

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Akceptace zrakového postižení v produktivním věku

Acceptance of visual impairment in working age

Denisa Anna Chlebiková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Akceptace zrakového postižení v produktivním věku potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30. 1. 2024

Ráda bych poděkovala paní doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Rovněž chci poděkovat své respondentce za poskytnutí rozhovoru. Dále chci poděkovat rodině za veškerou podporu a pomoc po celou dobu studia.

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem Akceptace zrakového postižení v produktivním věku je rozdělena do tří hlavních kapitol. První kapitola se věnuje člověku se zrakovým postižením a osobnosti jedince se zrakovým postižením, definuje pojmy produktivní věk, akceptace a neakceptace zrakového postižení, dále se věnuje předsudkům vůči jedincům se zrakovým postižením a v neposlední řadě se zabývá systémem péče pro osoby se zrakovým postižením. Druhá kapitola definuje nejčastější zraková onemocnění získaná v dospělém věku, zánětlivá onemocnění sítnice, dále se zabývá toxickými vlivy působícími na sítnici a cévnatku a závěr této kapitoly je věnován úrazům oka. V poslední části bakalářské práce je uskutečněn kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru se ženou, která ztratila zrak během své dospělosti. Cílem šetření je zjistit, jak se vyrovnává jedinec se získaným zrakovým postižením v produktivním věku a jak toto postižení ovlivňuje zejména osobní život jedince. Nejvýznamnějším zjištěním výzkumného šetření je významnost podpory rodiny a nejbližších při akceptaci zrakového postižení a postoj samotného jedince ke ztrátě zraku. Z výzkumného šetření vyplývá, že je důležité orientovat se na budoucnost a naučit se žít jiným způsobem. V neposlední řadě je důležité využívat služeb organizací pro nevidomé. Rozhovor je analyzován otevřeným kódováním za pomoci softwaru MAXQDA.

KLÍČOVÁ SLOVA

Akceptace, produktivní věk, zrakové postižení, zraková vada

ABSTRACT

The bachelor's thesis entitled Acceptance of visual impairment in working age is divided into three main chapters. The first chapter is devoted to a person with a visual impairment and the personality of an individual with a visual impairment, defines the terms productive age, acceptance and non-acceptance of a visual impairment, further deals with prejudices against individuals with a visual impairment and, last but not least, deals with the system of care for people with a visual impairment. The second chapter defines the most common visual diseases acquired in adulthood, inflammatory diseases of the retina, it also deals with toxic effects on the retina and choroid, and the end of this chapter is dedicated to eye injuries. In the last part of the bachelor's thesis, qualitative research is carried out in the form of a semi-structured interview with a woman who lost her sight during her adulthood. The investigation aims to find out how an individual copes with an acquired visual impairment in working age and how this impairment affects the individual's personal life in particular. The most significant finding of the research investigation is the importance of the support of the family and those closest to them in accepting visual impairment, and the attitude of the individual towards the loss of sight, the research investigation shows that it is important to aim toward the future and learn to live differently. Last but not least, it is important to use the services of organizations for the sightless. The interview is analyzed by open coding using MAXQDA software.

KEYWORDS

Acceptance, working age, visual impairment, visual defect

Obsah

Úvod.....	6
1 Člověk se zrakovým postižením v produktivním věku	7
1.1 Osobnost jedince se zrakovým postižením.....	7
1.2 Produktivní věk.....	9
1.3 Akceptace zrakového postižení	9
1.4 Předsudky a mýty o zrakovém postižení	13
1.5 Systém péče pro osoby se zrakovým postižením v dospělém věku	14
2 Zrakové postižení získané v dospělém věku.....	18
2.1 Získané zrakové vady	19
2.2 Zánětlivá onemocnění sítnice	22
2.3 Toxické vlivy působící na sítnici a cévnatku.....	24
2.4 Úrazy oka.....	25
3 Akceptace zrakového postižení v produktivním věku.....	30
3.1 Cíl výzkumu.....	30
3.2 Výběr vzorku	30
3.3 Metodologie	32
3.4 Rozhovor.....	33
3.5 Analýza rozhovoru.....	38
3.6 Výsledky	42
Závěr	52
Seznam použitých informačních zdrojů	54
Seznam příloh	58

Úvod

V moderní společnosti se setkáváme s různorodostí jednotlivých životních příběhů, z nichž některé zahrnují nečekané změny a výzvy. Jednou z takových významných změn je získané zrakové postižení v produktivním věku. Toto téma je nejen zásadní pro samotné osoby s postižením, ale má také významný dopad na rodinu a ostatní blízké daného člověka, zároveň poskytuje důležité informace vztahující se k oboru speciální pedagogiky, neboť se hlouběji zabývá problematikou získaného zrakového postižení. Tato bakalářská práce se zaměřuje na akceptaci zrakového postižení v dospělosti, s důrazem na individuální prožívání tohoto náročného procesu.

Bakalářská práce je diferencovaná do tří hlavních kapitol. První kapitola se podrobněji věnuje osobnosti jedince se zrakovým postižením, definuje pojem produktivní věk, dále se věnuje akceptaci ztráty zraku a kontrastuje ji s neakceptací zrakového postižení. Další podkapitola se zabývá předsudky, se kterými se lidé s postižením potýkají. První kapitola je zakončena systémem péče, která je určena osobám se zrakovým postižením v dospělém věku. Druhá kapitola se zaměřuje na zrakové vady, které jedinec může získat během svého života. Konkrétně se věnuje nejčastějším získaným zrakovým vadám, zánětlivým onemocněním sítnice, toxickým vlivům působícím na sítnici a cévnatku a v neposlední řadě se zaměřuje na úrazy oka, které vedou ke vzniku zrakového postižení. Tato část práce přináší pohled na fyziologickou stránku postižení, čímž si klade za cíl poskytnout komplexnější porozumění kontextu, ve kterém se tyto lidé nacházejí. Poslední kapitola je zaměřena na praktickou část, která přináší hlas samotných jedinců se zrakovým postižením prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s člověkem, který získal zrakové postižení v dospělosti. Cílem této části práce je zjistit, jak se vyrovnává jedinec se ztrátou zraku v produktivním věku a jak toto postižení ovlivňuje zejména jeho osobní život. Dále se praktická část věnuje oblastem života, které jsou pro akceptaci ztráty zraku nejnáročnější.

Tato bakalářská práce se snaží přispět k hlubšímu pochopení prožívání osob se získaným zrakovým postižením, přičemž si klade za cíl nabídnout informace, které mohou být využity pro další výzkum ve sféře podpory osob se zrakovým postižením.

1 Člověk se zrakovým postižením v produktivním věku

„Těžká nebo úplná ztráta zraku představuje v kterémkoliv věku závažnou změnu v životních možnostech takto postiženého člověka“ (Čálek et al., 1991, s. 5). Člověk, který se narodil se zrakovým postižením, vyrůstá ve vhodném prostředí, je od útlého věku veden k tomu využívat kompenzační pomůcky a v období dospívání si vybudoval vlastní identitu, s velkou pravděpodobností u takového jedince nedojde v dospělém věku k zásadním životním změnám či převratům. Jedinec, který získá zrakové postižení až během svého života, prochází velmi těžkou životní fází, která je náročná pro něj i jeho blízké. Způsob, jakým se jedinec vyrovná se ztrátou zraku, závisí zejména na několika aspektech. Podstatné je, v jakém sociálním prostředí se člověk nachází, dále akceptace ztráty zraku závisí na osobnosti jedince a jeho temperamentu a v neposlední řadě je důležité, zda se jedná o náhlou či postupnou ztrátu zraku. Náhlá ztráta zraku, která může být zapříčiněna například nešťastnou nehodou, a postupná ztráta zraku, kterou způsobí například degenerativní onemocnění sítnice, oba tyto případy ztráty zraku jsou značnou psychickou zátěží a ovlivní celý život jedince. Nicméně postupná ztráta zraku způsobuje dlouhodobější psychickou zátěž a může vyvolávat v jedinci pocity naděje při zlepšení stavu či pocity bezmoci při zhoršení stavu (Kimplová a Kolaříková, 2014; Květoňová a Šumníková, 2022).

1.1 Osobnost jedince se zrakovým postižením

Zrak je pro nás jeden z nejpodstatnějších smyslů, jelikož zhruba 80 % informací z okolí vnímáme prostřednictvím zraku (Novotný a Hruška, 2015). Ztráta zraku omezuje jedince v prostorové orientaci a samostatném pohybu, narušuje jeho kognitivní funkce, které zahrnují zejména myšlení, vnímání, pamatování, rozhodování a podobně (Hartl a Hartlová, 2010). A jak již bylo zmíněno v úvodu, způsobuje psychickou zátěž. Vliv na celkové utváření osobnosti jedince mají společenské vztahy a navazování kontaktu s lidmi bez postižení, dále pak výchovné styly a určitou roli v utváření osobnosti má i temperament jedince a způsob reakce na ztrátu zraku. Reakce na ztrátu zraku má několik fází. První fáze se nazývá počáteční šok, která se vyznačuje zejména úzkostí a strachem. Jedinec pociťuje strach zejména o svou budoucnost, o svůj život a sociální vztahy. Může se také objevit nezáměr o kontakt s okolím a celkový negativní přístup ke všemu, co daný člověk měl rád. Průběh první fáze také velmi ovlivní to, jak se jedinec umí vypořádat

s překážkami, které mu ztěžují život. Druhou fází je reaktivní deprese, která může trvat několik týdnů, pokud toto období přetrvává déle, je vhodné vyhledat odbornou pomoc. Tato fáze se vyznačuje hledáním viníka, agresí a vztekem na ostatní, ale i sebe sama. Dalším znakem tohoto období je obviňování zdravotnického personálu za vzniklé postižení. Bohužel součástí této fáze jsou i existenční myšlenky jedince a pokusy o sebevraždu. Jakmile začne postupně tato fáze truchlení přecházet a dochází ke zklidnění, nastává poslední fáze, která je označována jako období reorganizace. V této fázi si jedinec začíná uvědomovat, že nechce být závislý na druhé osobě a postupně se učí samostatnosti. Všechny tyto fáze reakce na ztrátu zraku nejsou přítomny u všech jedinců s postižením, někteří mohou určitá období vynechat či se u nich vyskytují v jiném pořadí (Čálek et al., 1991; Kimplová a Kolaříková, 2014). Zda došlo k určité změně osobnosti jedince po ztrátě zraku, lze nejlépe zhodnotit pomocí srovnání vlastního popisu osobnosti před ztrátou a následně po ztrátě zraku. Je podstatné zmínit, že většinou nedochází k výrazným změnám osobnosti jedince, avšak situace se odvíjí od toho, jaké životní cíle jedinec měl či má, jaké je jeho zaměstnání a volnočasové aktivity. V tomto případě často člověk nemůže setrvat na stejné pracovní pozici a často se mění i jeho záliby. Nicméně ačkoli nedochází ke značným změnám v osobnosti jedince, mohou se objevit poruchy chování či dokonce poruchy osobnosti, jelikož, jak již bylo zmíněno, ztráta zraku je nadmíru náročné období, které u jedince vyvolává psychickou krizi. V případě ztráty zraku dochází k ohrožení základních psychických potřeb, zvláště potřeby partnerských vztahů a pozdějšího založení budoucí rodiny. Jiné je to v případě, pokud jedinec rodinu má, v tomto případě často dochází ke změně postavení v rodině (Kimplová a Kolaříková, 2014; Květoňová a Šumníková, 2022).

Vliv na osobnost jedince se zrakovým postižením má několik faktorů. První faktor ovlivňující jedince je spojen se samotnou kvalitou zraku a kognitivními funkcemi, tedy zejména s vnímáním a poznáváním. Dalším faktorem je celkové ovlivnění osobnosti, a to zvláště přístupem k danému člověku, kdy může dojít k narušení prožívání jedince či ke změnám charakteru. Posledním faktorem je vliv okolí, tedy vliv sociálního prostředí. Tento faktor souvisí s předchozím zmíněným, a to jak k jedinci přistupuje okolí (Čálek et al., 1991).

Překážky a omezení osob se zrakovým postižením v každodenních činnostech

Pro potřeby této bakalářské práce lze považovat za nezbytné zmínit základní překážky osob se zrakovým postižením. Květoňová a Šumníková (2022) uvádějí podle Sharon Zell Sacks (in Corn, Erin, (2010), následující omezení. První z nich je informační deficit, který má poměrně značný vliv na psychiku jedince, jelikož drtivou většinu informací získáváme pomocí zraku, tudíž v důsledku nemožnosti vnímání okolních podnětů zrakem u jedince dochází k sensorické deprivaci. Druhým omezením je schopnost pohybu neboli mobilita. Člověk se zrakovým postižením je odkázán na pomoc druhé osoby, takzvaného svého průvodce, který jej doprovází na neznámých trasách. Málokdo z nás si dokáže uvědomit, jak jsou tyto situace náročné a jaké pocity vyvolávají v člověku se zrakovým postižením. Třetím omezením je redukování kontroly prostředí a vlastní osoby v prostředí. Toto poslední omezení se týká zejména navazování kontaktu s lidmi a problému započít komunikaci s lidmi bez postižení. Často ani lidé bez postižení netuší, jak mají komunikovat s lidmi se zrakovým postižením a mají z komunikace obavy. Beneš (2019) uvádí několik základních tipů, jak správně začít komunikovat. Je vhodné na člověka se zrakovým postižením promluvit a představit se, aby jedinec věděl, kdo s ním chce navázat kontakt. Ke kontaktu s nevidícím jedincem patří i běžné podání ruky, které je vhodné slovně doplnit, aby jedinec věděl, že mu ruku podáváme. Při ukončení konverzace je nezbytné zmínit, že odcházíme, a tedy konverzaci uzavřít (Beneš, 2019, Kimplová a Kolaříková, 2014; Šumníková, 2019).

1.2 Produktivní věk

Pro potřeby této bakalářské práce je nezbytné definovat pojem produktivní věk. Hartl a Hartlová (2010) definují pojem produktivní jako tvořivý či výkonný. Co se týče věkového rozmezí, tak se může nepatrně lišit. Obecně se uvádí rozmezí produktivního věku od 15 do 65 let. Český statistický úřad (2023) uvádí rozmezí věku od 15 do 64 let. Jedná se o období, kdy je daný jedinec schopen pracovat. Týká se tedy zejména věku člověka, ale ovlivňují jej i další faktory, jako je vzdělání, zdraví či rodinné zázemí jedince (Halbrštát, 2010).

1.3 Akceptace zrakového postižení

Akceptace neboli přijetí určitého postižení je poněkud všeobecný pojem, můžeme jej definovat jako neměnný způsob, jak daný jedinec zná konkrétní postižení, jaké emoce

v něm vyvolává a jak na tyto emoce reaguje. Akceptace vady či postižení je proces poznávání a osvojování si všech životních eventualit a zábran, které dané postižení přináší. Proces přijetí ztráty zraku, ale i jiného postižení je dlouhotrvající, značně náročný a přináší řadu překážek. Důležitým pojmem v akceptaci ztráty zraku je **primární akceptace zrakové vady**. „*Je to časový a psychologický moment, kdy postižená osoba začíná svou situaci brát věcně, emocionální odezva slábne a ustupuje stranou. Je to moment, kdy postižený ztrátu zraku uzná jako realitu, které je vhodné se nějak přizpůsobit*“ (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 61). Prvním ze znaků vnější akceptace je to, zda jedinec do určité míry je schopen sebeobsluhy a orientace v uzavřeném prostředí, které je jedinci dobře známo. Dále sem patří určitá samostatnost v písemné komunikaci, volnočasové aktivity, sociální kontakt s ostatními lidmi, některé základní manuální schopnosti, dále zde řadíme i pracovní oblast či resilienci jedince vůči předsudkům okolí, se kterými se může člověk s postižením setkat. Bohužel velmi často vyskytujícím se omezením prvotní akceptace ztráty zraku je takzvaná „falešná naděje“ opětovného návratu zraku. Takový člověk poté odmítá rehabilitaci a postupnou integraci do života běžné společnosti a jen doufá v návrat svého zraku. Tudíž poté dochází k odsunu rehabilitací a psychorehabilitací a celkový proces bývá pro jedince náročnější (Čálek, 1988; Kimplová a Kolaříková, 2014). Rehabilitace závisí zejména na dvou faktorech. První z nich jsou specifické kompenzační schopnosti a pomůcky, které jsou nabídnuty jedinci po ztrátě zraku. Druhým faktorem rehabilitace je postoj k tomuto procesu, k využívání kompenzačních a rehabilitačních pomůcek. Odmítání pomůcek a nabývání nových dovedností bývá jednou z největších komplikací rehabilitace. Takové odmítání se týká zvláště chůze s dlouhou bílou holí a čtení Braillova bodového písma, jelikož jedinci po ztrátě zraku toto považují za znak slepoty. Chůze s dlouhou bílou holí je pro člověka se zrakovým postižením velmi důležitá, jelikož otevírá možnosti v samostatnosti jedince, komplikací je však to, že tato pomůcka je na první pohled velmi viditelná a u osob s postižením vyvolává pocit studu. Proto je účelné, pokud se osoba během své výuky dozvídá o výhodách jednotlivých pomůcek a učí se nové dovednosti či schopnosti (Kimplová a Kolaříková, 2014; Květoňová a Šumníková, 2022). Značný význam v akceptaci zrakového postižení má rodina jedince. Jelikož člověk s postižením je na své rodině závislý, a to jak emocionálně, tak i z velké části po praktické stránce. Právě v rodině často dochází k předsudkům, může dojít až k úplnému odmítnutí jedince či

naopak k přehnané péči a starostlivosti. Časté může být i popírání ztráty zraku. Výraznou roli v postoji rodiny k postižení má také určitý nedostatek informací o dalších možnostech jedince a strach z reakce a přijetí okolím. Zásadním omezením v rodině u jedince po ztrátě zraku je tendence blízkých vykonávat všechny činnosti za něj, což často vyvolává pocity nedostatečnosti, nesamostatnosti či bezmoci (Čálek et al., 1991; Kimplová a Kolaříková, 2014).

Při akceptaci ztráty zraku je zásadní postoj daného člověka k celé situaci, jelikož se od tohoto postoje vyvíjí celkový způsob života, mezilidské vztahy, ale i osobnost jedince. V období přijímání ztráty zraku je klíčové, v jaké vývojové fázi se jedinec nachází, zda se jedná o dospělého člověka, dítě či adolescenta. V dospělosti může dojít ke ztrátě zraku v různém rozsahu a různé podobě. Mezi nejčastější příčiny ztráty zraku v dospělosti patří degenerativní onemocnění sítnice, glaukom, ztráta zraku v důsledku diabetu, úrazy oka či nádorová onemocnění. Dále je podstatný stupeň ztráty zraku, může se jednat o úplnou ztrátu zraku či částečnou. Dále dělíme ztrátu zraku na náhlou a postupnou ztrátu. U náhle ztráty rozlišujeme tři období vyrovnávání se s touto situací, které byly uvedeny již v předchozí kapitole. Postupná ztráta zraku má na jedince odlišný vliv než ztráta náhlá. Hovoříme o dlouhotrvajícím stavu, který může trvat několik let či desítky let a na psychiku člověka s postižením má značný vliv. Celkový stav zhoršuje, je-li zrak jedince proměnlivý. Depresivní stavy u postupné ztráty zraku jsou mnohem silnější, než je tomu u náhlé ztráty zraku. Pokud si člověk myslí, že je již vyřazen z běžného života a společnosti, jeho depresivní stavy se značně prohlubují. Nicméně i u postupné ztráty zraku se můžeme setkat s fází reorganizace, kdy jedinec přizpůsobuje svůj životní styl v oblastech, kde je to již potřeba, v důsledku postupného ztrácení zraku. Obě varianty ztráty zraku jsou pro člověka velmi náročným a komplikovaným obdobím, které má na psychiku jedince významný dopad. Proto je také velmi podstatný přístup lékaře při sdělování diagnózy a následné prognózy svému pacientovi. Vhodné je sdělit pravdivé informace s osobním přístupem, rozhodně neudržovat pacienta ve falešné naději. Je nezbytné, aby samotný lékař věřil, že i po ztrátě zraku se dá žít plnohodnotný život a nevyvolával v pacientovi pocity nejistoty. Je vhodné zmínit návrhy a možnosti rehabilitace pro daného jedince. Obecně se doporučuje začít s rehabilitací co nejdříve, jelikož riziko trvalých a závažných psychických poruch se snižuje (Čálek et al., 1991; Kimplová a Kolaříková, 2014).

Akceptace zrakového postižení v případě zachovalých zbytků zraku

Lze pokládat za významné ještě alespoň okrajově zmínit přijímání zrakového postižení v případě, že jsou zachovalé zbytky zraku. U člověka se zbytky zraku je důležité, aby se naučil, v jakých oblastech je ještě dobré využít zrak a kde je vhodnější spolehnout se na své ostatní smysly. Pokud jedinec nedokáže rozlišit, kde je již nutné využít jiné smysly a spoléhá se stále na svůj zrak, může to ovlivnit jeho celý život. Nicméně každý zachovalý zbytek zraku je nesmírně důležitý a je nutné jej rozvíjet a pracovat s ním. Akceptace částečné ztráty zraku je také velmi náročné a komplikované životní období, jako tomu je u úplné ztráty zraku. Omezením akceptace ztráty zraku se zachovalými zbytky vidění je zejména společenské uplatnění a takzvané sociální nepřijímání zrakové ztráty. „Osoba se nehodnotí podle svých podstatných lidských kvalit, ale podle toho, zda přece jen ještě něco vidí“ (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 64). Na jedince je vyvíjen poměrně velký tlak, jelikož není nevidomý, ale zároveň ani vidící. Společnost může tvrdit, že vidí bez obtíží, ale ve skutečnosti tomu tak není a jedinec to tak ani nemusí vnímat a může se potýkat s překážkami v osobnostním rozvoji, ve společenském uplatnění či v dalších životních oblastech (Čálek, 1988; Kimplová a Kolaříková, 2014).

Neakceptace zrakového postižení

K tématu akceptace zrakového postižení nevyhnutelně patří i nepřijetí ztráty zraku ze strany daného jedince. Nepřijetí ztráty zraku je velmi různorodé a v mnoha případech bývá latentní a velmi složité. Hovoříme o odmítání a neuznání eventualit a překážek, které postižení přináší. Člověk s postižením tedy odmítá poznat veškeré své možnosti a zachovává pouze negativní přístup. Jak už bylo zmíněno, samotná nonakceptace je velmi různorodá a lze ji diferencovat do několika skupin. Čálek (1991) rozděluje nepřijetí ztráty zraku do dvou skupin, a to zveličování dopadu postižení a odmítání dopadu postižení. Pokud jedinec zveličuje svou ztrátu zraku, domnívá se, že musí být plně odkázán na pomoc druhých osob a cítí se být bezmocný a odmítnutý. Nemá zájem o žádné kompenzační a rehabilitační pomůcky. V případě druhého postoje, tedy odmítání dopadu postižení se jedinec chová jako vidící osoba. Navzdory tomu neuznává pozitivní eventuality, které má k dispozici. Oba typy nonakceptace spolu úzce souvisí

a v některých případech se může vyskytovat smíšený typ. Společným rysem obou typů je nevyužívání životních eventualit (Čálek et al, 1991; Kimplová a Kolaříková, 2014).

1.4 Předsudky a mýty o zrakovém postižení

Předsudek či předpojatost je „*kriticky nezhodnocený úsudek a z něj plynoucí postoj, názor přijatý jedincem nebo skupinou*“ (Hartl a Hartlová, 2010, s. 454). Předsudky tvoří značnou část našeho vztahu k osobám se zrakovým postižením, jelikož lidé zauímají mnoho postojů k jedincům s handicapem. Bohužel významná část bývá spíše negativní a lidé se zrakovým postižením jsou často vnímáni jako závislí a bezmocní. Pro osoby s postižením bývá často náročnější vyrovnat se s negativními postoji intaktních jedinců než akceptovat samotné zrakové postižení. Lidé se zrakovým postižením zastávají také určité postoje či předsudky vůči intaktní společnosti, může se objevovat závist či pocit nepochopení druhé osoby (Corn a Erin, 2010; Kimplová a Kolaříková, 2014; Květoňová a Šumníková, 2022). Kimplová a Kolaříková (2014) rozlišují tři skupiny předsudků, a to podceňující, odmítavé a idealizující. Podceňující předsudky vnímají člověka se zrakovým postižením jako „chudáka“ a člověka, který potřebuje pomoci a politovat. Předsudky odmítavé vykreslují člověka se zrakovým handicapem jako nepotřebného. V minulosti byla ztráta zraku brána jako boží trest. Často se objevoval strach a obavy z nevidomých osob a lidé se jim snažili vyhýbat. Mezi idealizující předsudky patří domněnky intaktní společnosti o tom, že nevidomí mají lépe vyvinuté ostatní smysly, zejména hmat a sluch. Dále jsou nevidomí vnímáni jako mravně lepší než většinová populace. Objevují se i mýty o nadpřirozených schopnostech osob se zrakovým postižením. Za velmi negativní jsou považovány předsudky podceňující a odmítavé, ale i předsudky idealizující jsou pro osoby se znevýhodněním nepřijemné a často vnímány jako negativní. Nepříznivý je i postoj, kdy intaktní společnost vnímá nevidomé jako neschopné a nesamostatné osoby (Čálek, 1988; Čálek, 1991; Kimplová a Kolaříková, 2014). Vznik předsudků má několik faktorů, Čálek (1991) uvádí faktory historické, sociologické, psychologické a faktory reality. Historický pohled přináší předsudky z bývalého socialistického prostředí, ale také předsudky, které jsou způsobeny vlivem náboženským. Tyto předsudky jsou v lidech již zakořeněny a jedná se tedy o určité dědictví z náročných minulých dob. Sociologické hledisko závisí na tom, jaký postoj člověk se zrakovým postižením ve společnosti zastává. Předsudky ve společnosti či nepřijetí jedince se zrakovým postižením jsou často vyvolány odlišností nevidomých

osob, ale podstatné také je, jaké hodnoty daná společnost zastává. Psychologické hledisko obsahuje předsudky, které vznikají na základě neinformovanosti intaktních osob a předsudky vznikající v důsledku emocí. Řada intaktních jedinců má nedostatek informací o životě osob se zrakovým postižením. Každý člověk se vyrovnává se ztrátou zraku jiným způsobem, jedná se o velmi individuální proces. I z tohoto důvodu si mnoho lidí nedokáže představit prožívání a pocity jedinců při ztrátě zraku. Emoce, které rovněž řadíme pod psychologické hledisko předsudků vůči jedincům se zrakovým postižením, jsou také částečně součástí neinformovanosti intaktních jedinců. Lidé často vnímají ztrátu zraku u druhých velmi negativně a zastávají zejména záporné pocity a emoce. Nicméně lidé nevyjadřují pouze záporné emoce, objevují se například emoce jako je lítost a soucit, ale ve větší míře jsou spíše nevhodné, jelikož poté jsou vnímány nevidomé osoby jako nesamostatné. Takové předsudky mohou vést k vyloučení z běžného života. Poslední zdroj předsudků tvoří faktory reality. „*Faktory reality představují ty podněty pro vznik a uplatňování nepříznivých postojů (předsudků) vůči zřakově těžce postiženým osobám, které nejsou jen „pomyslné“, nýbrž vycházejí ze skutečných charakteristik činností a dalších vlastností těchto postižených*“ (Čálek et al., 1991, s. 71). Ztráta zraku způsobuje skutečná omezení či překážky v běžném životě, což u intaktní společnosti může vést k nepřijetí nevidomé osoby. Předsudky z hlediska reality způsobují překážky například v partnerském životě, kdy si žena uvědomuje, že nevidomý muž by pro ní byl dobrým manželem, ale v některých záležitostech by byla nucena převzít mužskou roli, nebo ženě nevyhovuje, že není schopen vykonávat některé praktické činnosti jako například řídit auto. Dalším faktorem reality může být, že člověk se zrakovým postižením nemusí působit „důstojným dojmem“, hovoříme zejména o vzhledu očí, jiném způsobu pohybu či odlišném navazování osobního kontaktu. Faktorům reality musíme věnovat zvláštní pozornost, aby nezpůsobily omezení v rámci sociálního přijímání osob se zrakovým postižením (Čálek et al., 1991; Kimplová a Kolaříková, 2014).

1.5 Systém péče pro osoby se zrakovým postižením v dospělém věku

Ztráta zraku v průběhu života a vyrovnávání se s ní je nesmírně náročná pro samotného jedince, ale i jeho blízké, jak již bylo zmíněno v předcházejících podkapitolách. Ztráta zraku je pro člověka psychická zátěž, která závisí na osobnosti jedince, na sociálním prostředí, ve kterém se nachází, ale také na tom, zda využije pomoc odborníků (Jesenský, 2002; Kimplová a Kolaříková, 2014). První ze systému péče

poskytující odbornou pomoc osobám při ztrátě zraku je **tyflopsychologie**. „*Tyflopsychologie je jedno z aplikovaných odvětví psychologie, které se zabývá světem vnímání lidí se zrakovým postižením a pojednává o zvláštích tohoto světa*“ (Kimplová a Kolaříková, 2014, s. 89). Tyflopsychologie zahrnuje i oblast interakce mezi intaktními lidmi a lidmi se zrakovým postižením. Pro osoby po ztrátě zraku lze využít současné psychologické disciplíny, avšak je nezbytné znát změny v životní situaci jedince. Odborník pracující s člověkem, který ztratil zrak, musí být tedy speciálně kvalifikovaný, musí být znalý ve způsobu života po ztrátě zraku a musí zvolit správnou techniku, která vyhovuje eventualitám a nutnostem osob se zrakovým postižením. V době, kdy jedinec ještě neakceptoval své zrakové postižení, se nedoporučuje využívat hloubkové analytické přístupy, ale Kimplová a Kolaříková (2014) uvádějí za vhodnější metodu zvolit nepřímé techniky, kupříkladu Rogersův přístup. Velmi pozitivní je, pokud se rehabilitace účastní jiný jedinec se zrakovým postižením, který již svou ztrátu zraku akceptoval. Je také nezbytné, aby se rehabilitačního procesu účastnila i rodina člověka se zrakovým postižením, jelikož jak již bylo řečeno, samotná ztráta zraku je psychickou zátěží i pro nejbližší. Psychická zátěž přináší negativní důsledky do života jedince i do života jeho blízkých. Ztráta zraku způsobuje často obavy o budoucnost jedince a naplnění základních hodnot, mezi které řadíme zejména partnerský život a založení rodiny. Výběr životního partnera může být ohrožen sociální izolací jedince. Lidé se zrakovým postižením vyvažují své znevýhodnění napodobením životního stylu intaktních osob, čímž dochází k sebeuspokojení jejich psychických potřeb. Pokud jedinec ztratil zrak v době, kdy rodinu již měl, hlavní překážkou bývá závislost člověka na rodině. Dalším psychickým důsledkem zrakového postižení je změna v zaměstnání, kdy daný jedinec má kvalifikaci k výkonu práce, ale nemůže ji vykonávat z důvodu ztráty zraku (Kimplová a Kolaříková, 2014; Květoňová a Šumníková, 2022; Matějček, 1986; Vágnerová, 1995).

System psychologické péče v České republice o jedince, kteří ztratili zrak, popisuje Kimplová (2003) ve svém výzkumu následovně. Střediska zabývající se péčí o tyto osoby by preferovala spíše psychologického pracovníka, který je specializován v oboru zrakového postižení a byl by schopen zvládat stres a zátěž spojenou s jejich znevýhodněním. Obdobně jako ostatní odborníci pracující s lidmi s postižením, ani psycholog nemůže disponovat předsudky vůči lidem se znevýhodněním. Dále se

doporučuje, aby psycholog nevyužíval příliš mnoho odborných pojmů a zvolil co nejvíce lidský přístup. Je také žádoucí, aby se psychologové více zaměřili na intaktní populaci a informovali ji o životě osob se zrakovým postižením.

Dále jako podpora osob se zrakovým postižením působí řada neziskových organizací, které nabízí například volnočasové aktivity, výuku samostatného pohybu a prostorové orientace, společná setkání a další. Jednou z organizací zabývajících se osobami se zrakovým postižením je **Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky (SONS)**. SONS je organizace, která podporuje tisíce jedinců s těžkým zrakovým postižením a nabízí řadu nutných služeb pro tyto osoby. Mezi základní poskytované služby řadíme sociálně aktivizační služby pro osoby s těžkým zrakovým postižením, poradenství o eventualitách a kompenzacích zrakového znevýhodnění klientů, poradenství ohledně pomůcek pro klienty, právní poradenství a další. SONS se spolu založenými obecně prospěšnými společnostmi, kterými jsou Tyfloservis, o. p. s. a TyfloCentrum, o. p. s., poskytují komplexní péči pro osoby s těžkým zrakovým postižením (SONS, 2022). **TyfloCentrum, o. p. s.**, poskytuje průvodcovskou a předčitatelskou službu osobám starším patnácti let, které mají zrakové postižení nebo zrakové postižení v kombinaci s dalším handicapem (TyfloCentrum Praha, o. p. s., 2010). **Tyfloservis, o. p. s.**, poskytuje služby osobám se zrakovým postižením starším patnácti let. Mezi základní poskytované služby řadíme zdravotně-edukační služby, které zahrnují zrakovou rehabilitaci, tedy nácvik využití zrakových funkcí, dále poradenství ohledně výběru pomůcek a samotný nácvik jejich použití, úpravy prostředí, využití kompenzačních smyslů a podporu při akceptaci zrakového postižení. Druhou skupinou poskytovaných služeb tvoří sociální rehabilitace, která zahrnuje sociální poradenství, nácvik sebeobsluhy, čtení a psaní Braillova bodového písma a další (Tyfloservis o. p. s., 2020). Dalším zařízením, které poskytuje služby a péči dospělým nevidomým osobám, je **Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina**. Hovoříme o zařízení, které poskytuje rehabilitační a rekvalifikační pobyt. Rehabilitační pobyt zahrnuje nácvik sebeobsluhy a mobility, psaní a čtení Braillova bodového písma a v některých případech mohou nabídnout i psychoterapeutickou pomoc. Rekvalifikační kurzy jsou uskutečněny formou rekvalifikačních programů, které probíhají jednotlivě. Při realizaci kurzu je kladen značný důraz na dovednosti klienta, ale i na konkrétní nároky budoucího zaměstnavatele. Rekvalifikační kurzy mohou vycházet ze stávající profese.

Klienti poté často pracují například jako maséři, dráteníci či se zabývají obsluhou osobního počítače (Květoňová a Šumníková, 2022; Středisko Dědina, o. p. s., 2023). Důležité je také zmínit zařízení poskytující péči osobám v seniorském věku. Hovoříme o domovech pro osoby se zdravotním postižením, kterými jsou **Palata – Domov pro zrakově postižené v Praze** a **Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně – Chrlicích (CSS)**. Tato zařízení jsou určena seniorům, průměrný věk klientů Palaty je 84 let. Domovy poskytují zejména pobytové, stravovací a odlehčovací služby. Klienti se v těchto zařízeních mohou zapojovat do terapeutických činností a mohou se tak účastnit například ergoterapie, muzikoterapie a podobně (CSS, 2023; Domov Palata, 2015; Květoňová a Šumníková, 2022).

Další služby, které poskytují podporu osobám se získaným, ale i vrozeným zrakovým postižením, jsou poradenské služby, které poskytují poradenství partnerům se zrakovým postižením, kteří chtějí založit rodinu. Následně mohou matky využít poradenské služby v období těhotenství (Květoňová a Šumníková, 2022).

Tato kapitola shrnuje základní poznatky o osobnosti jedince se zrakovým postižením, popisuje proces přijímání ztráty zraku, definuje překážky, se kterými se lidé po ztrátě zraku potýkají a v neposlední řadě přináší informace o systému péče pro tyto jedince.

2 Zrakové postižení získané v dospělém věku

Následující kapitola bude pojednávat o zrakovém postižení, které jedinec získá až v průběhu svého života. Řadíme sem zejména zrakové vady jako je glaukom či katarakta, sítnicové degenerace a významnou roli ve vzniku zrakového postižení u dospělých jedinců mají úrazy oka, které bohužel mohou potkat každého z nás.

Pro potřeby této bakalářské práce lze považovat za nezbytné alespoň v krátkosti definovat pojem dospělost. Dospělost je vrcholná fáze zrání, která začíná dosažením osmnáctého roku věku a je ukončena úmrtím člověka. Rozděluje se do několika kategorií. Rozlišujeme dospělost biologickou, emocionální, sociální a kognitivní. V tomto dlouhém životním období jedinec plní několik sociálních pozic. Patří sem základní naplňování sociálních rolí, jako je role v pracovním životě či role v osobním životě, kdy hovoříme o založení vlastní rodiny, s tím související výchova dětí a v seniorském věku odchod do důchodu (Hartl a Hartlová, 2010; Květoňová a Šumníková, 2022).

Termínem zrakové vady označujeme poruchy zrakového vnímání, které se projevují v různém rozsahu. Řadíme sem onemocnění oka s pozdějším oslabením zrakové percepce, dále pak úrazy oka a vrozené či získané anatomicko-fyziologické vady (Kimplová a Kolaříková 2014; Květoňová a Šumníková, 2022). Rozlišujeme několik základních typů zrakových vad. Kimplová a Kolaříková (2014) uvádějí čtyři základní typy, a to ztrátu zrakové ostrosti, poruchy zorného pole, okulomotorické poruchy a problémy se zpracováním zrakové informace. Květoňová a Šumníková (2022) zmiňují ještě pátý typ zrakových vad, a to poruchy barvocitu. Dle stupně zrakového postižení rozlišujeme dvě základní skupiny, a to slabozrakost a nevidomost. Slabozrakost je „*ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně*“ (Květoňová a Šumníková, 2022, s. 42). Rozlišujeme slabozrakost lehkou (vizus od 6/18 až do 6/60 na lepším oku) a těžkou (vizus od 6/60 až do 3/60 na lepším oku) (Kimplová a Kolaříková, 2014). Květoňová a Šumníková (2022) rozdělují slabozrakost do tří základních skupin, na lehkou, střední a těžkou. Druhou skupinu dle stupně zrakového postižení tvoří nevidomost. „*Nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 až po ztrátu světlocitu*“ (Hamadová et al., 2007, s. 39). Rozlišujeme nevidomost praktickou (vizus pod 3/60 do 1/60 včetně). U praktické nevidomosti může být poškozeno zorné pole, kdy je zachováno vnímání v rozsahu pět až deset stupňů. Dále rozlišujeme

nevidomost skutečnou (vizus pod 1/60). Světlocit je zachovalý, eventuálně je zachovalé i zorné pole, ale pouze v rozsahu pět stupňů a méně. Totální slepota se vyznačuje zachovalým světlocitem s chybnou projekcí až po úplnou ztrátu světlocitu (Květoňová a Šumníková, 2022).

2.1 Získané zrakové vady

Pro potřeby této výzkumné práce je nezbytné definovat základní zrakové vady, které se objevují až během života jedince, zejména v dospělém věku a stáří. Mezi nejčastější zrakové vady vyskytující se v dospělosti řadíme kataraktu, glaukom, diabetickou retinopatii a sítnicové degenerace (Kimplová a Kolaříková, 2014; Květoňová a Šumníková, 2022).

Katarakta neboli šedý zákal je stav, kdy dochází k zakalení čočky. Osoby, které trpí tímto onemocněním, popisují často své vidění jako „přes špinavé okno.“ Jedná se o jedno z nejčastějších očních onemocnění vyskytující se celosvětově. Rozlišujeme několik typů katarakty dle doby vzniku. První je katarakta vrozená, dále pak katarakta může vzniknout jako následek úrazu a poslední typ tohoto onemocnění je katarakta vyskytující se ve stáří, která je označována také jako senilní katarakta. Senilní katarakta se vyskytuje přibližně u 20 % osob se zrakovým postižením, které jsou starší 80 let. Šedý zákal u mladších jedinců může být často spojený i s jinými očními onemocněními. Mezi nejčastější onemocnění vyskytující se s kataraktou patří pigmentová retinopatie, glaukom či vysoká myopie neboli krátkozrakost. Tato onemocnění mohou způsobit makulární změny a mohou vést až k odchlípení sítnice. Léčba katarakty probíhá odstraněním zakalené čočky, která je poté nahrazena nitroočním implantátem (Beneš, 2019; Kimplová a Kolaříková, 2014; Květoňová a Šumníková, 2022).

Glaukom neboli zelený zákal je onemocnění, které je nejčastěji zapříčiněno vysokým nitroočním tlakem. „Změna nitroočního tlaku závisí na produkci komorové vody z ciliárního tělíska a snadnosti jejího odtoku do Schelemmova kanálu, který se nachází v duhovko-rohovkovém úhlu“ (Beneš, 2019, s. 194). Z tohoto důvodu může způsobit i oslepnutí. Existuje několik typů zeleného zákalu, jako je glaukom chronický či akutní nebo glaukom otevřeného úhlu a glaukom uzavřeného úhlu. Glaukom otevřeného úhlu je způsoben zvýšenou produkcí komorové vody. Tento typ glaukomu je velmi nebezpečný, jelikož zprvu bývá latentní a postupně může docházet k úbytku zraku. Glaukom

s uzavřeným úhlem je způsoben blokadí odtokových cest a projevuje se náhlým zvýšením nitroočního tlaku. Dalším projevem je bolest oka a záchvat. K celkovým symptomům glaukomu patří světlolachost, postupné úbytky zorného pole a snížená zraková ostrost. Jedinci trpící zeleným zákalem popisují vidění „jako v mlze.“ Výskyt glaukomu bývá v populaci uváděn mezi 1–2 % u osob ve věku 40 až 50 let. S vyšším věkem riziko stoupá. Léčba tohoto onemocnění závisí zejména na typu a stádiu, ve kterém se onemocnění nachází (Beneš, 2019; Hamadová et al., 2007; Kimplová a Kolaříková, 2014).

Diabetická retinopatie vzniká jako následek diabetu (cukrovky). Diabetes je onemocnění projevující se nedostatkem inzulínu (Machová, 2021). U tohoto onemocnění dochází ke změnám v očních cévách, což znamená, že dochází ke krvácení na sítnici, které může způsobit její odchlípení. Diabetická retinopatie se projevuje zpravidla po několika letech, přibližně po deseti letech, avšak u mladších osob i dříve. Počet pacientů s diabetem stoupá a přibližně 2 % populace ztratí zrak v důsledku onemocnění cukrovky. Vidění osob s diabetickou retinopatií je velmi proměnlivé a obtíže se projevují u mnoha běžných činností. Jedinci pociťují obtíže při práci na blízko, jako je čtení či vyplňování formulářů a podobně. Dále mají potíže s osobní hygienou, u činností jako je holení či stříhání nehtů. Pro tyto jedince jsou náročnější i běžné činnosti v domácnosti z důvodu neostrého vidění. Typickými projevy diabetické retinopatie jsou neostře vidění, úbytky zorného pole, později může dojít k poškození centrálního vidění, může se objevit i světlolachost. Diabetická retinopatie se může vyskytovat v kombinaci s kataraktou či glaukomem (Beneš, 2019; Finková et al., 2007; Kimplová a Kolaříková, 2014; Květoňová a Šumníková, 2022).

Onemocnění sítnice

Do této skupiny onemocnění řadíme mnoho chorob postihující sítnici různého rozsahu, vyskytující se v rozdílném věku. Hlavní skupinu tvoří degenerace sítnice, dále zde řadíme zánětlivá onemocnění, toxické vlivy působící na sítnici a v neposlední řadě onemocnění sítnice jako následek sekundárního onemocnění, jako je například již zmíněná diabetická retinopatie (Kimplová a Kolaříková, 2014; Studnička et al., 2018).

Sítnicové degenerace

Sítnicové degenerace zahrnují řadu degenerativních chorob, pro které je typická oboustrannost a různorodá progresse. Hovoříme o nezánětlivých onemocněních, která

často můžeme rozdělit do dvou skupin, a to periferní a centrální dle postihnutého úseku (Kimplová a Kolaříková, 2014).

Věkem podmíněná makulární degenerace

Jedná se o progresivní onemocnění, které postihuje centrální část sítnice a cévnatky. Rozlišujeme dva typy této degenerace. Prvním typem je „suchá“ atrofická forma vyskytující se u většiny pacientů, přibližně u 80 % až 90 %. Tato forma je typická svým pozvolným progresem. Na tuto formu degenerace dosud není známa žádná léčba. Druhý typ věkem podmíněné makulární degenerace tvoří „vlhká“ exsudativní forma, která je typická svým prudkým progresem. Tato forma je však méně častá a je přítomna přibližně u 10 % až 20 % pacientů s tímto onemocněním. Ve většině případů je vlhká forma příčinou praktické slepoty. Přibližně u 26 % případů dochází ke změně, tedy atrofická forma přechází do formy exsudativní. Příčiny věkem podmíněné makulární degenerace jsou multifaktoriální. Mezi nejčastější příčiny se řadí nevhodný životní styl (kouření), dědičnost, věk, rasa (vyskytuje se častěji v bělošské populaci), ale také zvýšené vystavování se světlu. Riziko vzniku věkem podmíněné makulární degenerace zvyšuje i snížená obranyschopnost imunitního systému. Tato choroba má různorodé klinické projevy, mezi ty nejčastější řadíme snížení centrálního vizu, obtíže při běžných činnostech vyžadujících schopnost diferencovat detaily, jako je například schopnost číst, psát nebo vykonávat ruční práce. Dalším příznakem jsou výpadky v zorném poli, zvýšená citlivost na světlo, snížená schopnost rozlišovat jednotlivé barvy a snížená kontrastní citlivost. U většiny pacientů s tímto onemocněním nedochází k úplné slepotě, jelikož periferní vidění bývá zachováno (Beneš, 2019; Kolář et al., 2008; Studnička et al., 2018).

Pigmentová degenerace

Dalším degenerativním onemocněním je pigmentová degenerace vznikající na genetickém podkladě. Toto onemocnění postihuje zejména tyčinky, což jsou světločivné buňky nacházející se na periférii sítnice. Prvním projevem onemocnění je šeroslepost. Dále dochází k zužování zorného pole a nastává takzvané trubicovité vidění. V pokročilém stádiu dochází k úbytku centrálního vidění. Běžnými příznaky tohoto onemocnění je světloplachost, snížená schopnost rozeznávat barvy, která může vést až k achromatopsii. Dalším příznakem jsou obtíže s adaptací na světlo. U pigmentové degenerace se mohou objevit další onemocnění, mezi nejčastější patří katarakta

a odchlípení sklivce. Pigmentová degenerace postihuje osoby ve věku nejčastěji mezi 18. až 30. rokem života a objevuje se přibližně u jednoho jedince z 5000 osob ve vyspělých státech (Beneš, 2019; Kimplová a Kolaříková, 2014).

Myopická degenerace sítnice (patologická myopie)

Jedná se o onemocnění působící změny na sítnici u pacientů trpících vysokou myopií (krátkozrakostí). Postupně dochází k nevratnému poškození zrakových funkcí. Výskyt tohoto onemocnění je zvýšený v asijských zemích (vyskytuje se zhruba u 10 % populace), v Evropě a Spojených státech amerických postihuje přibližně 2 % populace. Rizikovým faktorem je věk jedince, dědičnost a příčinou vzniku choroby může být i větší předozadní délka oka. Mezi klinické symptomy řadíme snížení centrální zrakové ostrosti, které probíhá postupně, dále výpadky v zorném poli a pacienti mohou zaznamenat mlhavé vidění (Studnička et al., 2018).

Leberova hereditární neuropatie optiku

Hovoříme o geneticky podmíněném onemocnění, které se zprvu projevuje monokulárně, ale brzy se mění v oboustranné postižení. Tato choroba je vyvolána hereditární atrofií vláken optického nervu. Hlavním projevem je úbytek zrakové ostrosti, nejdříve monokulárně, dále dochází ke snížení schopnosti diferencovat jednotlivé barvy, objevují se i centrální skotomy. Leberova hereditární atrofie nastupuje nejčastěji mezi patnáctým a třicátým pátým rokem života (Beneš, 2019; Studnička et al., 2018).

2.2 Zánětlivá onemocnění sítnice

Zánětlivá onemocnění sítnice mají mnoho příčin. Hovoříme zejména o virových infekcích, infekcích, které jsou způsobeny parazity či může dojít k zanícení sítnice krví (Kimplová a Kolaříková, 2014).

Akutní retinální nekróza

Jedná se o zánět sítnice a žilnatky s velmi rychlým průběhem. Tento stav ohrožuje zrak jedince a hlavním projevem je akutní pokles zrakové ostrosti, který je velmi často doprovázen bolestí očí. Toto onemocnění je však poměrně vzácné, jelikož postihuje přibližně 0,5–1 jedince na jeden milion obyvatel ročně. Častější výskyt onemocnění je u mužů a u imunokompetentních jedinců. Původcem onemocnění jsou herpes simplex virus a herpes zoster virus (Heissigerová in Studnička et al., 2018).

Nezbytné je také zmínit onemocnění zvané progresivní zevní retinální nekróza, které probíhá téměř stejně jako akutní retinální nekróza, ale její průběh je více fulminantní. Postihuje imunokompromitované jedince a původcem onemocnění je herpes zoster virus (Mach et al., 2012; Heissigerová in Studnička et al., 2018).

Cytomegalovirová retinitida

Hovoříme o infekčním onemocnění sítnice postihující zejména imunokompromitované jedince či osoby se získaným selháním imunity. Dále se také může objevit u jedinců po transplantacích. Hlavním projevem je snížení zrakové ostrosti a skotomy v zorném poli. Zanedbání léčby může vést až ke slepotě. Původcem tohoto onemocnění je cytomegalovirus (Stepanov et al., 2014; Heissigerová in Studnička et al., 2018).

Chronická retinální nekróza

Jedná se o onemocnění postihující imunosuprimované jedince či osoby trpící diabetem. Projevuje se sníženou zrakovou ostroší, avšak periferní oblast může být bezpříznaková. Původcem onemocnění je cytomegalovirus (Heissigerová in Studnička et al., 2018).

HIV infekce sítnice

V krátkosti lze považovat za nezbytné zmínit i tento závažný typ onemocnění, které je zapříčiněno retrovirem lidské imunodefience (Machová, 2021). Zrakové obtíže jsou častým nálezem u HIV pozitivních jedinců, kteří se nachází ve stádiu hlubokého imunodeficitu. Hlavním projevem HIV infekce sítnice je snížená zraková ostrost, ale může probíhat i bez symptomů. Snížená imunita organismu může vést ke vzniku dalších infekcí, kupříkladu se může objevit cytomegalovirus či retinitida. Tyto oportunní infekce se léčí podle původce onemocnění (Linzerová et al., 2018; Heissigerová in Studnička et al., 2018).

Mezi další zánětlivá onemocnění mající vliv na zrakové funkce řadíme toxoplasmózu, která může být vrozená či získaná a často se jedná o recidivující zánět. Hlavním symptomem je pokles zrakové ostrosti. Dále považujeme za nezbytné zmínit tuberkulózu, infekční onemocnění, které se může projevit na kterémkoliv orgánu v lidském těle. Tuberkulóza může způsobit pokles zrakové ostrosti. Projevuje se bolestí

oka, častým slzením a světlolachostí. Dalším zánětlivým onemocněním je lues neboli syfilis. Jedná se o nemoc přenosnou pohlavním stykem. Způsobuje snížení zrakové ostrosti a poruchy v zorném poli. Další onemocnění, která mohou způsobit zhoršení zraku, jsou borelióza – lymfská nemoc, endogenní endoftalmitída či vzácně Whippleova nemoc (Studnička et al., 2018).

2.3 Toxické vlivy působící na sítnici a cévnatku

Mezi látky, které mohou působit změny na sítnici, patří deriváty chlorochinu. První z těchto derivátů je Chlorochin, což je lék, který byl poprvé využit ve 40. letech minulého století proti malárii. Dnes se využívá k léčbě revmatoidní artritidy či amebiázy. Po překročení denních dávek a dlouhodobém užívání může následně dojít k retinopatiím. Prvním příznakem toxického poškození jsou výpadky zorného pole. Další lék, který může způsobit toxickou retinopatii, je Hydroxychlorochin. Tento lék se také užívá k léčbě například revmatoidní artritidy, avšak jeho nežádoucí účinky jsou o mnoho nižší. Mezi hlavní klinické příznaky patří snížení zrakové ostrosti a paracentrální výpadky zorného pole. Další skupinou látek, které mohou vést ke změnám na sítnici, jsou Fenothiaziny. Zde patří Thioridazin, jehož každodenní užívání může způsobit toxické retinopatie. Hlavním symptomem je rozostřené vidění, dále se může objevit dyschromatopsie či nyktalopie (šeroslepost). Dalším lékem ohrožující zrak jedince je Chinin sulfát. Lék, který se ve 40. letech 20. století využíval k léčbě malárie, v současné době se využívá k léčbě nočních svalových křečí. Oční toxicita vzniká po překročení doporučené denní dávky. Pacienti zaznamenávají sníženou zrakovou ostrost a zužování zorného pole. Poslední dvě skupiny látek, o kterých se budeme zmiňovat, jsou Deferoxamin a Cisplatina. Deferoxamin se v minulosti užíval u jedinců po opakovaných krevních transfuzích za účelem zvýšení množství železa. Vysoká dávka tohoto léku mohla způsobit retinální toxicitu. Ke klinickým symptomům řadíme snížení vizu, centrální i periferní výpadky zorného pole. Poslední zmiňovaný lék, Cisplatina, se dnes využívá k léčbě karcinomu prsu či maligních gliomů. Bohužel i tento lék má nežádoucí účinky vedoucí k rozvoji retinální toxicity. V tomto případě dochází ke třem různým typům retinální toxicity. První typ způsobuje pigmentové retinopatie makuly, což vede k vysokému poklesu zrakové ostrosti. U druhého typu dochází k edému optického nervu a k makulárnímu edému. Poslední třetí typ vede ke vzniku sítnicové vaskulární poruše či může způsobit papilitidu optického nervu. Tyto obtíže se objevují u většiny

jedinců, kteří se léčí s maligním gliomem a lék jim byl podáván intraarteriálně. Hlavním příznakem je trvalý pokles zrakové ostrosti či vznik sekundárních onemocnění jako je sekundární glaukom (Hugo a Vokurka, 2015; Stěpanov in Studnička et al., 2018).

2.4 Úrazy oka

Úraz oka či obou očí může potkat každého z nás během našeho života. Mezi nejčastější rizikové faktory vzniku úrazu řadíme věk jedince, pohlaví a místo vzniku. Zpravidla se oční úrazy objevují u mužů kolem 30. roku věku. Dusová in Studnička (2018) uvádí podle amerického registru očních úrazů (USEIR), že nejvíce úrazu je způsobeno v domácnosti (42 %), další místo, kde dochází ke vzniku očních úrazů, je zaměstnání (19 %) a sportovní prostředí (13 %). V dětském věku dochází k úrazům nejčastěji při manipulaci s určitými předměty, zejména s hračkami. Oční úraz může mít dlouhodobé následky celoživotního charakteru, a proto by rodiče dětí měli být obezřetní, aby k takovým případům docházelo v nejnižší možné míře. Bohužel celkově k očním úrazům dochází během nešťastných událostí, jako jsou autonehody či při práci s chemickými látkami. Úrazy oka patří k nejčastějším událostem zapříčiňujícím monokulární slepotu. Vznik monokulární slepoty v důsledku očního poranění uvádí i americký registr očních úrazů (USEIR), podle tohoto registru dochází k monokulárním očním úrazům až v 75 % případů. Avšak může dojít k přenosu nemoci do druhého oka, prostřednictvím chiasmatu, což je místo křížení zrakových nervů (Beneš a Vrubel, 2017). Aby nedocházelo k tomuto přenosu, je vhodné poraněné oko vyjmout (Květoňová a Šumníková, 2022; Dusová in Studnička et al., 2018).

Úrazy oka dělíme do několika skupin, a to otevřená poranění očního bulbu, uzavřená poranění očního bulbu, následky mechanických očních úrazů na zadním očním segmentu a následky jiných úrazů na zadním segmentu oka. **Otevřená poranění očního bulbu** jsou akutní úrazy vyžadující urgentní lékařskou péči. Klinickým příznakem je pokles zrakové ostrosti a bolest oka. U takových poranění dochází ke krvácení, poruše celistvosti stěny oka či k otoku oka a podlitině v periorbitální oblasti. Do této skupiny poranění řadíme rupturu bulbu, lacerace bulbu (penetrující poranění bulbu, cizí nitrooční těleso a perforující poranění bulbu). Ruptura bulbu patří mezi nejzávažnější oční poranění, které vzniká tupým nárazem a v důsledku toho dochází k fulminantnímu nárůstu nitroočního tlaku. Rizikovým faktorem bývá vysoká myopie či již předchozí

operace oka. Při ruptuře bulbu hrozí výrazné zhoršení zrakové ostrosti, proto je nezbytný urgentní lékařský zásah. Dalším typem otevřeného poranění očního bulbu jsou lacerace bulbu. Lacerace bulbu je nejčastěji způsobena ostrým předmětem, kdy je narušena celková vrstva oční stěny. Prvním podtypem těchto úrazů jsou penetrující poranění očního bulbu, jedná se tedy o poranění ostrým předmětem a „*rána vzniká v místě nárazu zevním mechanismem*“ (Studnička et al., 2018, s. 379). Další podkategorií lacerace bulbu jsou cizí nitrooční tělesa, která se nejčastěji vyskytují při penetrujícím či perforujícím očním úrazu. Pokud do oka pronikne železný předmět, může způsobit heterochromii, glaukom, pigmentovou degeneraci sítnice či při dlouhém trvání i atrofii terče zrakového nervu. Přítomnost měděného předmětu v oku může způsobit například chronickou uveitidu, zelený zákal, zákal ve sklivci či zbarvení duhovky do zelené barvy. Při výskytu cizího nitroočního tělesa je nezbytný chirurgický zákrok. Pokud se jedná o drobná tělesa, jako jsou sklo či plast, je možné tyto předměty v oku ponechat, ale v tomto případě je nutné pacienta sledovat. Posledním podtypem lacerace bulbu jsou perforující poranění, která jsou také způsobena ostrým předmětem. Dochází ke dvojité laceraci, takzvané ke vstupu a výstupu daného tělesa. Oční stěna je zasažena po celé tloušťce. Při perforujícím poranění dochází často ke svalovému stahu sklivcových pruhů či odchlípení sítnice. Nejdříve musí být ošetřena vstupní rána poranění a poté je provedena operace výstupní rány. Zhruba třetina pacientů s perforujícím poraněním bulbu musí podstoupit vyjmutí oka (Hugo a Vokurka, 2015; Dusová in Studnička et al., 2018).

Dalším typem úrazu oka jsou **uzavřená poranění očního bulbu**. Řadíme sem kontuzi neboli zhmoždění bulbu a částečnou laceraci bulbu. Tato poranění ve většině případů nevyžadují akutní lékařskou péči. Kontuze bulbu nejčastěji vzniká úderem pěstí, loktem, zvířecím kopnutím či při sportovních událostech, kdy dojde k úderu míčem či například silným proudem vody při hasičských soutěžích. Kontuze může způsobit krvácení do oční komory či zvětšení zornic, ale také může vést k závažnějším poraněním. Mezi ty častější řadíme odchlípení sítnice či kontuzní retinopatii. Méně často dochází ke sklivcovému krvácení a ruptuře cévnatky. Druhý typ uzavřeného poranění, částečná lacerace bulbu, je způsobena ostrým mechanismem a oční stěna je poraněna jen částečně. Následky tohoto poranění závisí zejména na poškození sítnice (Dusová in Studnička et al., 2018).

Následky mechanických očních úrazů jsou dalším typem poranění oka, která se mohou vyskytovat u otevřených i uzavřených poranění. Patří sem sklivcové krvácení, trhliny sítnice, odchlípení sítnice, subhyaloidní krvácení, kontuzní retinopatie neboli komoče sítnice, chorioretinitis sciopetaria, ruptura cévnatky, traumatická makulární díra, traumatická dislokace čočky, proliferativní vitreoretinopatie, endoftalmitida a symptomatická oftalmie. Sklivcové krvácení je stav, kdy může dojít ke krvácení způsobené kteroukoliv tkání oka od duhovky až po zrakový nerv. Pokud nedojde k odstranění sklivcového krvácení, může dojít k sekundárním onemocněním, zejména hrozí vznik glaukomu, katarakty, epiretinální membrány či odchlípení sítnice. Další podkategorii tvoří sítnicové trhliny. *„Sítnicová trhlina je definována jako defekt neurosenzorické sítnice v celé její tloušťce“* (Dusová in Studnička et al., 2018, s. 343). Rozlišujeme pět typů sítnicových trhlín, a to podkovovitou trhlínu, trhlínu s víčkem ve sklivci, atrofickou sítnicovou díru, obrovskou sítnicovou trhlínu a sítnicovou dialýzu, také známou jako orální trhlina, která ve větším rozsahu může způsobit překlopení sítnice. Mezi klinické symptomy řadíme zejména světelné záblesky a „létající mušky“ v zorném poli. Častější výskyt trhlín může být při myopii, operaci šedého zákalu, tupém úrazu očního bulbu či odchlípení sítnice vyskytující se na sekundárním oku. Následujícím podtypem poranění je odchlípení sítnice. *„Chorobný stav zadního segmentu oka, při kterém je smyslový epitel sítnice (neuroretina) odloučen od retinálního pigmentového epitelu“* (Dusová in Studnička et al., 2018, s. 335). Existují tři druhy odchlípení sítnice, a to rhegmatogenní, serózní a trakční. U rhegmatogenního typu dochází k proniknutí tekutiny trhlínou ze sklivcové části do subretinální oblasti. Častější výskyt tohoto odchlípení je u osob s myopií, afakii neboli u nepřítomnosti čočky v oku či u jedinců, u kterých došlo k tupému poranění očního bulbu. Hlavními symptomy jsou snížení zrakové ostrosti, dále se u jedinců objevuje stín či clona v zorném poli a světelné odlesky. V tomto případě je nutný urgentní lékařský zákrok, aby došlo k uzavření všech trhlín. Serózní odchlípení sítnice je zapříčiněno únikem tekutiny pod sítnici, kdy trhliny v sítnici nejsou přítomny. Tento stav může způsobit řadu onemocnění jako jsou zánětlivé choroby, nitrooční nádory, vrozené anomálie terče optického nervu či sítnicové cévní choroby. U tohoto typu odchlípení často dochází ke snížení zrakové ostrosti. Posledním typem odchlípení sítnice je trakční odchlípení. *„Trakční odchlípení sítnice je způsobeno mechanickou předozadní nebo tangenciální trakcí za sítnici, která způsobuje odloučení*

neuroepitelu sítnice od retinálního pigmentového epitelu“ (Dusová in Studnička et al., 2018, s. 341). Trakční odchlípení sítnice často vzniká jako následek úrazů, dále po rozsáhlejších sklivcovém krvácení či při retinopatii nedonošených. Stejně jako u předchozího typu i zde je velmi obvyklý pokles zrakové ostrosti. Další kategorii patřící pod následky mechanických očních úrazů na zadním očním segmentu tvoří subhyaloidní krvácení. Jedná se o stav, kdy se mezi sítnicí a zadním pólem sklivce nachází krev. Pokud se krev vyskytuje před žlutou skvrnou, dochází k významnému poklesu zrakové ostrosti. Následujícím podtypem poranění je kontuzní retinopatie neboli komoce sítnice, která vzniká jako následek tupého poranění oka. U tohoto typu zhmoždění oka vzniká zakalení sítnice do šedobělé barvy. Zkazení sítnice vzniká z důvodu poškození světločivných buněk a retinálního pigmentového epitelu. Dalším poraněním z této kategorie je chorioretinitis scioptaria. *„Vzniká po tupém, uzavřeném poranění oka vysokorychlostním tlakovým mechanismem“* (Dusová in Studnička et al., 2018, s. 389). Jedná se zejména o střelné poranění, úder menším míčem při sportovních událostech či o výbuch výbušniny v blízkosti obličeje. Takové poranění často způsobuje roztržení sítnice a cévnatky či může dojít ke sklivcovému krvácení. Dalším poraněním, o kterém se v krátkosti zmíníme, je ruptura choroidey. Ruptura choroidey je trhлина či roztržení cévnatky, které nejčastěji vzniká po zhmoždění (kontuzi) oka. Dalším závažným poraněním oka je traumatická makulární díra, která se může objevit jako následek kontuzního poranění očního bulbu. Vyskytuje se několik hodin až týdnů po úrazu. Po úrazu oka může také dojít k dislokaci neboli odchýlení čočky. Může dojít ke změně lokace čočky do přední komory, do sklivcové oblasti či může vést k úplné dislokaci ven z oka. Dalším velmi závažným poraněním, které vzniká po otevřeném úrazu oka, je proliferativní vitreoretinopatie. U vitreoretinálních stavů je vysoké riziko těžkého poškození zraku, pokud není jedinci včas poskytnutá odborná péče. Nejčastěji se vyskytuje jako následek perforujícího poranění oka, naopak méně často se objevuje po proniknutí cizího nitroočního tělesa do očního bulbu. Avšak riziko proliferativní vitreoretinopatie zvyšuje možné krvácení cévnatky, vyskytující se zánět, odchlípení sítnice či rána, která je větší než jeden centimetr (Ernest, 2012; Dusová in Studnička et al., 2018). Další velmi obávanou komplikací poranění oka je endoftalmitida. Riziko endoftalmitidy zvyšuje přítomnost cizího nitroočního tělesa či současné poškození čočky. Endoftalmitida může také vzniknout jako následek po operaci katarakty (Ernest, 2000;

Dusová in Studnička et al., 2018). Poslední ze skupiny poranění, které vznikají následkem mechanického úrazu oka, je sympatická oftalmie. „*Je vzácně se vyskytující oboustranný granulomatózní zánět uveální tkáně vyskytující se po předchozím otevřeném poranění oka*“ (Dusová in Studnička et al., 2018, s. 394). Nejedná se pouze o následek úrazů, ale často se objevuje po nitroočních operacích, a to nejčastěji do jednoho roku po zákroku či úrazu.

Poslední skupinou poranění očního bulbu jsou **následky jiných než mechanických úrazů na zadním segmentu oka**. Do této skupiny úrazů řadíme solární retinopatii, Valsalvovu retinopatii, Purtscherovu retinopatii a Tersonův syndrom. Solární retinopatie je také označována jako makulopatie svářečů, jedná se tedy o „*fotochemické postižení sítnice způsobené světlem*“ (Dusová in Studnička et al., 2018, s. 394). Mezi rizikové faktory vedoucí ke vzniku poškození sítnice řadíme zejména přímé pozorování zatmění Slunce, sváření bez ochranných brýlí, vyšší riziko je u jedinců, kteří mají průzračnou (čirou) čočku. Několik hodin po vystavování se světlu nastupuje bolest hlavy, pokles zrakové ostrosti a výpadky zorného pole. Za několik měsíců se zraková ostrost postupně zlepšuje, avšak centrální skotomy přetrvávají. Další komplikací, která způsobuje snížení zrakové ostrosti, je Valsalvova retinopatie. Jedná se o preretinální krvácení, které je způsobeno vysokým nitroočním tlakem. Další poranění patřící do této skupiny je Purtscherova retinopatie, což je „*hemoragická okluzivní vaskulopatie, která vzniká po těžkých úrazech hlavy, hrudníku, páteře, při zlomeninách dlouhých kostí*“ (Dusová in Studnička et al., 2018, s. 396). Stejně jako předchozí zmíněné retinopatie i tato způsobuje pokles zrakové ostrosti, který se vyskytuje zvláště oboustranně, nicméně může vést pouze i k monokulárnímu poklesu zrakové ostrosti. Bohužel je tato retinopatie neléčitelná, ale je nezbytné jedince s tímto postižením sledovat. Určité zhoršení zrakové ostrosti přetrvává zhruba u poloviny případů. Poslední podkategorii tvoří Tersonův syndrom. Jedná se o nitrooční hemoragii, kterou doprovází akutní nitrolební krvácení. Ačkoli se jedná o závažný stav, prognóza zrakové ostrosti bývá přívětivá (Studnička et al., 2018).

Tato kapitola shrnuje nejpodstatnější zraková postižení vznikající v dospělém věku. Definuje základní zrakové vady, zánětlivá onemocnění oka a úrazy oka, které mohou vést k velmi závažným a ireverzibilním stavům.

3 Akceptace zrakového postižení v produktivním věku

Praktická část bakalářské práce se bude zabývat výzkumem, který je zaměřen na průběh akceptace ztráty zraku v produktivním věku. Konkrétně tento proces bude sledován u ženy, která ztratila zrak postupně během svého života.

Akceptace zrakového postižení je velmi individuální a náročný proces, jelikož u každého jedince probíhá jiným způsobem. Záleží zejména na osobnosti a temperamentu konkrétního jedince. Ve výzkumné části bude reflektován polostrukturovaný rozhovor se ženou, která ztratila zrak během své dospělosti.

3.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jak se vyrovnává jedinec v produktivním věku se získaným zrakovým postižením, a jak toto postižení ovlivňuje zejména jeho osobní život. Výzkumné šetření se zaměřuje na zvládání běžných každodenních činností, dále jak ztráta zraku ovlivňuje rodinný život jedince a jakým způsobem se změnily zájmy a zaměstnání jedince po ztrátě zraku.

Předpokládaným výstupem práce je zjistit, jak se vyrovnává člověk v produktivním věku se získaným zrakovým postižením, v čem je akceptace ztráty zraku nejnáročnější a co konkrétnímu jedinci pomáhá s akceptací ztráty zraku.

V rámci výzkumné části bakalářské práce je stanovena jedna hlavní výzkumná otázka a čtyři dílčí výzkumné otázky.

HVO: Jaké faktory ovlivňují akceptaci získaného zrakového postižení?

DVO1: V jakých běžných činnostech je akceptace ztráty zraku nejnáročnější?

DVO2: Jak ztráta zraku jedince ovlivňuje jeho rodinný život?

DVO3: Jak ovlivňuje zrakové postižení jedince jeho pracovní život a volnočasové aktivity?

DVO4: Co nejvíce jedinci pomohlo s jeho akceptací ztráty zraku?

3.2 Výběr vzorku

Výběr respondenta pro kvalitativní výzkum musí být a priori promyšlený a účelný. Volba vzorku vychází nejčastěji z rozhodnutí výzkumníka či na základě teoretické části

práce. Další způsob volby respondenta může probíhat na základě cílů a výzkumných otázek dané práce. Není tedy vhodné ani možné volit příliš rozsáhlý vzorek. Vždy proto vybíráme konkrétní případ do daného výzkumného šetření (Chrastina, 2019). Různí autoři definují odlišné strategie výběru vhodného vzorku pro výzkumné účely. Například Flyvbjerg (2006) rozlišuje dva principy při volbě respondentů. První z nich je strategie náhodného výběru, která má za cíl vybrat takzvaný „důstojný“ vzorek, aby mohlo poté dojít ke generalizaci pro společnost. Tento způsob se však příliš nevyužívá. Druhý, velmi častý způsob, je princip informačně orientovaný. Tento princip probíhá na základě důkladného výběru, který závisí na konkrétním obsahu a informační důležitosti. Pro výběr respondenta jsou nejčastěji stanovena odpovídající kritéria, která vychází zejména ze záměru konkrétního šetření a stanovených výzkumných otázek (Chrastina, 2019).

Jelikož se jedná o specifické téma, byl proto zvolen nenáhodný výběr respondenta – typ záměrného výběru (účelového). Pro volbu vzorku byla stanovena následující kritéria:

- 1) Respondent musí být osoba starší osmnácti let.
- 2) Respondent získal zrakové postižení až během svého života.
- 3) Pro získání kvalitnějších výsledků se nesmí jednat o jedince se souběžným postižením více vadami.
- 4) Respondent musí být zaměstnán nebo byl zaměstnán po získání zrakového postižení.

U výběru respondenta bude upřednostněn starší jedinec.

V rámci výběru odpovídajícího respondenta byla kontaktována společnost TyfloCentrum Praha, o. p. s. a ředitel společnosti byl požádán o pomoc s výběrem vhodného jedince se zrakovým postižením. Na základě stanovených kritérií byl doporučen odpovídající jedinec se zrakovým postižením. Respondentem se stala starší žena, ve věku 66 let, jejíž příčinou zrakového postižení byly záněty sítnice, které způsobily jejich odchlípení, jež postupně vedlo k totální slepotě. Následkem léčebných metod, při snaze zmírnit odchlípení sítnic, vznikl u respondentky sekundární glaukom. K postupnému zhoršování zraku došlo v roce 1995.

3.3 Metodologie

Zdrojem informací pro výzkumnou část této bakalářské práce se stal polostrukturovaný rozhovor se ženou, která ztratila zrak postupně během své dospělosti. Celý rozhovor byl nahráván na diktafon v mobilním telefonu a následně byl rozhovor transkribován do písemné podoby. V praktické části je zvolen kvalitativní výzkum. Kvalitativní metoda využívá různé způsoby a postupy k odhalování toho, jak konkrétní jedinci vnímají a prožívají sociální realitu (Švaříček, 2014). Kvalitativní metoda s využitím polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena z důvodu získání hlubších informací o konkrétním jedinci.

Jak již bylo uvedeno v úvodu této podkapitoly, výzkum byl zpracován formou polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor obsahuje otevřené otázky, které jsou připraveny před začátkem výzkumného šetření. Připravené a uspořádané otázky tak mohou probanda navést k odpovědi, která se týká zkoumané oblasti. Jelikož se jedná o polostrukturovaný rozhovor, otázky nejsou striktně dány a mohou se v průběhu rozhovoru měnit a doplňovat v návaznosti na odpovědích konkrétního jedince (Hendl, 2016).

Otázky k rozhovoru byly vytvořeny na základě hlavní výzkumné otázky a dílčích výzkumných otázek. Rozhovor je tedy zaměřen na faktory ovlivňující akceptaci získaného zrakového postižení, do rozhovoru jsou zakomponovány otázky na činnosti každodenního života, otázky týkající se společenského a pracovního života a dále je rozhovor zaměřen na činnosti, které respondence s akceptací nejvíce pomáhají. Bylo stanoveno devět základních otázek v následujícím pořadí:

1. Čeho si na sobě nejvíce vážíte?
2. Co Vám na sobě nejvíce vadí?
3. Můžete mi říct něco o svém zrakovém postižení? O co se jedná? Jak to začalo?
4. Kdo Vás učil prostorovou orientaci a samostatný pohyb? Učila jste se Braillovo bodové písmo?
5. Do jaké míry ovlivnila ztráta zraku Vaše každodenní aktivity? V čem vnímáte největší překážky?
6. Jak vypadá Váš současný rodinný život? Změnil se po ztrátě zraku?
7. Do jaké míry ztráta zraku ovlivnila Vaše zájmy, společenský a pracovní život?

8. Co Vám pomáhá v životě s přijímáním ztráty zraku?
9. Pokud budete mít tři přání, co by obsahovala?

Před samotným rozhovorem byla respondentka seznámena s průběhem rozhovoru, bylo představeno téma výzkumné práce a okruhy otázek, následně respondentka podepsala informovaný souhlas k bakalářské práci, kde souhlasila s nahráváním rozhovoru a s jeho následným zpracováním do výzkumného šetření. Byla informována o anonymitě výzkumu a ujistěna, že nikde nebude zveřejněno její jméno. Před naším setkáním jsme komunikovaly telefonicky a vzájemně se seznámily. Při posledním hovoru byl stanoven přesný čas a místo, kde bude rozhovor probíhat. Rozhovor probíhal v místě bydliště respondentky, jelikož respondentka bydlí mimo Prahu a cesta je pro ni náročná, shodly jsme se, že nejvhodnější bude uskutečnit rozhovor v jejím přirozeném prostředí. Polostrukturovaný rozhovor s respondentkou trval 41 minut.

Pro dosažení hlubší autentičnosti výzkumného šetření je celý rozhovor doslovně přepsán kurzívou, pokud se v rozhovoru vyskytuje přímá řeč, je taktéž psána kurzívou, avšak označena uvozovkami. V rozhovoru je respondentka označována písmenem „R“ (respondent) a mé otázky a reakce jsou označeny písmenem „T“ (tazatel). Pokud se za odpovědi respondenta vyskytuje několik teček, znamená to, že myšlenka nebyla dokončena a byla nahrazena jinou.

Rozhovor je analyzován formou otevřeného kódování za pomoci softwaru MAXQDA, který umožňuje efektivní zpracování a následnou interpretaci kvalitativních dat.

3.4 Rozhovor

T: Čeho si na sobě nejvíce vážíte?

R: Nejvíce si vážím na sobě toho, když jsem se dostala do těch zdravotních problémů a ztrácela jsem zrak a prodělala jsem asi šest, sedm operací očí, dostala jsem se hodně na dno a je důležitý se z toho dna prostě dostat, pochopit, že život jde dál a nemůžeme se pořád nad sebou litovat a brečet, ale musíme jít dál. A díky rodině, manželovi, přátelům prostě se z toho dostat a začít žít jinak, než tak jak jsem žila, když jsem byla vidící. Vždycky na to člověk potřebuje mít nejen tu vůli, ale i dobrý lidi kolem sebe.

T: Takže důležitá je hlavně ta podpora?

R: Tak, hlavně ta podpora.

T: Co Vám na sobě naopak nejvíce vadí?

R: Co mně na sobě nejvíce vadí, že přestože mám kolem sebe dobrý lidi, děti, dobrý zázemí, tak někdy se dostanu do takové... jako do takovýho smutku, někdy mě popadne takový ten splín, smutek, ale asi to tak má být, to je normální, že najednou jsem venku a přijde mně třeba líto, že nevidím nebo, že nevidím tu trávu, ty květiny, ale tak to se někdy i na sebe zlobím, tak říkám: „Musíš to vzít tak, jak to je.“ A dcera mi třeba řekne: „Mami, vždyť ty máš kolem sebe dobrý lidi, ty máš přátele, máš nás, děti i vnučky.“ A já někdy jsem taková i smutná, jo, že ani nemám jako mít důvod, ale někdy se dostanu do takovýho smutku a pak se na sebe zlobím.

T: Takže důležité jsou pro Vás děti, říkala jste, že máte dceru a syna?

R: Ano, dceru a syna.

T: Můžete mi říct něco o Vašem zrakovém postižení? O co konkrétně se jedná a jak k tomu došlo?

R: Tak já jsem začala mít... nebo začalo to zánětem sítnice, kdy jsem se léčila kortikoidy a byla jsem i v oční léčebně v Nových Zámcích u Trutnova a tam jsem dostávala vysoký dávky kortikoidů až se mi vlastně odchlíply sítnice tím vysokým nitroočním tlakem, no a pak už nastoupily operace v Praze na Karlově náměstí, asi šest nebo sedm celkem operací a pak už to šlo, už jsem ten zrak postupně ztrácela. A jinak, jak to poprvé úplně začalo, tak to bylo, když se mně objevily ty záněty, ty ložiska, tak jsem byla v Liberci u očního lékaře, byl to primář, to jsem ještě jezdila autem, byla jsem relativně zdravá, akorát jsem tam měla nějaký to zánětlivý ložisko a ten doktor mi natvrdo řekl, co mě čeká, že to postupně vede až ke slepotě, tak tam jsem se zhroutila. Tam jsem šla tomu naproti, že jsem si to připouštěla, že budu jednou slepá a ještě ten den jsem potkala nevidomou paní s hůlkou, která mě požádala, abych ji doprovodila na tramvajovou zastávku, a to už bylo takový pro mě psychicky hodně náročný, jsem si představovala, že dopadnu taky tak jako ta paní, to je právě špatně, já odsuzuji, aby lékaři předem říkali špatnou diagnózu, aniž by viděli, jestli ten člověk vůbec k tomu dospěje, vždyť já si myslím, že dát šanci, že se z toho můžu dostat, ale říct natvrdo na konci Vás čeká slepota, tak myslím si, že takovou tvrdou pravdu to není dobrý takhle říct, protože každý jsme individuální, každý jsme jiný a já znám lidi, který mají stejnou diagnózu jako já a do dneška vidí. A já jsem si to brala hodně a do té hlavy jsem si to dala ty informace, že jednou nebudu vidět až se to opravdu stalo.

T: Situace, kdy jste se cítila nejhůř, byla tedy právě ta s primářem?

R: Ano, to byla ta situace, kdy mi to řekl natvrdo, že ať počítám s tím, že postupně budu ztrácet zrak až nevidím vůbec, přesto, že jsem ještě krásně viděla.

T: Když jste už ztrácela zrak, kdo Vás učil prostorovou orientaci a samostatný pohyb?

R: Paní doktorka oční mně dala doporučení do Liberce SONS Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých, tam se mě ujali, jezdily ke mně dvě paní a učily mě prostorovou orientaci s bílou holí. Já jsem se bránila, nechtěla jsem s bílou holí chodit, styděla jsem se za to, že budu taková bezbranná, ale postupně jsem pochopila, že tu bílou hůl potřebuju. Bylo mi taky řečeno, že i řidiči, když mě uvidí s bílou holí, že vlastně takhle by si mě mohli třeba splist, že jsem opilá, že se motám a mohla bych ještě způsobit neštěstí někomu jinému, takže ta bílá hůl nejen, že mě pomůže s tou orientací, ale že i druhý uvidí, že je tam nevidomý člověk a možná to i někoho trkne a když uvidí, že třeba se někdo zamotá nebo nezvládnou něco, tak ty lidi i pomůžou, ale když tu hůl mít nebudu, tak nevědí, co mi vlastně je.

T: A jak dlouho už nevidíte?

R: Tak tohle bylo od roku 1995.

T: Od té doby je už ta prostorová orientace lepší? Zvládáte ji víc samostatně?

R: No nechodím sama, vždycky potřebuju mít toho člověka, abych se mohla chytit za paži, nezvládám chodit sama s bílou holí. Měla jsem vodícího psa, takže jsem s tím pejskem chodila, ale vždycky je to spíš tak, že jsem odkázána na lidskou pomoc. Cítím se jistější, nezvládla bych jít s tím pejskem třeba sama do metra, mám jistotu, když mě vede vidicí.

T: A Braillovo písmo jste se učila?

R: Braillovo písmo jsem se chtěla učit, ale protože jsem ještě měla zbytky zraku, tak mi to prostě do tý hlavy nelezlo, takže jsem to vzdala a teď už se to na starý kolena učit nechci.

T: Když jste říkala, že jste ještě měla zbytky zraku, tak jak rychlý byl progres ztráty zraku?

R: Já bych řekla rok od roku se to trochu horšilo, ono to šlo jako obrysy, potom už to šlo postupně jako do mlhy, no a teď už se to uzavřelo. Takže rok od roku. Beru kapičky na glaukom na ten vysoký nitrooční tlak. A ještě ty operace, když se k nim vrátím, tak tam rozhodl pan doktor, že dostanu silikonový olej. A ten silikonový olej, aby držela sítnice, ale jeho vedlejší účinky byly právě glaukom. Byly to tenkrát takový pokusy, protože ten silikonový olej akorát jako novinka začínal, dneska se už od toho zas upouští, ale nebylo to asi moc šťastný rozhodnutí, jak jsem se dozvěděla od jiných očních lékařů. Takže vedlejším účinkem byl sekundární glaukom, nebylo to nic vrozeného, v rodině jsme nikdy neměli žádný problémy se zrakem.

T: Teď se budeme věnovat běžným denním činnostem, do jaké míry ztráta zraku ovlivnila Vaše každodenní činnosti? V čem vnímáte největší překážky?

R: No, ty překážky, nejhorší je, když se sama nedostanu...nemůžu si jít sama nakoupit, když si chci koupit něco na sebe a dcera nebo kamarádka nemají čas, tak si platím služby, takže jedu tak, že manžel mě doprovodí k autobusu, tam si mě vyzvedne asistence a jedu si s asistencí obstarat, co potřebuju. Doma potřebuju pomoci, když si vybírám něco na sebe, aby mě manžel třeba řekl, jaká to je barva, jestli nemám špinavý triko, jestli tam není flek. Já si myslím, že bez pomoci druhého se neobejdu. A i u vaření potřebuju toho manžela, který mi pomůže připravit, nachystat. Mám tady plynový vaříč, bojím se toho plynového vaříče, jako člověk se snaží, ale vždycky potřebuju u toho někoho mít.

T: Takže například nakoupit jídlo sama nezvládnete?

R: To nezvládnou.

T: V domě se zvládnete orientovat sama?

R: Po domě, když mám to prostředí, kde se pohybuju denně a znám to a už to mám všechno zmáknutý hmatem, tak v pohodě, ale nesmí mi někdo přehodit nábytek anebo mi někde dát věci, když jdu třeba na jisto pro nějaké nádoby anebo něco si odložím a nedopatřením mi to manžel někde uloží, to se zlobím, takže mám ráda věci na místě. Takže ve známém prostředí ano, ale venku s doprovodem. Buď využiju manžela, děti nebo jsem měla toho vodícího pejska, ale teď vzhledem k mému věku bych měla obavu, tak teď jsem víc odkázána na lidskou pomoc.

T: Jak vypadá Váš současný rodinný život? Změnil se po ztrátě zraku?

R: Tak žijeme tady dva s manželem, dcera žije v Radotíně, syn i dcera sem pravidelně jezdí, ale jsme tady s manželem sami, takže jsme jeden na druhého odkázáni. Taky na tom není zdravotně nejlíp, takže tak nějak navzájem si pomůžeme. Manžel je někdy nervózní, nevrlej, protože má sám zdravotní problémy, ale vždycky, když potřebuju, tak mi pomůže, doprovodí mě, přijde naproti k autobusu, pomůže mi i s vařením v kuchyni. No, tak to víte, už jsme taky spolu 43 roků, takže to víte, že někdy ta ponorka přijde, bych lhala, kdybych řekla, že je všechno zalitý sluncem, hádky přijdou.

T: Myslíte, že manžel se vyrovnal s Vaší ztrátou zraku?

R: No, někdy mě překvapí, například řekne, že chce zejtra malovat, tak se zeptám, jakou chce dávat barvu, tak mi odpoví „to uvidíš“. A možná to je dobře, že je někdy takovej tvrdší ke mně, protože já se pak rozesměju a říkám si, no, to je fajn, tak uvidím. Jo, takže člověk to musí brát opravdu s nadhledem a humorem, protože kdybych si to brala nějak osobně, tak se z toho člověk zhroutí.

T: Jak se změnilo Vaše zájmy?

R: No změnilo, já jsem měla ráda turistiku, hory a razila jsem takové heslo „v létě pěšky, v zimě běžky“. Je pravda, že když jsem ještě měla zbytky zraku, tak dcera mě brávala na běžky, já miluju Jizerky, ale už jsem to potom vzdávala postupně, protože jsem se bála sjíždět, jak to bylo trochu z kopce, tak to jsem radši zuchla, a tak jsem to nějak vzdala. Tak to byla moje vášeň, ale ta turistika pěší, jsem vděčná, když mě dcera nebo kamarádka vytáhne do lesa na procházku, nebo do těch Jizerek, miluju Jizerský hory, protože pocházím z Liberce, takže Jizerky jsou pro mě srdeční záležitost. No a teď mám pejska, máme už třetí pinčici v pořadí, takže ta mě nabíjí pozitivní energii, když se ke mně přilne, když jsem tady sama, když je manžel jinde, tak mě tady tu prázdnotu vyplňuje ten pejsek a za to jsem vděčná, že mi tady dělá partačku. Mám ráda zvířata a jinak mám ráda hudbu, takže si tu v kuchyni klidně i zatancuju a hodně čtu, právě díky elektronické knihovně v mobilu a můžu si tam stáhnout tituly, který mě zajímají a na tom jsem taky hodně závislá, to vlastně poslouchám sluchem, sice to nevidím, ale tak mám nějakou představivost, a to mě baví. No a pak ti dobří přátelé, když se můžeme sejít. Ráda se směju.

T: Změnily se Vaše vztahy ve společnosti, s přáteli?

R: Když jsem přestala chodit do práce, tak postupně někteří přátele už nebyli přáteli, ale zase získáte jiný. Já si myslím, že by byla chyba se vyhýbat lidem, zas noví přátelé přišli, někteří z dětství mi zůstali a někteří zas odešli. Ráda jezdím do Liberce do TyfloCentra, kde se scházíme, například vedoucí SONSU v Liberci nám tam vaří, že se sejdeme, popovídáme si, něco dobrého sníme, jezdíme na výlety, takže je důležitý být mezi lidmi a nezůstat někde v ústraní, jsem ráda mezi lidmi.

T: Předtím jste zmínila práci, jak to bylo se zaměstnáním před ztrátou zraku a jak po ztrátě zraku?

R: Já jsem švadlena, takže jsem ráda vyšívala, pletla, kvůli ztrátě jsem nemohla dělat tyhle činnosti, to mě taky dost drtilo. Když jsem se provdala, tak jsem pracovala v prádelně, tam byli taky handicapovaní lidé, ale duševně. Ale ti lidi byli strašně milí a mně se tam líbilo. Opravovala jsem tam na šicím stroji. A ti lidi i přes ten handicap Vás dokázali nějak potěšit, měli svoje hlášky, svůj svět a pomáhali nám třeba s věšením prádla. A i na tyhle lidi se dívám jinak, byli třeba i zdraví, ale nějak později onemocněli, ale pořád to byli lidi, co se taky chtěli smát, bavit a byli šťastní za to, když je vyslechnete a dáte jim tu pozornost.

T: A v současné době ještě pracujete?

R: Teď ještě jezdím do Modřan jako masérka, ale je to fyzicky hodně náročný, takže nejezdím každý týden, ale jen dvakrát do měsíce, ale ještě se snažím, protože mám stálou klientelu a jsem ráda, když můžu takhle někomu pomoci a důležitý je, že se ke mně vrací, to je pro mě taková odměna. Mám ráda, když vím, že jsem ještě užitečná.

T: Co Vám pomohlo na začátku, když jste ztrácela zrak?

R: To, že mě vlastně podržela rodina, ti nejbližší, manžel, děti a dokonce si pamatuju na jednoho lékaře, který léčil záněty sítnice a na toho vzpomínám, ten mi řekl, že můžu dělat všechno kromě řízení auta. Řekl mi, ať se z toho netrápím a že tu cestu si určitě najdu. To je úplně jiný přístup než ten, co měl primář v Liberci. On mi řekl, že i zázraky se dějí, což je u lékaře neobvyklé.

T: A co Vám nejvíce pomáhá v současnosti?

R: Zase se vrátím, je to ta rodina, protože jsem odkázána na tu lidskou pomoc, nevěřím tomu, když je někdo nevidomý a řekne, že je úplně nezávislý. A pomáhá mi, když se dostanu do lesa, přírody. Jako nevidomá vnímám přírodu úplně jinak. A ještě Vám řeknu, já jsem se teď dostala do takové organizace, jmenuje se to Sobí pobyty. Je to cesta k sobě, proto sobí. A to jsou takový srdcařky ty co to vedou, hezky se o nás staraj, připraví nám hezký program a já díky nim jsem se naučila vnímat ten les jinak, když jsme si zuli boty a sundali jsme si ponožky a chodili jsme bosí v mechu, takže nás učili jako nevidomí, abychom ten kontakt s lesem, s tou přírodou, jak to vnímáme. Najednou víc poslouchám šum, ptáky, zvířata, úplně jinak se „dívám“ v tom lese, ano zrak je důležitý, ale jakoby by Vám veme něco co byste...vy to vidíte, ale už se nesoustředíte jinak, už se nesoustředíte na sluch, hmat. Já, jak to nevidím, tak si sáhnou na ten strom, květinu, mech, poslouchám a najednou tu přírodu vnímám jinými smysly, víc než tím zrakem. Je to takový nový poznání a já říkám, že i zdravý člověk by si někdy měl zavřít oči a třeba v té přírodě se zaposlouchat nebo si i sáhnout, zkusit si vyzkoušet i jiný smysly a ne jen se podívat zrakem. A to je pro mě nový poznání, díky těm sobím pobytům.

T: Co si myslíte, že je při přijímání ztráty zraku nejnáročnější?

R: Je to těžký...ty překážky jsou, ale je důležitý je umět překročit. Vždycky si musím říct jde se dál, nechci se otáčet do minulosti. Nejhorší je se obviňovat nebo říct, kdyby ta operace nedopadla takhle...kdyby to takhle bylo. To je špatně, musím si říct, to je za mnou, musím jít dál a já vždycky říkám, že na konci té cesty to světlo stejně uvidím. Důležitý je mít to pozitivní myšlení, neodsuzovat, neobviňovat někoho a odpustit.

T: A jak vnímáte pomoc nebo chování od ostatních cizích osob?

R: No, tak třeba při vystupování z autobusu, když mi někdo nabídne ruku, tak bych tu ruku nejraději políbila. Já si toho opravdu vážím. Třeba, když čekám na domluvenou schůzku a někdo se zpozdí, tak kolik lidí ke mně přijde a nabídne mi pomoc a musím říct, že jsou to většinou mladí lidi, tak toho si vážím. Ale co se mi stalo na Černém mostě...to teda řeknu negativní věc, ale i tomu jsem se pak zasmála. Já mám telefon v pouzdře, kde je magnet a když jsem vyndávala telefon z kapsy, tak mi spadly drobný na zem a teď ke mně přišli lidi, cítila jsem, že jsou mladí, tak jsem se k nim sehnula a nastavila dlaň, že jim poděkuju a oni zdrhli, tak jsem tam chvíli stála a bylo mi z toho smutno, ale tak co, není ten svět jen bilej, je to černobilý. Jsou lidi různí, jsou hodní a špatní, prostě to tak je,

nejsme všichni stejní. Kdybychom byli stejní, tak by to byla nuda. Ale já si myslím, že kolem sebe mám dobrý lidi.

T: Co byste poradila člověku, který teď přichází o zrak?

R: Co bych mu tak poradila...no on se z toho na začátku každý sesype, vím, jak jsem na tom sama byla, ale nebýt na tom dně moc dlouho. Nikdo to za Vás neudělá, musíte to udělat vy sami. Hlavně se vzchopit a dívat se dopředu, nemá cenu se k tomu už pak vracet. Nechat to za sebou a říct si, co mi teď zbývá? A sebrat se ze země a začít žít ten život jinak, než jsem žila jako vidící. A jsou k tomu pomůcky, který máme jako nevidomí. Jsou čtečky, počítače, telefony. Naučit se s tím, chodit do kurzů, navštívit organizace SONS, kde umí pracovat s lidmi, co ztrácí zrak a jsou tam lidi, kde se seznámíte a nebýt doma a nebrečet nad sebou.

T: A využila jste na začátku psychologickou pomoc?

R: Ne, mně pomohli vlastně v tom SONSU v Liberci.

T: Takže jste využila organizace a podporu rodiny?

R: Ano, je to tak. Co vám zbývá. Najednou zjistíte, že co jste nedělala, zvládnete dělat i bez toho zraku, najednou zjistíte, že máte větší cit v rukách a dá se s tím pracovat. Vždycky na sobě objevíte něco nového. Najednou zjistíte, že tím hmatem se dá něco vytvořit, posloucháte, nasloucháte. Já si myslím, že pořád může člověk na sobě pracovat i s tou ztrátou. I tak se snažím hledat pozitiva, i přesto, že ten splín občas přijde, lhala bych, kdybych řekla, že jsem pořád vysmátá, ale je dobrý něco dělat, jít na zahradu nebo s tím pejskem se potěšit nebo být s přáteli, prostě nebýt v tom splínu dlouho.

T: Kdybyste měla tři přání, co by obsahovala?

R: To víte, že bych si přála, aby se mi vrátil zrak, abych mohla zase vidět tu přírodu, zvířata, tu svojí nejbližší rodinu, vnučky, jak vyrůstají, barvu očí, jak se mění z těch dětí, jak začínají už dospívat. Druhý přání to je, aby ti nejbližší, rodina byli zdraví a abychom se měli dál rádi. A vůbec bych přála všem nejen zdraví, ale aby byli k sobě takoví vnímavější a nešli jen za svým cílem, ale že jeden druhého potřebujeme, že jsme tady jeden pro druhého, bez ohledu jestli má někdo handicap nebo je zdravý. No, a to třetí přání, my potřebujeme mít zdravou přírodu, zvířata kolem sebe a nejen se dívat na zvířata, že je potřebujeme zabít a sníst, ale abychom je chránili, chránili les, že je to vlastně důležitý, potřebujeme včely, opylovače, jinak bychom bez toho jako lidstvo zahynuli. Připravit jim tu přírodu. Ten les je domov těch zvířat a my bysme to měli respektovat.

3.5 Analýza rozhovoru

Analýza dat představuje průběh identifikace vzorů v písemné podobě. Nelze však za analýzu dat považovat vyjádření názorů na zkoumanou problematiku. Samotná analýza rozhovoru je poměrně náročná, zahrnuje zkoumání, třídění do určitých kategorií či schematizování (Hendl, 2008; Chrastina, 2019).

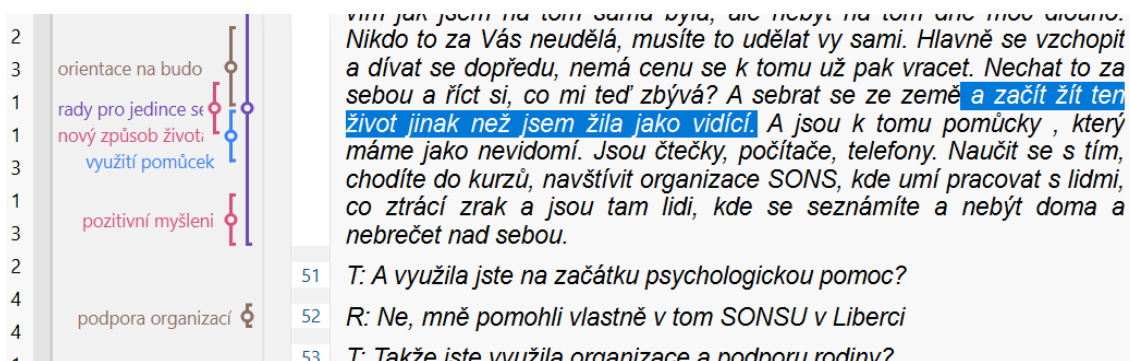
Pro analýzu rozhovoru byla zvolena metoda otevřeného kódování za pomoci softwaru MAXQDA. Otevřené kódování funguje na principu rozkladu dat

či informací s následným konceptualizováním a syntézou dat. Otevřené kódování je považováno za základní postup, při kterém výzkumník přiděluje kódy jednotlivým celkům (Chrastina, 2019).

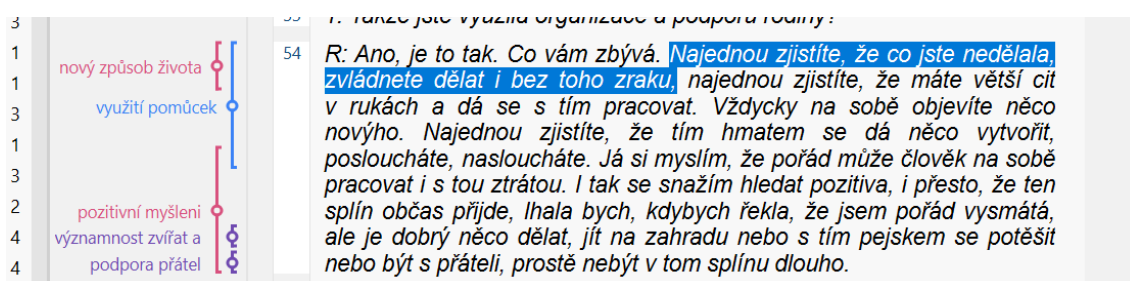
Software MAXQDA

Jak již bylo uvedeno, data byla analyzována technikou otevřeného kódování, přičemž bylo zvoleno, pro potřeby této výzkumné práce, tematické kódování za pomoci programu MAXQDA. Uvedený software provádí analýzu kvalitativních dat poměrně rychlým a snadným způsobem. MAXQDA umožňuje uživatelům efektivní zpracování, zkoumání a následnou interpretaci různých podob dat. Software nabízí širokou škálu funkcí usnadňujících analýzu dat. Mezi hlavní a zároveň klíčovou funkcí programu patří vytváření a následné přiřazování jednotlivých kódů k daným tématům, díky čemuž umožňuje strukturování dat, přičemž tato funkce byla použita jako první při analýze rozhovoru. Další významnou funkcí, která usnadňuje zpracovávání dat, je funkce textové analýzy, která umožňuje zvýraznění klíčových slov textu a analýzu sentimentu a četnost slov, čímž umožňuje kvalitnější porozumění a zpracování dat. Další významnou funkcí, kterou MAXQDA nabízí, je vizuální prezentace dat, čímž poskytuje kvalitnější a přehlednější interpretaci zpracovaných dat. Vizuální prezentace dat je poskytována prostřednictvím několika nástrojů, mezi které patří zejména grafy, diagramy či mapy. Funkce filtrování a vyhledávání je další funkcí, kterou software nabízí. Tato funkce usnadňuje vyhledávání konkrétních dat v daném textu (MAXQDA, 2024).

Jak již bylo uvedeno výše, jako první bylo využito funkce přiřazování kódů k jednotlivým částem v daném rozhovoru. Přiřazování jednotlivých kódů bylo postupně provedeno v celém rozhovoru. Dále bylo využito funkce vizuální prezentace dat, přičemž za pomoci nástroje „smart publisher“ byla všechna data z programu vygenerovaná a tematické úseky byly přehledně uspořádány k jednotlivým kódům. Vygenerovaná data byla následně analyzovaná a seskupena do jednotlivých kategorií podle významové podobnosti jednotlivých kódů. Pro snazší porozumění je zde přiložena ukázka (obr. 1) a (obr. 2) přiřazení kódu ke konkrétnímu úseku výpovědi respondentky a následné vygenerování konkrétní části (obr. 3).



Obrázek č. 1 Přiřazení kódu k jednotlivému úseku výpovědi v rozhovoru (vlastní zdroj, program MAXQDA, 2024)



Obrázek č. 2 Přiřazení kódu k jednotlivému úseku výpovědi v rozhovoru (vlastní zdroj, program MAXQDA, 2024)

4. nový způsob života

1.

"A sebrat se ze země a začít žít ten život jinak než jsem žila jako vidělci."

Code: ● nový způsob života Weight score: 0

rozhovor úprava, 50 - 50

Created: 08.03.2024 17:02 by denisa, Modified: 08.03.2024 17:02 by denisa

Area: 74 0,44%

2.

" Najednou zjistíte, že co jste nedělala, zvládnete dělat i bez toho zraku,"

Code: ● nový způsob života Weight score: 0

rozhovor úprava, 54 - 54

Created: 08.03.2024 17:28 by denisa, Modified: 08.03.2024 17:28 by denisa

Area: 75 0,44%

Obrázek č. 3 Vizualizace úseků výpovědi rozhovoru s přiřazeným konkrétním kódem (vlastní zdroj, program MAXQDA, 2024)

Jak již bylo uvedeno, data byla analyzována technikou otevřeného kódování, s využitím softwaru MAXQDA. Na povrch vzešlo 28 jednotek kódů, kterým byl přidělen název, přičemž v jednotlivých úsecích rozhovoru bylo zaznamenáno celkem 80 samostatných kódů. Z programu byly vygenerovány následující jednotky kódů:

1. významnost zdraví,

2. využití pomůcek,
3. nový způsob života,
4. pozitivní myšlení,
5. využití ostatních smyslů,
6. lékař jako psychická podpora,
7. změna zaměstnání,
 - 7.1. zaměstnání jako významný prvek při ztrátě zraku,
8. rady pro jedince se zrakovým postižením,
9. ovlivnění společenského života,
10. významnost zvířat a přírody během akceptace,
11. změna zájmů,
 - 11.1. objev nových zájmů,
 - 11.2. obavy z úrazu při postupné ztrátě zraku,
12. lidská pomoc,
 - 12.1. negativní zkušenosti,
13. překážky každodenního života,
14. změna pohledu,
15. podpora organizací,
16. sebeobviňování,
17. pocity naděje,
18. počáteční šok,
19. podpora přátel,
20. počátek ztráty zraku,
21. orientace na budoucnost,
22. nejnáročnější aspekty akceptace,
23. podpora rodiny,
 - 23.1. přístup partnera.

Následující jednotky kódů byly seskupeny do 6 kategorií podle významové podobnosti. První kategorie **prvotní reakce na zrakové postižení, počátky akceptace a faktory ovlivňující akceptaci získaného zrakového postižení** se zabývá prvotním šokem při zjištění prognózy, přístupy odborníků k jedinci se zrakovým postižením, významnosti opory nejbližších v počátcích akceptace, dále změnou životního stylu

a faktory, které významně ovlivňují průběh akceptace. Druhá kategorie **překážky v každodenním životě** definuje základní překážky v běžném životě jedince se zrakovým postižením. Třetí kategorie **rodinný život a změna vztahů v rodině** se zabývá rodinnou situací po ztrátě zraku a podporou rodiny jako významného prvku při akceptaci zrakového postižení. Čtvrtá kategorie **zájmy a společenský život** se věnuje ovlivnění zájmů a společenského života po ztrátě zraku, dále se zabývá organizacemi, které pořádají volnočasové aktivity pro osoby se zrakovým postižením. Pátá kategorie **ovlivnění pracovní oblasti v důsledku ztráty zraku** se zabývá změnou zaměstnání a významnosti práce po ztrátě zraku. Poslední kategorie **nejnáročnější aspekty akceptace a pomoci při ztrátě zraku** definuje nejnáročnější oblasti akceptace pro jedince se zrakovým postižením a co jedinci nejvíce pomáhá v životě se zrakovým postižením.

3.6 Výsledky

Prvotní reakce na zrakové postižení, počátky akceptace a faktory ovlivňující akceptaci získaného zrakového postižení

Prvotní reakce u respondentky byla zásadní, jelikož se o zrakovém postižení dozvěděla v době, kdy byl zrak ještě zachován a ztráta zraku byla postupná. Za zásadní popisuje respondentka situaci, kdy jí lékař oznámil diagnózu: *„Byla jsem relativně zdravá, akorát jsem tam měla..., akorát jsem tam měla nějaký to zánětlivý ložisko a ten doktor mi natvrdo řekl, co mě čeká, že to postupně vede až ke slepotě, tak tam jsem se zhroutila.“* Respondentka poté potvrdila, že způsob oznámení diagnózy lékařem pro ni bylo to nejtěžší. I přesto, že při oznámení diagnózy a následné prognózy, mají být jedinci podány pravdivé informace bez falešné naděje, lékař má disponovat osobním přístupem a navrhnout možnosti rehabilitace, jak je uvedeno v kapitole 1.3. – Akceptace zrakového postižení podle Kimplové a Kolaříkové (2014). V tomto případě respondentka nepocítovala osobní přístup lékaře a způsob oznámení diagnózy zapříčinil její zhroucení. Havlíčková (2023) uvádí ve své bakalářské práci odlišnou reakci na postupnou ztrátu zraku u svého respondenta (muž č. 2), kdy u tohoto jedince došlo k prvotnímu zděšení z prognózy, ale již nedošlo k následnému zhroucení. Dle autorky bakalářské práce nedošlo k následnému zhroucení z důvodu toho, že se jedná o postupnou ztrátu zraku, nikoli náhlou. Nicméně v případě mé respondentky také hovoříme o postupné ztrátě zraku, avšak reakce se odlišovala. Můžeme říci, že reakce na ztrátu zraku jsou rozdílné

mezi ženami a muži a dále odlišnosti v jednotlivých reakcích na diagnózu lze přisuzovat odlišným osobnostním charakteristikám. Také závisí na tom, jak rychle dochází ke ztrátě zraku. V případě mé respondentky docházelo ke ztrátě zraku poměrně fulminantně, jelikož každý rok se zrak postupně zhoršoval: „*Já bych řekla rok od roku se to trošku horšilo, ono to šlo jako obrysy, potom už to šlo postupně jako do mlhy, no a teď už se to uzavřelo.*“ Naopak v bakalářské práci Havlíčková (2023) uvádí u respondenta (muž č. 2), že ztráta zraku byla rozložena téměř do jedné třetiny života, tudíž u muže byl progres pomalejší než u mé respondentky. I z tohoto důvodu jsou reakce na ztrátu zraku odlišné.

Za velmi významné považuje respondentka při akceptaci podporu rodiny a nejbližších, kteří ji pomáhali a stále pomáhají se zrakovým postižením. Pomoc a podporu rodiny během rozhovoru zmiňovala několikrát. Respondentka bydlí se svým manželem v rodinném domě, který je pro respondentku velkou oporou. Respondentka má dvě dospělé děti, dceru a syna a dvě vnučky. Respondentka uvádí, že zejména náročné počátky zvládla díky svým nejbližším: „*A díky rodině, manželovi, přátelům prostě se z toho dostat a začít žít jinak než tak, jak jsem žila, když jsem byla vidící.*“ Podporu nejbližších uvádí i respondentka (žena č.1) v bakalářské práci Havlíčkové (2023), kdy tato respondentka považuje za významnou podporu zejména svých dětí. Z toho vyplývá, že blízkost a podpora rodiny má značný vliv na průběh akceptace.

Významný vliv na akceptaci ztráty zraku měli zejména na počátku akceptace lékaři. Jak již bylo výše uvedeno, respondentka se setkala s nepříznivým přístupem očního lékaře, který svým nevhodným přístupem vyvolal u respondentky psychické zhroucení. Avšak v rozhovoru je uveden i pozitivní přístup jiného lékaře, který nevnímá ztrátu zraku pouze negativním pohledem, čímž respondentce pomohl v náročných počátcích akceptace: „*[...] a dokonce si pamatuju na jednoho lékaře, který léčil záněty sítnice, na toho vzpomínám, ten mi řekl, že můžu dělat všechno kromě řízení auta. Řekl mi, ať se z toho netrápím a že tu cestu si určitě najdu.*“ Výpovědi respondentky dokazují, že přístup lékařů může výrazně ovlivnit průběh akceptace a samotný postoj jedince k postižení.

Během počátků akceptace a změny životního stylu bylo pro respondentku obtížné začít využívat vhodné pomůcky pro nevidomé, zejména za náročné období považuje učení se chůze s dlouhou bílou holí: „*Nechtěla jsem s bílou holí chodit, styděla jsem se*

za to, že budu taková bezbranná, ale postupně jsem pochopila, že tu bílou hůl potřebuju.“ Odmítání kompenzačních a rehabilitačních pomůcek je při akceptaci ztráty zraku poměrně běžná reakce, což je uvedeno i v kapitole 1.3. – Akceptace zrakového postižení dle Kimplové a Kolaříkové (2014), kdy jedinci často odmítají chůzi s dlouhou bílou hůlí, jelikož to považují za určitý znak slepoty a může u nich docházet k pocitům studu. Vhodné je tedy využít podporu organizací, které naučí jedince prostorovou orientaci a samostatný pohyb. Respondentka získala doporučení na organizaci SONS v Liberci, kde ji pomohli s nácvikem chůze s dlouhou bílou hůlí: *„Paní doktorka oční mně dala doporučení do Liberce SONS Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých, tam se mě ujali, jezdily ke mně dvě paní a učily mě prostorovou orientaci s bílou hůlí.“* Respondentka během rozhovoru zmínila, že právě podpora a pomoc různých organizací jsou velmi významné při akceptaci ztráty zraku a v jejím životě mají i v současnosti důležitou roli.

Z výzkumného šetření vyplývá, že způsob vyrovnávání se se zrakovým postižením u konkrétního jedince závisí na několika faktorech. Prvním z nich je způsob oznámení diagnózy a následné prognózy pacientovi lékařem, který by měl mít odborný, ale citlivý přístup. V rozhovoru respondentka uvedla nevhodný přístup lékaře, který vedl k jejímu následnému psychickému zhroucení. Druhým významným faktorem při akceptaci ztráty zraku je přítomnost rodiny a blízkých. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že podpora rodiny a přátel je pro daného jedince při ztrátě zraku nejvýznamnější, což dokazuje i odborná literatura. Dalším zásadním faktorem ovlivňující akceptaci ztráty zraku je postoj samotného jedince. Z výzkumného šetření vyplývá, že pro akceptaci zrakového postižení je důležité naučit se žít jiným způsobem, zejména s pomocí rodiny a přátel, tedy naučit se žít se zrakovým postižením.

Překážky v každodenním životě

V této kategorii se zaměříme na omezení v běžném životě. Respondentce byla položena otázka, v jakých oblastech každodenního života zaznamenává největší překážky, a byl jí ponechán otevřený prostor, aby se sama zaměřila na konkrétní oblasti. Jako první omezení, která vyplývají z výpovědi respondentky, byly stanoveny **obtíže v prostorové orientaci a samostatném pohybu**: *„Nejhorší je, když se sama nedostanu..., nemůžu si jít sama nakoupit...“* Respondentka využívá pomoc rodiny a

přátel. V případě, pokud rodina nemá čas, využívá sociální služby: „*Manžel mě doprovodí k autobusu, tam si mě vyzvedne asistence a jedu si s asistencí obstarat, co potřebuju.*“ Stejně jako v předchozí kategorii, i zde je nejdůležitější podpora a pomoc blízkých a využití služeb, jelikož respondentka nechodí sama s dlouhou bílou holí. Sama během rozhovoru zmínila, že je pro ni důležité mít vedle sebe člověka, kterého se může držet: „*No, nechodím sama, vždycky potřebuju mít toho člověka, abych se mohla chytit za paži, nezvládám chodit sama s bílou holí.*“ Dříve respondentka využívala k samostatnému pohybu vodícího psa a nebyla tak odkázána na lidskou pomoc, ale i v této situaci byla místa, kde potřebovala doprovod člověka, v rozhovoru zmínila například cestu metrem. Lidská pomoc a podpora je pro respondentku klíčová, jelikož má pocit jistoty, pokud se může o někoho opřít a spolehnout se na druhé. Z odpovědí respondentky vyplývá, že prostorová orientace a samostatný pohyb je velmi náročný proces a vyvolává pocity nejistoty, pokud se má jedinec pohybovat sám bez pomoci jiné osoby. Dokazují to i výpovědi respondentů v bakalářské práci autorky Havlíčkové (2023), kteří popisují samostatný pohyb jako stresující. Toto potvrzuje i odborná literatura, například Šumníková (2019) uvádí pocity strachu při prostorové orientaci a samostatném pohybu. Pohyb v domácím prostředí je pro respondentku snadný, jelikož se zde orientuje zejména hmatem. Nicméně všechny předměty musí být na svém místě, tak jak je zvyklá: „*[...] ale nesmí mi někdo přehodit nábytek anebo mi někde dát věci, když jdu třeba najisto pro nějaké nádobí anebo něco si odložím a nedopatřením mi to manžel někde uloží, to se zlobím, takže mám ráda věci na místě.*“ Pokud se tedy člověk se zrakovým postižením nachází ve svém přirozeném prostředí, nedochází k nejistotě a strachu z pohybu ve známém prostoru. Dokazuje to i odpověď respondenta v bakalářské práci Havlíčkové (2023), který uvedl, že pokud se nachází v bytě, tedy ve známém prostředí, cítí se bezpečně.

Další překážky každodenního života, které vyplývají z rozhovoru, jsou **činnosti v domácím prostředí**. Činnostmi v domácím prostředí je myšleno zejména sebeobsluha a domácí práce. Respondentka uvedla, že se snaží být samostatná při domácích činnostech a sebeobsluze, nicméně velmi často je odkázána na pomoc svého manžela, který ji pomáhá zejména s výběrem oblečení: „*Doma potřebuju pomoci, když si vybírám něco na sebe, aby mně manžel třeba řekl, jaká to je barva, jestli nemám špinavý triko, jestli tam není flek.*“ Dále respondentce manžel pomáhá s vařením, kdy ji připravuje potřebné

ingredience pro zhotovení jídla. Sama respondentka uvádí, že bez pomoci druhé osoby se neobejde: „*A i u vaření potřebuju toho manžela, který mi pomůže připravit, nachystat. Mám tady plynový vaříč, bojím se toho plynového vaříče. Jako člověk se snaží, ale vždycky potřebuju u toho někoho mít.*“ Důležitost pomoci a podpory nejbližších potvrzuje i odborná literatura, například Kimplová a Kolaříková (2014) zmiňují rodinu jako zásadní při akceptaci zrakového postižení, jak již bylo uvedeno v teoretické části.

Poslední kategorií překážek v každodenním životě, která je stanovena na základě rozhovoru, je **informační deficit**. Zrakem vnímáme přibližně 80 % informací z okolí, z tohoto důvodu je zrak jeden z nejdůležitějších smyslů (Novotný a Hruška, 2015), jak je uvedeno již v teoretické části. Významnost zraku pro jedince potvrzuje i následující odpověď respondentky: „[...] *abych mohla zase vidět tu přírodu, zvířata, tu svoji nejbližší rodinu, vnučky, jak vyrůstají, barvu očí, jak se mění z těch dětí, jak začínají už dospívat.*“ Důležitost zraku dokazují i Květoňová a Šumníková (2022), podle Sharon Zell Sucks in Corn a Erin (2010), jelikož dochází k ovlivnění psychiky jedince v důsledku senzorické deprivace. Z literatury i výpovědi respondentky lze potvrdit důležitost zraku pro jedince a zásadní ovlivnění života při jeho ztrátě. Nicméně záleží na postoji daného jedince ke ztrátě zraku. Respondentka hledá pozitiva k využití ostatních smyslů. Například uvedla, že vždy se dá na sobě pracovat a je motivována učit se něco nového za pomoci jiných smyslů. Zmiňuje zejména lepší cit v rukou a možnost něco vytvořit nebo také uvádí lepší naslouchání druhým lidem: „*Najednou zjistíte, že co jste nedělala, zvládnete dělat i bez toho zraku, najednou zjistíte, že máte větší cit v rukách a dá se s tím pracovat. Vždycky na sobě objevíte něco nového. Najednou zjistíte, že tím hmatem se dá něco vytvořit, posloucháte, nasloucháte. Já si myslím, že pořád může člověk na sobě pracovat i s tou ztrátou. I tak se snažím hledat pozitiva...*“ Z následujících poznatků lze tedy říci, že informační deficit ovlivní život jedince po ztrátě zraku, nicméně je velmi zásadní přístup jedince a motivace naučit se žít jiným způsobem.

Rodinný život a změna vztahů v rodině

V této kategorii se zaměříme na partnerské vztahy a vztahy v rodině, zda ztráta zraku ovlivnila tuto oblast života. Jak již bylo zmíněno, respondentka bydlí se svým manželem a mají spolu dvě dospělé děti, které žijí samostatně s vlastní rodinou. Rodina se pravidelně navštěvuje a obě děti se snaží svou matku maximálně podpořit. Nicméně

největší oporou je manžel, který má sám již zdravotní problémy, ale i přesto je schopen své ženě pomoci, respondentka uvádí zvláště pomoc při doprovodu na zastávku či pomoc v domácnosti: „*Tak žijeme tady dva s manželem, dcera žije v Radotíně, syn i dcera sem pravidelně jezdí, ale jsme tady s manželem sami, takže jsme jeden na druhého odkázáni. Taky na tom není zdravotně nejlíp, takže tak nějak navzájem si pomůžeme. Manžel je někdy nervózní, nevrlej, protože má sám zdravotní problémy, ale vždycky, když potřebuju, tak mi pomůže, doprovodí mě, přijde naproti k autobusu, pomůže mi i s vařením v kuchyni.*“ Po ztrátě zraku byla rodina hlavní oporou a pomáhala respondentce vyrovnat se se zrakovým postižením. I v současné době, i přesto, že respondentka se naučila žít jiným způsobem, udržuje si své zájmy a pozitivní náladu, jsou chvíle, kdy pociťuje smutek ze ztráty zraku, v takových momentech je rodina opět schopna respondentku podpořit. Dcera respondentky své matce v takových chvílích říká: „*Mami, vždyť ty máš kolem sebe dobrý lidi, ty máš přátele, máš nás, děti i vnučky.*“ Dcera podporuje matku nejen psychicky, ale pomáhá matce například s nákupy nebo společně chodí na procházky. Dále respondentka uvedla přístup manžela, který některé situace vnímá s nadhledem. Na otázku, zda si myslí, jestli se manžel vyrovnal s její ztrátou zraku, odpověděla následovně: „*No, někdy mě překvapí, například řekne, že chce zejtra malovat, tak se zeptám, jakou chce dávat barvu, tak mi odpoví „to uvidíš“.*“ Manželův přístup je dle respondentky dobrý, jelikož ji dokáže rozesmát a navodit pozitivní myšlení. Z odpovědí respondentky vyplývá, že nedošlo v rodině ke změnám vztahu po ztrátě zraku, naopak rodina vytváří největší podporu, členové rodiny pomohli respondentce v nejnáročnějších počátcích akceptace a i v současné době se snaží pomáhat s udržením pozitivní nálady, ale také pomoci s praktickými činnostmi během dne.

Během ztráty zraku není výjimkou odmítnutí jedince rodinou či ztráta partnera, jak uvádí Kimplová a Kolaříková (2014). K takové situaci u respondentky nedošlo a její partner zůstal nadále důležitou oporou v jejím životě. Nicméně například respondenti v bakalářské práci autorky Havlíčkové (2023) uvádí ztrátu partnera v důsledku získaného zrakového postižení z důvodu neschopnosti adaptace na vzniklé změny v partnerském vztahu.

Nicméně u mé respondentky nedošlo ke změně v partnerském životě, a naopak došlo k psychické podpoře a pomoci ze strany partnera, což zásadně pomohlo při akceptaci zrakového postižení. Významnost psychické podpory a pomoci jedince při

ztrátě zraku dokazuje i odborná literatura, například Květoňová a Šumníková (2022) nebo Kimpllová a Kolaříková (2014) uvádějí partnerské a rodinné vztahy jako základní potřebu při akceptaci ztráty zraku.

Zájmy a společenský život

Další kategorie se zabývá změnou zájmů a ovlivnění společenského života po ztrátě zraku. Respondentka byla vždy velmi aktivní a zejména pohyb v přírodě ji naplňoval. Během rozhovoru zmínila své heslo, které ještě před ztrátou zraku aktivně dodržovala, a to: „*v létě pěšky, v zimě běžky.*“ I přesto, že zájmy respondentky se v důsledku ztráty zraku změnily, vášeň k turistice a přírodě je stále stejná, zmiňuje zejména výlety na hory, při kterých respondentku doprovází dcera či kamarádka. Mezi další zájmy respondentky patří zvířata, zvláště pes, který dle jejích slov vyplňuje občasnou prázdnotu, dále má ráda poslech hudby a tanec či ráda poslouchá audioknihy. Respondentka byla vždy velmi společenská, což se nezměnilo ani po ztrátě zraku, velmi ráda tráví čas se svými přáteli. Z následujícího vyplývá, že zájmy se změnily zejména v pohybových aktivitách, kdy respondentka se již nevěnuje běžkám z důvodu obav možného úrazu: „*Je pravda, že když jsem ještě měla zbytky zraku, tak dcera mě brávala na běžky, já miluju Jizerky, ale už jsem to potom vzdávala postupně, protože jsem se bála sjíždět, jak to bylo trochu z kopce, tak to jsem radši žuchla, a tak jsem to nějak vzdala.*“ Nicméně stále přetrvává vášeň pro přírodu a zvířata. Pěší turistice se věnuje zejména se svou dcerou a přáteli, což opět poukazuje na důležitost podpory nejbližších. Nicméně respondentka uvádí i podporu organizace, která pořádá různé aktivity, například v přírodě: „*[...] já jsem se teď dostala do takové organizace, jmenuje se to Sobí pobyty, je to cesta k sobě, proto sobí...a já díky nim jsem se naučila vnímat ten les jinak, když jsme si zuli boty a sundali jsme si ponožky a chodili jsme bosí v mechu, takže nás učili jako nevidomý, abychom ten kontakt s lesem, s tou přírodou, jak to vnímáme.*“ Respondentka opět zmiňuje důležitost ostatních smyslů, zapojení sluchu a hmatu při poznávání přírody. Programy pro nevidomé, které pořádá tato organizace respondentka vnímá jako nové poznání. Další organizací, kde má respondentka možnost setkávat se s přáteli, je TyfloCentrum v Liberci: „*Ráda jezdím do Liberce do TyfloCentra, kde se scházíme, například vedoucí SONSU v Liberci nám tam vaří, že se sejdeme, popovídáme si, něco dobrého sníme, jezdíme na výlety, takže je důležitý být mezi lidmi a nezůstat někde v ústraní, jsem ráda mezi lidmi.*“ Lze říci, že nejdůležitější je blízkost

rodiny a přátel, kdy respondentka uvádí, že po ztrátě zraku o některé přátele přišla, zejména hovoří o kolezích z bývalého zaměstnání, ale díky organizacím získala řadu nových přátel. Významnost využití služeb organizací pro jedince se zrakovým postižením dokazuje i výzkumné šetření Tolmana et al. (2005), ze kterého vyplývá, že u jedinců, kteří využívají služeb organizací, je nižší pravděpodobnost příznaků deprese v důsledku ztráty zraku.

Lze tedy konstatovat, že zájmy respondentky se změnilo pouze v některých oblastech, zejména v oblasti sportu, ostatní zájmy, jako procházky či zvířata dále přetrvávají a nabíjí respondentku pozitivní energií. Ztráta zraku a akceptace ztráty je značně náročný proces, který přináší řadu omezení, ke kterým patří i ztráta a změna volnočasových aktivit. Ovlivnění zájmů v důsledku ztráty zraku potvrzuje i odborná literatura, například Kimplová a Kolaříková (2014), jak je již uvedeno v teoretické části práce. Společenský život respondentky je ztrátou zraku ovlivněn pouze částečně, kdy v důsledku zrakového postižení ztratila část svých přátel, nicméně respondentka považuje za důležité být nadále společenská a díky organizacím a pořádaným programům pro nevidomé, kterých se aktivně účastní, získala nové přátele.

Ovlivnění pracovní oblasti v důsledku ztráty zraku

Následující kategorie se bude zabývat problematikou zaměstnání po ztrátě zraku. Respondentka před ztrátou zraku pracovala jako švadlena v prádelně, kde spravovala oblečení na šicím stroji. Práce respondentku naplňovala, bohužel po ztrátě zraku se již této profesi nemohla věnovat, což pro ni bylo náročné, jelikož se ve volných chvílích ráda věnovala vyšívání a pletení. V současné době stále respondentka pracuje, ale pouze dvakrát měsíčně dojíždí do Prahy, kde pracuje jako masérka. Dříve do Prahy dojížděla každý týden, nicméně z důvodu vysoké fyzické náročnosti této profese a přílišné vzdálenosti pracuje pouze sporadicky. Respondentka má stálou klientelu a naplňuje ji pocit užitečnosti a pomoci druhým a z tohoto důvodu nechce pracovní poměr ukončit. Významnost zaměstnání pro respondentku je i patrná z toho důvodu, že i přes značnou vzdálenost je schopna za prací sporadicky dojíždět. Důležitost práce masérky pro respondentku vyplývá z následující výpovědi: *„Teď ještě jezdím do Modřan jako masérka, ale je to fyzicky hodně náročný, takže nejezdím každý týden, ale jen dvakrát do měsíce, ale ještě se snažím, protože mám stálou klientelu a jsem ráda, když můžu takhle*

někomu pomoci a důležitý je, že se ke mně vrací, to je pro mě taková odměna. Mám ráda, když vím, že jsem ještě užitečná.“

Ztráta zaměstnání je při ztrátě zraku poměrně běžnou záležitostí, vyplývá to i z výzkumného šetření Havlíčkové (2023), jejíž všichni respondenti, dva muži a jedna žena, ztratili své původní zaměstnání v důsledku získaného zrakového postižení.

Nejnáročnější aspekty akceptace a pomoc při ztrátě zraku

Následující kategorie se zaměřuje na oblasti akceptace, které respondentka vnímá jako nejnáročnější, co ji nejvíce pomohlo s akceptací ztráty zraku a co ji nejvíce pomáhá v současnosti. V předchozích kategoriích již byly definovány aspekty, které respondentka vnímá jako nejnáročnější v běžných každodenních činnostech, zájmech a společenském životě, v zaměstnání a byla zmíněna prvotní reakce na diagnózu, kdy se respondentka zhroutila. Všeobecně respondentka uvádí jako nejhorší „otáčet se zpátky“: *„Vždycky si musím říct jde se dál, nechci se otáčet do minulosti. Nejhorší je se obviňovat nebo říct, kdyby ta operace nedopadla takhle...kdyby to takhle bylo. To je špatně, musím si říct to je za mnou, musím jít dál...“* Z odpovědi respondentky vyplývá, že nejdůležitější je orientace na budoucnost a naučit se žít jiným způsobem, což bylo zmíněno v předchozích kategoriích. Orientaci na budoucnost považují za významné při akceptaci i respondenti v bakalářské práci Havlíčkové (2023), tedy nevracet se do minulosti a soustředit se na možnosti a příležitosti, které přinese budoucnost.

V další části této kategorie se zaměříme na podporu a pomoc při akceptaci a přístup okolí k jedinci se zrakovým postižením. Respondentka uvedla, že na začátku akceptace pro ni byla největší oporou rodina, není tomu jinak ani v současnosti, kdy uvádí, že největší podporou a pomocí je pro ní stále rodina a na druhém místě zmínila přírodu a les, do kterého chodí právě s rodinou nebo s přáteli a opět uvedla možnost vnímání přírody jinými smysly: *„A pomáhá mi, když se dostanu do lesa, přírody. Jako nevidomá vnímám přírodu úplně jinak.“* Podpora rodiny a blízkých se prolíná všemi zmíněnými kategoriemi, což dokazuje, že pro respondentku je blízkost rodiny a její pomoc při akceptaci ztráty zraku klíčová: *„Zase se vrátím, je to ta rodina, protože jsem odkázána na tu lidskou pomoc, nevěřím tomu, když je někdo nevidomý a řekne, že je úplně nezávislý.“* Dále uvedla, že při akceptaci je důležité naučit se využívat pomůcky, které mají nevidomí lidé k dispozici. Respondentka zmínila, že osobně využívá zejména

čtečku, počítač a mobilní telefon pro nevidomé. Dále opět zmínila využití organizací a během rozhovoru hovořila zvláště o organizaci SONS: „*Navštívit organizace SONS, kde umí pracovat s lidmi, co ztrácí zrak a jsou tam lidi, kde se seznámíte...*“

Pomoc a podporu okolí respondentka hodnotí velmi kladně, zejména od mladých lidí, kteří ji spontánně nabízejí svou pomoc. Respondentka nejvíce oceňuje pomoc při vystupování z autobusu: „*No tak třeba při vystupování z autobusu, když mi někdo nabídne ruku, tak bych tu ruku nejraději políbila. Já si toho opravdu vážím.*“ Nicméně všechny zkušenosti s okolím nejsou pozitivní. Respondentka zmínila, že nedávno v Praze se potýkala s negativní zkušeností, jelikož jí vypadly z kapsy mince a místo toho, aby mince lidé v blízkém okolí podali, tak zmíněné mince někdo odcizil. Respondentka byla z této situace smutná, nicméně nakonec se tomu zasmála a uvedla: „*Jsou lidi různí, jsou hodní a špatní, prostě to tak je, nejsme všichni stejní. Kdybychom byli stejní, tak by to byla nuda. Ale já si myslím, že kolem sebe mám dobrý lidi.*“ I přes některé negativní zkušenosti vnímá respondentka pomoc od okolí pozitivně a negativní zkušenosti vnímá s nadhledem.

Proces akceptace ztráty zraku u respondentky probíhá již 29 let a v současné době lze tento proces považovat za ukončený. I přesto, že na otázku, kdyby měla tři přání, co by obsahovala, jako první přání zmínila možnost vidět. Nicméně dle jejich ostatních odpovědí je podstatné se nevracet do minulosti, orientovat se na budoucnost a naučit se žít jiným způsobem. Jsou momenty, kdy pociťuje stále smutek, nejedná se ale o ojedinělou záležitost, jelikož časté myšlenky spojené se ztrátou zraku uvádí například i respondentka (žena č. 1) v bakalářské práci Havlíčkové (2023). Nicméně pokud se u respondentky projevuje smutek spojený se ztrátou zraku, snaží se věnovat rodině, přátelům nebo svému psovi. Na svém zrakovém postižení respondentka našla i pozitivní aspekty, kdy uvedla zejména lepší vnímání za pomoci ostatních smyslů, které nazývá jako nové poznání nebo možnost učit se novým věcem.

Závěr

Cílem bakalářské práce s názvem Akceptace zrakového postižení v produktivním věku bylo zjistit, jak se vyrovnává jedinec se získaným zrakovým postižením a jak toto postižení ovlivňuje zejména jeho osobní život.

Teoretická část práce je rozdělena do dvou hlavních kapitol. První z nich se zabývá člověkem se získaným zrakovým postižením v produktivním věku, podrobněji se věnuje osobnosti jedince se zrakovým postižením, překážkám vznikajícím v důsledku ztráty zraku, dále se podrobněji zabývá procesem akceptace a neakceptace zrakového postižení, poté se věnuje předsudkům vůči lidem se zrakovým postižením a závěr této kapitoly je věnován systému péče pro osoby se zrakovým postižením v dospělém věku. Druhá kapitola je zaměřena na zrakové postižení, definuje nejčastější získané zrakové vady v dospělém věku a poslední část se podrobněji zabývá úrazy oka. Ke zpracování teoretické části byla využita odborná literatura z českých i zahraničních zdrojů.

V praktické části bakalářské práce je reflektován polostrukturovaný rozhovor se ženou, která ztratila zrak postupně během dospělosti vlivem zánětlivého onemocnění sítnice. Výzkumné šetření bylo zaměřeno zejména na překážky v každodenním životě, změnu zájmů a zaměstnání po ztrátě zraku, ovlivnění rodinného života v důsledku ztráty zraku a v závěru jsou definovány nejnáročnější faktory akceptace zrakového postižení.

Z výsledků výzkumného šetření lze konstatovat, že proces akceptace zrakového postižení je u respondentky ukončen, vyplývá to ze současného postoje daného jedince ke ztrátě zraku, jelikož se respondentka již nezabývá minulostí, orientuje se na budoucnost, učí se novým věcem a pociťuje pozitiva při využívání ostatních smyslů. V oblasti každodenních činností byly zaznamenány tři hlavní omezení, a to překážky v prostorové orientaci a samostatném pohybu, omezení v oblasti péče o domácnost a informační deficit. Respondentka se v neznámém prostředí pohybuje vždy s doprovodem, nicméně ve známém uzavřeném prostoru se pohybuje samostatně bez obtíží, což lze považovat za další znak ukončení procesu akceptace.

Nejvýznamnějším zjištěním této výzkumné práce je důležitost podpory rodiny a nejbližších během procesu akceptace, jelikož téma rodiny se vyskytuje ve všech stanovených kategoriích, které byly vytvořeny na základě významové podobnosti jednotek kódů, jež vzešly na povrch po analýze rozhovoru. Druhým významným

pozitivním faktorem při akceptaci zrakového postižení je využití služeb organizací, které pomáhají nejen s nácvikem praktických činností, ale i se začleněním do společenského života. Společenský život a udržování stálého kontaktu s přáteli je také velmi významné, jelikož z výzkumného šetření vyplývá, že během ztráty zraku je podstatné zachovat společenský život a nezůstávat o samotě. Pomůcky pro nevidomé jsou dalším důležitým prvkem při akceptaci ztráty zraku, jelikož významně usnadňují život lidem se zrakovým postižením.

V této bakalářské práci byly splněny všechny stanovené cíle. Domnívám se, že tato práce může být nápomocná dalším lidem, kteří postupně ztrácejí svůj zrak, jelikož mohou získat hlubší informace o člověku, který procházel podobnou situací či může být využita pro další výzkumná šetření v oblasti získaného zrakového postižení. Nicméně se jedná o pohled pouze jednoho jedince se zrakovým postižením, proto by bylo žádoucí toto téma zanalyzovat pomocí kvantitativních výzkumných metod.

Seznam použitých informačních zdrojů

BENEŠ, P. a VRUBEL, M., 2017. *Oftalmologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-264-2.

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

Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně – Chrlících.

Poskytované soc. služby. Online. 2023. Dostupné z:

<https://www.centrumchrlice.cz/poskytovane-soc-sluzby/ms-1528/pl=1528>. [cit. 2024-01-01].

CORN, A. L. a ERIN, J. N., 2010. *Foundations of low vision: clinical and functional perspectives*. New York: AFB Press. ISBN 978-0-89128-883-1.

ČÁLEK, O., 1988. *Akceptace vady jako produkt sociálních vztahů postiženého jedince*. Praha: Novinář.

ČÁLEK, O.; HOLUBÁŘ, Z. a CERHA J., 1991. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 80-7066-341-3.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Aktuální populační vývoj v kostce*. Online. 13. 1. 2021. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/csu-predstavil-prvni-vysledky-scitani-2021>. [cit. 2023-12-05].

DOMOV PALATA. *O Palatě*. Online. 2015. Dostupné z: <https://palata.cz/o-palate/>. [cit. 2024-01-01].

ERNEST, J. et al. Endoftalmitida po operaci katarakty. Online. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2000, č. 6, s. 351–356. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-ofthalmologie/2000-6/endoftalmitida-po-operaci-katarakty-27873>. [cit. 2023-10-12].

ERNEST, J. Standart akutní vitreoretinální péče. Online. *Česká a slovenská oftalmologie* 2012, roč. 68, č. 6, s. 258–267. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-ofthalmologie/2012-6/standard-akutni-vitreoretinalni-pece-39944>. [cit. 2023-10-12].

FINKOVÁ, D.; LUDÍKOVÁ, L. a RŮŽIČKOVÁ, V., 2007. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024418575.

FLYVBJERG, B. Five misunderstandings about case – study research. Online. *Qualitative Inquiry*. 2006, roč. 12., č. 2, s. 219–245. DOI: 10.1177/1077800405284363.

Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/221931884_Five_Misunderstandings_About_Case-Study_Research. [cit. 2024-02-08].

HALBRŠTÁT, J. Když je člověk vrcholně produktivní. Online. *Lidové noviny*. 14. 5. 2010. ISSN 1213-1385. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/domov/kdyz-je-clovek-vrcholne-produktivni.A100514_000075_ln_noviny_sko. [cit. 2023-12-10].

HAMADOVÁ, P.; KVĚTOŇOVÁ, L. a NOVÁKOVÁ, Z., 2007. *Oftalmopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-159-1.

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAVLÍČKOVÁ, A., 2023. *Akceptace zrakového postižení v produktivním věku*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce L. Květoňová.

HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přeprac. A rozš. Vyd. Praha: Portál. ISBN 9788026209829.

CHRASTINA, J., 2019. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study – a method of qualitative research strategy and research design*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024453736.

JESENSKÝ, J., 2002. *Základy komprehenzivní tyflopédie*. Hradec Králové: Gaudeamus, ISBN 8070413298.

KIMPLOVÁ, T. a KOLAŘÍKOVÁ, M., 2014. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?: souhrn (nejen) psychologické problematiky*. Praha: Triton. ISBN 978-80-738-7831-3.

- KIMPLOVÁ, T., 2003. *Psychologické služby pro děti a dospělé se zrakovým postižením*. Rigorózní práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
- KOLÁŘ, P., 2008. *Věkem podmíněná makulární degenerace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2605-2.
- KVĚTOŇOVÁ, L. a ŠUMNÍKOVÁ, P., 2022. *Speciální pedagogika znevýhodněného člověka se zrakovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-76033375.
- LINZEROVÁ, D.; STEPANOV, A. a NĚMČANSKÝ, J. Oční projevy u pacientů s HIV infekcí. Online. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2018, roč. 74, č. 6, s. 234–239. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-ofthalmologie/2018-6-13/ocni-projevy-u-pacientu-s-hiv-infekci-112506>. [cit. 2023-12-10].
- MACH, R. et al. Akutní retinální nekróza. Online. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2012, roč. 68, č. 2, s. 65–70. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-ofthalmologie/2012-2/akutni-retinalni-nekroza-38466>. [cit. 2023-12-10].
- MACHOVÁ, J., 2021. *Biologie člověka pro učitele*. Univerzita Karlova: Karolinum. ISBN 978-80-246-5085-2.
- MATĚJÍČEK, Z., 1986. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum.
- MAXQDA. *The Why MAXQDA*. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.maxqda.com/interview-transcription-analysis>. [cit. 2024-03-17].
- NOVOTNÝ, I. A HRUŠKA, M., 2015. *Biologie člověka*. 5. rozš. A uprav. Vyd. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7373-128-1.
- POBYTOVÉ REHABILITAČNÍ A REKVALIFIKAČNÍ STŘEDISKO NA DĚDINA, O. P. S. *Rekvalifikace*. Online. 2023. Dostupné z: <https://dedina.cz/rekvalifikace/>. [cit. 2023-12-10].
- SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRÁKÝCH ČR. Online. 2022. Dostupné z: <https://www.sons.cz/>. [cit. 2023-12-10].

STEPANOV, A. et al. Cytomegalovirová retinitida u pacienta se syndromem získané imunodeficience. Online. *Česká a slovenská oftalmologie*. 2014, roč. 70, č. 4, s. 132–137. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-oftalmologie/2014-4-10/cytomegalovirova-retinitida-u-pacienta-se-syndromem-ziskane-immunodeficience-50068>. [cit. 2023-12-10].

STUDNIČKA, J., 2018. *Onemocnění sítnice a cévnatky v praxi*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-8020449450.

ŠUMNÍKOVÁ, P., 2019. *Možnosti prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 9788076030053.

ŠVAŘÍČEK, R. a Šed'ová, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOLMAN, J.; HILL. D. R.; KLEINSCHMIDT. J. J. a GREGG. H. CH., 2005. Psychosocial Adaptation to Visual Impairment and Its Relationship to Depressive Affect in Older Adults With Age-Related Macular Degeneration. Online. *Gerontologist*. 2005, roč. 45, č. 6, s. 747–753. ISSN 00169013. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/45/6/747/553034>. [cit. 2024-03-17].

TYFLOCENTRUM PRAHA, O. P. S. Online. 2010. Dostupné z: <https://praha.tyflocentrum.cz/index.php>. [cit. 2023-12-10].

TYFLOSERVIS, O. P. S. Online. 2020. Dostupné z: <https://www.tyfloservis.cz/>. [cit. 2023-12-10].

US EYE INJURY REGISTRY. *Epidemiology*. Online. 2023. Dostupné z: <http://useir.org/>. [cit. 2023-12-10].

VÁGNEROVÁ, M., 1995. *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-053-X.

VOKURKA, M. a HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualiz. vyd. Praha: Jessenius. ISBN 9788073454562.

Seznam příloh

Příloha 1 – Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

Příloha 1 – vzor informovaného souhlasu s poskytnutím rozhovoru

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru k bakalářské práci

Téma bakalářské práce: Akceptace zrakového postižení v produktivním věku

Autor: Denisa Anna Chlebiková

Prohlášení:

1. Souhlasím s poskytnutím rozhovoru, jeho nahráváním a s poskytnutím dalších informací s tím souvisejících.
2. Souhlasím s tím, že údaje získané ve výzkumném šetření mohou být prezentovány v závěrečné práci, a to se zachováním anonymity mé osoby.
3. Jsem si vědom/a, že obsahem rozhovoru a informací s tím souvisejících mohou být rovněž osobní a citlivé záležitosti či obtížná témata.
4. Rozumím tomu, že není mou povinností odpovídat na obtížné a nepříjemné otázky.
5. Rozumím tomu, že kdykoliv mohu rozhovor ukončit a zrušit svoji účast na tomto projektu.
6. Jsem si vědom/a toho, že budu-li mít jakoukoliv otázku týkající se výzkumného šetření, mohu se obrátit na organizátorku výzkumného šetření, která mi dotazy zodpoví.
7. Rozumím všemu výše uvedenému a souhlasím s tím.

.....

Jméno a příjmení, podpis

V Dne