
Vyrovnali se s tím	4	18,18
Neřeší to nemluvíme o tom	3	13,63
Jsou rádi, že jsem se s tím smířil	2	9,09
Myslí, si že všechno zvládnou jako předtím	1	4,55
Rodiče to prožívají až moc	1	4,55
Rodiče to někdy štvě	1	4,55
Nevím	1	4,55
Celkem	22	100

3. Změnili se vztahy s Vaší rodinou a přáteli?

Výpovědi k otázce č. 3	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Nenarušilo to nijak vztahy, je to pořád stejné	16	72,75
Vztahy se vylepšili	2	9,09
Rodina drží pohromadě, ale přátelství ustali	1	4,54
Ano, změnili, poznal jsem jací doopravdy jsou	1	4,54
Ano, ale mám už jiné přátele	1	4,54
Nevím s nikým se nestýkám	1	4,54
Celkem	22	100

4. Jak Vás vaše sociální okolí přijímá? Pociťujete rozdíly ve vztahové rovině z jejich strany?

Výpovědi k otázce č. 4	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Nepociťuji rozdíly, přijímají mě dobře	12	54,59
Nikoho s tím neobtěžuji	2	9,09
Nezajímá mě to co si o mě myslí ostatní	1	4,54
Nevím, s nikým se nestýkám	1	4,54
Jsem sama nemůžu se s tím smířit	1	4,54
Přátel ubývá	1	4,54
Nejsem moc pozitivně přijímáný	1	4,54
Lidé se mi snaží pomáhat	1	4,54
Došlo k pozitivním změnám	1	4,54
Je to individuální	1	4,54
Celkem	22	100

5. Jak se vyrovnáváte s postižením zraku nyní?

Výpovědi k otázce č. 5	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Zvykl(a) jsem si	5	22,77	2	9,09	7
Jsem rád(a), že vidím alespoň tak	2	9,09	0	0	2
Sehnal(a) jsem si zaměstnání	1	4,54	1	4,55	2
Mám hodně práce a koníčky a potom nemám čas na to myslet	1	4,54	1	4,55	2
Používám pomůcky na čtení	1	4,54	0	0	1
Neomezují se	1	4,54	0	0	1
Přecházím to	1	4,54	0	0	1
Nikdy jsem si nezvykl(a)	1	4,54	0	0	1
Jsem sám(a)	1	4,54	0	0	1
Jsem závislý(á)	1	4,54	0	0	1
Někdy si říkám, proč zrovna Já musím být nevidomý(á)	0	0	1	4,55	1
Mám hlavně problémy s orientací	0	0	1	4,55	1
Chtěl bych být radši zdravý	0	0	1	4,55	1
Celkem	15	68,18	7	31,82	X

6. V čem vidíte největší problém?

Výpovědi k otázce č. 6	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Čtení	7	31,80
Orientace a pohyb venku	4	18,18
Hledání práce, zaměstnanost	2	9,09
Jsem omezený(á) v hodně činnostech, které dělám	2	9,09
Na všechno špatně vidím, nemohu dělat věci přesně	2	9,09
Jsem sám(a) a nezvládám to	1	4,55
Připadám si neužitečný(á)	1	4,55
Závislost na ostatních	1	4,55
Nevyléčitelnost onemocnění	1	4,55
Nemám s ničím problémy	1	4,55
Celkem	22	100

7. Jak byste nejlépe vyjádřil(a) míru spokojenosti se svým životem?

Výpovědi k otázce č. 7	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Jsem spokojený(á)	17	77,27
Jsem spojený(á)s výhradami	2	9,09
Nejsem spokojený(á)	2	9,09
Nepřemýšlím nad tím	1	4,55
Celkem	22	100

8. Co je nyní u Vás v žebříčku hodnot na prvním místě?

Výpovědi k otázce č. 8	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Zdraví	11	50
Rodina	5	22,72
Společnost, dobré mezilidské vztahy	3	13,63
Partner(ka) nebo přítel(ně)	1	4,55
Práce	1	4,55
Osamostanění	1	4,55
Celkem	22	100

9. Jaké plány máte do budoucnosti?

Výpovědi k otázce č. 19	Respondentů v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Cestování, učení se novým věcem	3	13,63	4	18,18	7
Neplánuji, žádná budoucnost	5	22,73	0	0	5
Vytrvat v zaměstnání, dodělat práci	3	13,63	0	0	3
Trochu zdraví	2	9,09	0	0	2
Hledání zaměstnání	0	0	2	9,09	2
Rekonstrukce domu	1	4,55	0	0	1
Hledání partnera, založení rodiny	0	0	1	4,55	1
Dožít se do stovky	1	4,55	0	0	1
Celkem	15	68,18	7	31,82	X

10. Jaké máte perspektivy v zaměstnání a ve společenském uplatnění?

Výpovědi k otázce č. 10	Respondentů v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondentů v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Jsem v důchodu a zabývám se prací doma a na zahradě	12	54,55	0	0	12
Jsem nezaměstnaný	0	0	3	13,63	3
Chci se realizovat v tom co jsem se naučil	0	0	2	9,09	2
Žádné perspektivy nemám	2	9,09	0	0	2
Hledám si jiné zaměstnání	0	0	2	9,09	2
Bylo hodně těžké sehnat zaměstnání	1	4,54	0	0	1
Celkem	15	68,18	7	31,82	X

11. Jaké jiné náročné životní situace prožíváte?

Výpovědi k otázce č. 11	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Jsem v důchodu, zabývám se prací na zahradě a v domácnosti	11	50	0	0	11
Jsem nezaměstnaný (á)	0	0	3	13,64	3
Chci se realizovat v tom co jsem se naučil(a)	0	0	2	9,09	2
Žádné perspektivy nemám	2	9,09	0	0	2
Hledám si jiné zaměstnání	0	0	2	9,09	2
Bylo hodně těžké sehnat si zaměstnání	1	4,54	0	0	1
Špatný zdravotní stav	1	4,54	0	0	1
Celkem	15	68,18	7	31,82	X

12. Jakým způsobem jste schopný(á) se s nimi vyrovnat?

Výpovědi k otázce č.12	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Opora a rada člena rodiny nebo přítele	3	13,62	2	9,09	5
Vše řeším rychle	2	9,08	2	9,09	4
Problémy si nepřipouštím, nepřemýšlím nad nimi	2	9,08	2	9,09	4
Nejdřív se sám rozmyslím a potom problém řeším	1	4,55	1	4,55	2
Jsem pořád mezi lidma	1	4,55	0	0	1
Vše se nakonec vyřeší samo	1	4,55	0	0	1
Víra v Boha mi pomáhá	1	4,55	0	0	1
Nevím	1	4,55	0	0	1
Dodržuji pokyny lékaře	1	4,55	0	0	1
Snažím se žít zdravě	1	4,55	0	0	1
Snažím se odpočívat	1	4,55	0	0	1
Celkem	15	68,18	7	31,82	X

13. Jakými činnostmi se zabýváte ve volném čase?

Výpovědi k otázce č. 13	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Práce doma, na zahradě	10	45,44
Počítač, sport, cizí jazyky	6	27,27
Poslech rádia	2	9,09
Volný čas trávím s rodinou	1	4,55
Společenské hry	1	4,55
Kreslení	1	4,55
Procházky, prostorová orientace	1	4,55
Celkem	22	100

14. Jste schopen(a) dodržovat strukturu a řád v bytě (domě), kde žijete?

Výpovědi k otázce č.14	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
Uklízím si sám(a), nedělá mi to problémy, vše musí mít své místo	15	68,18
Uklízím si sám(a), ale na všechno dobře nevidím	4	18,18
O domácnost se stará manželka	2	9,09
Využíváme úklidové služby	1	4,55
Celkem	22	100

15. Jak zvládáte práci v domácnosti?

Výpovědi k otázce č. 15	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
Zvládám všechno sám(a)	4	18,18	5	22,74	9
Většinou všechno zvládám sám(a), nakupují mi děti	4	18,18	0	0	4
Manželka se stará o domácnost	3	13,64	1	4,54	4
Platím si nejruznější služby	3	13,64	0	0	3
Zvládám vše sám(a), pomáhám s domácností	1	4,54	1	4,54	2
Celkem	15	68,18	7	31,82	X

16. Navštěvujete některou z organizací sdružující lidi se zrakovým postižením?

Výpovědi k otázce č. 16	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
NE	14	63,64	0	0	14
ANO	1	4,54	7	31,82	9
Celkem	15	68,18	7	31,82	X

17. Používáte některou z pomůcek určenou lidem se zrakovým postižením?

Výpovědi k otázce č. 17	Respondenti v NP	Procentuální vyjádření (%)	Respondenti v RC	Procentuální vyjádření (%)	Celkem
NE	11	50	1	4,55	12
ANO	4	18,18	6	27,27	10
Celkem	15	68,18	7	31,82	X

18. Probíhá Váš život podle vašich očekávání?

Výpovědi k otázce č. 16	Výpovědi respondentů	Procentuální vyjádření (%)
ANO	10	45,45
Jsem spokojený(á) s výhradami	7	31,82
NE	4	18,18
Nepřemýšlím nad tím	1	4,55
Celkem	22	100

Příloha č. 7: Klasifikace zrakového postižení podle WHO

Položka	Zrakové postižení
1.	Střední slabozrakost Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) – minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 – 1/10, 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 funkčního zdatného oka pod 45 stupňů
4.	Praktická nevidomost Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02, 1/5 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

Příloha č. 8: Přehled jednotlivých zápisů zrakové ostrosti.

Decimální notace	Snellenovy optotypy (metry)	USA (stopy)
2	6/3	20/10
1,5	6/4	20/13
1,2	6/5	20/15
1	6/6	20/20
0,9		
0,8		20/25
0,7	6/9	20/30
0,5	6/12	20/40
0,4	6/15	20/50
0,3	6/18	20/60
0,25	6/24	20/80
0,2	6/30	20/100
0,16	6/36	20/120
0,1	6/60	20/200
0,06	4/60	
0,05	3/60	10/200
0,03	2/60	
0,017	1/60	4/200
0,01	0,05/60	2/200

Příloha č. 9: Příspěvky na některé rehabilitační a kompenzační pomůcky pro zrakově postižené občany

Název pomůcky	Nejvyšší částka příspěvku
1. Kancelářský psací stroj	50%
2. Slepecký psací stroj	100%
3. Magnetofon, diktafon	100%, nejvýše 4500 Kč
4. Čtecí přístroj pro nevidomé s hmatovým výstupem	100%
5. digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem	100%
6. Kamerová televizní zvětšovací lupa	100%
7. Digitální televizní zvětšovací lupa	100%
8. Adaptér hlasového syntetizátoru pro nevidomé	100%
9. Programové vybavení pro digitální zpracování obrazu	100%
10. tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé	100%
11. Jehličková jednobarevná tiskárna	50%
12. Zařízení pro přenos digitálních dat	100%
13. Elektronický zápisník pro nevidomé s hlasovým nebo hmatovým výstupem	50%
14. Elektronická komunikační pomůcka pro hluchoslepé	100%
15. Kapesní kalkulátor s hlasovým výstupem	100%
16. Slepecké hodinky a budík s hlasovým nebo hmatovým výstupem	50%
17. Měřicí přístroje pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem	50%
18. Indikátor barev pro nevidomé	100%
19. Elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé	100%
20. Dvoukolo	50%

Obecní úřady s rozšířenou působností poskytují příspěvky i na pomůcky, které nejsou uvedené v přehledu.

Příloha č. 10: Ukázka některých pomůcek pro zrakově postižené

Hůl bílá opěrná skládací 4-dílná
neskládací



Hůl bílá opěrná



Bílá hůl orientační skládací 4-dílná

Ovládací dálkový VPNO3
Zasazený v holi



Hůl červenobílá teleskopická 3-dílná



Hůl červenobílá orientační
neskládací



Hůl bílá signalizační teleskopická
sedmidílná



Koncovka rotační



Majáček - navigátor



Hůl bílá opěrná dvoudílná -
francouzská



Koncovky k holím



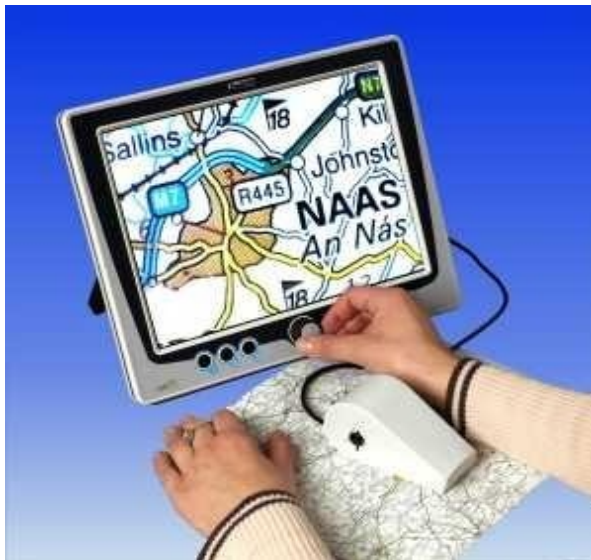
Rolničky



Kamerová lupa



Kamerová lupa



Kamerová televizní lupa OPTRON



Zápisníky PAC Mate



Braillový řádek PAC Mate 40 PBD



Indikátor hladiny a světla



Indikátor hladiny hranatý



Váha osobní s českým hlasovým výstupem



Kuchařka pro slabozraké



Glukometr s českým hlasovým výstupem



Metr krejčovský



Atlas pro slabozraké



Telefon pro nevidomé a slabozraké



Příloha č. 11: Příklady výběru vhodného písma pro zrakově postižené

Vhodné a méně vhodné typy písma pro přípravu cvičných textů a nápisů pro slabozraké z editorů Microsoft Word: (zmenšeno)

Arial bezpatkové písmo velikost fontu 12, vhodné pro slabozraké, lze zvětšit
ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ,

abcdefghijklmnopqrstuvwxyz velikost 18

**Arial Black bezpatkové písmo velikost fontu 12, vhodné pro
slabozraké ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ, lze zvětšit**

abcdefghijklmnopqrstuvwxyz velikost 18

Times New Roman, běžné dokumentové písmo, velikosti fontu 12,

méně vhodné pro slabozraké ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ,

abcdefghijklmnopqrstuvwxyz velikost 18

typy v nových editorech Word:

Bookman Old Style, velikost 12 ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ,

abcdefghijklmnopqrstuvwxyz velikost 18

Verdana, velikost 12, vhodné pro slabozraké

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ,

abcdefghijklmnopqrstuvwxyz velikost 18

Novinové typy písma z editorů Word, méně vhodné (Tahoma velikost 12)

Couier 8,5 cpi, Courier 12 cpi,

Courier New, velikost 12 ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ,

abcdefghijklmnopqrstuvwxyz velikost 18

Roman PS, ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ,

Abcdefghijklmnopqrstuvwxyz, standardní velikost

Roman 8,5 cpi, ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ,

abcdefghijklmnopqrstuvwxyz, standardní velikost

Sanserif 6 cpi, ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ,

abcdefghijklmnopqrstuvwxyz standardní velikost

Sanserif PS, ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ, abcdefghijklmnopqrstuvwxyz

standardní velikost

Nevhodné typy písma pro slabozraké jsou kurzíva a ozdobná písma (Times New Roman 12)

Nevhodné tvov písma pro slabozraké jsou kurzíva a ozdobná písma (Ariel 12)

Příloha č. 12: Abeceda v bodovém písmu

Příloha č. 13: Kontakty na některé z organizací pro zrakově postižené

Název	Adresa	telefon	e-mail
Národní rada zdravotně postižených	Partyzánská 1/7 170 00 Praha 7	266 753 421 – 4, 5	poradna@nrzp.cz
Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR	Krakovská 21 110 00 Praha 1	221 462 461 fax: 221 462 462	sons@sons.cz
Brailcom, o.p.s. – společnost pro slepé a těžce zrakově postižených	Vyšehradská 255/3 128 00 Praha 28	242 486 008	buchal@brailcom.org
LORM-společnost pro hluchoslepé	Borovská 62 190 00 Praha 5	257 325 478	info@lorm.cz
Tyfloservis, o.p.s.	Krakovská 21 110 00 Praha 1	221 462 362 fax: 221 462 361	praha@tyfloservis.cz
Bílá pastelka	Krakovská 21 110 00 Praha 1	221 462 452 fax: 221 462 451	bilapastelka@bilapastelka.cz
Dědina	Šmolíkova 866 160 00 Praha 6	235 325 194 fax: 235 325 876	dedina@dedina.cz
Středisko výcviku vodících psů SVVP	Klimata 2a 158 00 Praha 5 – Jinonice	251 611 154	vodicipsi@sons.cz
Tyflokabinet Č.B., o.p.s.	Roudenská 18 370 01 České Budějovice	386 460 660	tyflokabinet.cb@seznam.cz