

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Ucelená rehabilitace osob se zrakovým postižením**

**Comprehensive rehabilitation of people with visual impairment**

Diplomová práce

**Vedoucí práce:**

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph. D

**Autor:**

Bc. Barbora Hlaváčová, DiS.

Praha 2019

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala svým drahým rodičům za jejich podporu a trpělivost během celého mého studia.

Děkuji vedoucí mé diplomové práce paní MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D. za odborné rady, připomínky, profesionální vedení a pomoc, kterou mi poskytla při tvorbě této diplomové práce.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Ucelená rehabilitace osob se zrakovým postižením vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Barbora Hlaváčová

## **Anotace**

Diplomová práce na téma Ucelená rehabilitace osob se zrakovým postižením podává celkový přehled o možnostech a významu Ucelené rehabilitace pro tuto cílovou skupinu.

V úvodní části mé práce se budu věnovat definici zraku, zrakovému postižení, ucelené rehabilitaci pro osoby se zrakovým postižením a možnosti sociálních služeb.

V závěrečné části jsou uvedeny rozhovory vedené s klienty a pracovníky zařízení zaměřeného na poskytování služeb sociální rehabilitace.

Cílem mé práce je popsat psychosociální problematiku osob se zrakovým postižením a současně podat přehled o možnostech a významu ucelené rehabilitace pro tuto cílovou skupinu.

## **Annotation**

The diploma thesis on the topic of Comprehensive rehabilitation of people with visual impairment gives an overview of the possibilities and importance of comprehensive rehabilitation for this target group.

In the introductory part of my work I will focus on the definition of vision, visual impairment and comprehensive rehabilitation for people with visual impairment and possibilities of social services.

In the final part there are interviews conducted by clients and staff of provided focused services of social rehabilitation.

The aim of the thesis is to describe the psychosocial issue of a person with visual impairment and to give an overview of the possibilities and importance of comprehensive rehabilitation for this target group.

## **Klíčová slova**

zrakové postižení, zraková vada, sociální rehabilitace, kompenzační pomůcky,

## **Keywords**

Visual impairment, visual defect, social rehabilitation, compensatory aids

## Obsah

Úvod.....	8
<b>1. Charakteristika zraku.....</b>	<b>9</b>
1.1 Anatomie zrakového orgánu.....	9
1.2 Fyziologie.....	10
1.3 Funkce zrakového centra.....	11
<b>2. Zrakové postižení .....</b>	<b>12</b>
2.1 Kategorie zrakového postižení dle WHO.....	12
2.2 Další klasifikace zrakového postižení .....	12
2.3 Nejčastější onemocnění způsobující zrakové postižení .....	13
2.4 Zrakové vady.....	16
2.4.1 Dělení dle doby vzniku-vrozené zrakové vady .....	16
2.4.2 Rozdělení dle stupně poškození .....	17
2.4.3 Rozdělení podle postižení zrakových funkcí .....	18
<b>3. Osoby se zrakovým postižením .....</b>	<b>21</b>
3.1 Klasifikace osob se zrakovým postižením dle speciální pedagogiky.....	21
3.2 Psychosociální problematika osob se zrakovým postižením, problematika malých dětí se zrakovým postižením .....	21
3.2.1 Reakce rodiny na postižení dítěte.....	22
3.2.2 Proces přijetí postižení dítěte rodiči .....	23
3.2.3 Problematika u rodičů postiženého dítěte .....	23
3.2.4 Odmítání dítěte rodiči.....	24
3.3 Služby a možnosti podpory při přijetí a vyrovnání se zrakovým postižením u dítěte .....	25
3.4 Psychosociální problematika osob se zrakovým postižením, reakce na zrakové postižení nebo úplnou ztrátu zraku u dospělé osoby .....	27
3.4.1 Nepřijetí zrakového postižení dospělým člověkem .....	27
3.4.2 Proces přijetí zrakového postižení či ztráty zraku u dospělé osoby .....	28
<b>4. Ucelená rehabilitace osob se zrakovým postižením.....</b>	<b>29</b>
4.1 Prostorová orientace a samostatný pohyb s bílou holí .....	30
4.2 Návik sebeobslužných činností.....	33
4.3 Návik čtení a psaní Braillova bodového písma .....	35
4.4 Návik vlastnoručního podpisu .....	35
4.5 Návik psaní na klávesnici počítače.....	35
4.6 Aktivizační činnosti.....	36
4.7 Rozvíjení fyzických dovedností .....	36

<b>5. Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením .....</b>	<b>38</b>
5.1 Optické pomůcky .....	38
5.2 Optoelektronické pomůcky .....	38
5.3 Pomůcky poskytující hmatový a hlasový vjem .....	39
5.4 Kompenzační pomůcky pro usnadnění mobility .....	39
5.5 Braillovo bodové písmo .....	41
<b>6. Sociální služby poskytující rehabilitaci osobám se zrakovým postižením .....</b>	<b>42</b>
6.1 Sociální poradenství .....	42
6.2 Služby sociální prevence .....	42
6.3 Služby sociální péče .....	44
<b>7. Organizace poskytující rehabilitaci osobám se zrakovým postižením ..</b>	<b>45</b>
7.1 Tyfloservis .....	45
7.2 Okamžik, z.ú. ....	46
7.3 Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina, o. p. s. ....	46
7.4 SONS .....	47
<b>8. Výzkumné šetření .....</b>	<b>49</b>
8.1 Metoda výzkumu .....	49
8.2 Etické zásady .....	49
8.3 Cíl šetření .....	49
8.4 Soubory .....	49
8.5 Metoda zpracování šetření .....	50
8.6 Operacionalizace .....	50
8.7 Výsledky a interpretace rozhovorů s klienty .....	51
8.8 Výsledky a interpretace rozhovorů s pracovníky .....	56
8.9 Shrnutí výsledků rozhovorů .....	62
<b>9. Diskuze .....</b>	<b>65</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>67</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>68</b>
<b>Summary .....</b>	<b>71</b>

## **Seznam zkratek**

BBD – Braillovo bodové písmo

PO SP – Prostorová orientace a samostatný pohyb

ZP – Zrakově postižený

VPMD – Věkem podmíněná makulární degenerace

## Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma Ucelená rehabilitace osob se zrakovým postižením. Sociální práce s lidmi se zrakovým postižením mě velmi zaujala. Vybrala jsem si toto téma z důvodu, že jsem absolvovala odbornou praxi v zařízení poskytující sociální rehabilitaci těmto osobám a také je mi toto téma velmi blízké, protože sama jsem se narodila se zrakovou vadou.

Cílem práce je popsat psychosociální problematiku osob se zrakovým postižením a podat přehled o možnostech a významu Ucelené rehabilitace pro tuto cílovou skupinu.

Zrak je velmi důležitým smyslem lidského těla, dojde-li k jeho nefunkčnosti, nastává značné omezení základních schopností, které člověk ke svému životu potřebuje. V dnešní době jsou však sociální zařízení, sociální služby a široká škála kompenzačních pomůcek, které pomáhají těmto lidem, aby mohli se svým postižením žít kvalitní život.

V úvodní části mé práce se budu věnovat definici pojmu zrak, zrakové postižení, pojmu ucelená rehabilitace pro osoby se zrakovým postižením. Dále se zaměřím na sociální služby a sociální organizace poskytující pomoc v běžném životě a služby v rámci sociální rehabilitace.

V závěrečné části jsou uvedeny rozhovory vedené s klienty a pracovníky zařízení zaměřených na poskytování služeb sociální rehabilitace.

Potřebné podklady jsem získala ze sociálního zařízení pro zrakově postižené, kde se poskytují služby sociální rehabilitace. (Z důvodu zachování anonymity nejsou záměrně uvedeny názvy konkrétních zařízení.)



# 1. Charakteristika zraku

Zrak je dominantním smyslem, kterým člověk přijímá drtivou většinu informačních podnětů z okolního světa. Jeho úplná nefunkčnost nebo značné omezení je provázáno ztrátou nebo velkým omezením mnoha základních schopností, které člověk ke svému životu potřebuje a to např. schopnost orientace a pohyb v prostoru, zvládnání každodenních činností při péči o svoji osobu, domácnost a své blízké. Dále jsou to schopnosti jako je čtení, psaní, zpracování informací, komunikace, studium, záliby a příprava na výkon zaměstnání (Bubeníčková, 2012, s.9).

## 1.1 Anatomie zrakového orgánu

Zrakové ústrojí se skládá z periferní části tzn. ze zrakové dráhy a ze zrakového ústředí. Periferní část je tvořena očními bulvami a jejich přídatnými orgány jako jsou víčka, spojivka, slzné ústrojí a okohybné svaly. Oční koule je uložena v očníci, v tukové tkáni a skládá se ze tří vrstev:

**Povrchová vrstva** je tvořena bělimou a rohovkou. **Bělina** je tuhá, bílá vazivová blána tloušťky 0,3 až 1 mm. Tvoří asi 4/5 povrchu oční koule. Na bělimu se upínají okohybné svaly a v zadní části oční koule prostupuje bělimou zrakový nerv. V přední části přechází v **průhlednou rohovku**, která je ve směru svislém vyklenutější než bělima.

Za rohovkou je prostor, který se nazývá **přední oční komora**. Je to prostor mezi zadní plochou rohovky, přední plochou duhovky. Za duhovkou je **čočka**, která je asi 4 mm silná, dvojnásobně vypuklá. Tahem vláček řasnatého tělesa se buď zplošťuje nebo jejich ochabnutím se vyklenuje. Za duhovkou je **zadní komora**, což je prostor mezi zadní plochou duhovky a přední plochou čočky. Prostor mezi čočkou a sítnicí vyplňuje vodnatý, řídký rosolovitý **sklivec**.

**Střední cévnatá vrstva** je tvořena cévnatkou, řasnatým tělesem a duhovkou. **Cévnatka** vystýlá zadní 2/3 oční koule. Je červenohnědé barvy. Vedle četných cév obsahuje hojně buňky s hnědým pigmentem. Směrem dopředu vybíhá v kruhovitý val tzv. **řasnaté těleso** s četnými výběžky, na nichž je tenkými vlákny zavěšena **čočka**. Z krve, protékající kapilárami řasnatého tělesa, se tvoří tzv. **komorová voda**. Hladké svalstvo řasnatého tělesa mění svými stahy zakřivení čočky. Před řasnatým tělesem se zdvíhá kruhovitá clona tzv. **duhovka**, která má uprostřed kruhovitý otvor **zřítelnici nebo zornici**. Paprskovitě a kruhovitě uspořádané hladké svaly v duhovce způsobují rozšiřování nebo zužování zornice. Zpředu je

duhovka modrá, šedá, žlutohnědá nebo černohnědá. Její barvu určuje množství v ní obsažených pigmentových buněk (Autrata, 2002, s.18-19).

**Vnitřní vrstva** je tvořena sítnicí. **Sítnice** vystýlá vnitřní povrch cévnatky. Je 0,2 až 0,4 mm silná. Je tvořena zrakovou částí (receptory s fotopigmenty) a mozkovou částí (nervovými buňkami s výběžky). Zevní vrstva, přiléhající k cévnatce, je vrstva **pigmentová**. Druhá vrstva se skládá ze světločivých buněk tzv. **tyčinek a čípků**. Výběžky těchto buněk jsou spojeny s vrstvou **dvoupólových** buněk, převádějících vzruchy z tyčinek a čípků na čtvrtou vrstvu, tvořenou nervovými buňkami, jejichž neurity prostupují stěnou koule oční ve zrakovém nervu a vedou vzruchy do zrakových ústředí v mozku. Hustota čípků a tyčinek se liší v různých částech sítnice. Místo vstupu zrakového nervu neobsahuje světločivé elementy – tyčinky a čípky a je nazýváno **slepá skvrna**. Největším nakupením čípků v počtu několika desítek tisíc na mm<sup>2</sup> je místo nejostřejšího vidění a nachází se 4 mm zevně od slepé skvrny tzv. **žlutá skvrna**. V perifernějších částech sítnice jsou čípky a v převažujícím poměru tyčinky, jejichž hustota se vzdáleností od žluté skvrny postupně zmenšuje a tím se snižuje zraková rozlišovací schopnost perifernějších částí (Autrata, 2002, s.21-22).

## 1.2 Fyziologie

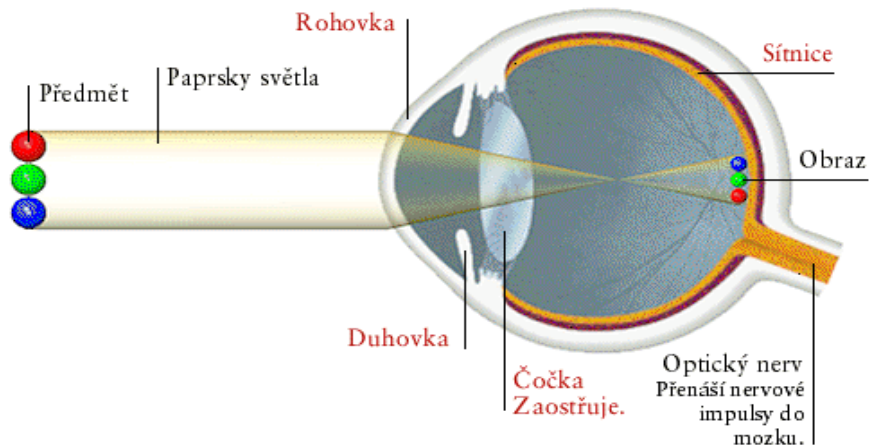
Lidské oko je orgánem nejdůležitějšího smyslu, zraku. Pod termínem zrak rozumíme vnímání světla, barev, tvarů, kontrastu, zrakovou rozlišovací schopnost a adaptaci.

Fyziologický proces vidění probíhá tak, že světlo proniká optickým aparátem oka a světelné paprsky jsou zachyceny na sítnici. Smyslové buňky, tyčinky a čípky zpracují obraz pomocí rozkladu svých pigmentů a vzniklými elektrickými potenciály ho předají neuronům v sítnici.

V místě, kam dopadlo světlo na sítnici, dochází ke vzniku vzruchu, který je převeden zrakovou dráhou do zrakového centra v mozku. Podle místa na sítnici, kam dopadl paprsek pozorovaného předmětu, mluvíme o dvojím vidění. První je **centrální vidění**, kdy paprsky dopadají na žlutou skvrnu a druhé je **periferní vidění**, kdy paprsky dopadají mimo žlutou skvrnu.

Nervová vlákna zrakového nervu vycházejí z neuronů sítnice na papile zrakového nervu a dále vedou zrakovou dráhou tyto vjemy až do zrakového centra v mozku (Autrata, 2002, s.32).

Obrázek č.1: Fyziologický proces vidění.



([www.veronika.sovova.sweb.cz](http://www.veronika.sovova.sweb.cz))

### 1.3 Funkce zrakového centra

Zrakové centrum se nachází v týlním laloku mozku. Zrakové centrum má dvě oblasti: **primární zraková korová oblast** leží ve středu týlního laloku. V této oblasti dochází ke křížení vláken zrakového nervu. Při poškození primární zrakové oblasti dochází k výpadku zorného pole až ke kompletní korové slepotě.

**Sekundární zraková korová oblast** z části lemuje primární zrakovou oblast a leží převážně na zevní straně týlního laloku. Tato oblast slouží k podrobnějšímu rozboru zrakových počitků a vjemů, ke třídění zrakových informací a jejich zařazování do širších souvislostí a uložení do paměti (Merkunová,2008,s.237).

## 2. Zrakové postižení

Zrak je považován za základní a nejcitlivější smysl, který umožňuje vnímat světelné podněty a získávat informace z okolního světa. Odborníci rozlišují zrakové postižení do určitých kategorií.

V následující podkapitole je rozdělení zrakového postižení podle Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN 10.

### 2.1 Kategorie zrakového postižení dle WHO

**Střední slabozrakost** = kategorie zrakového postižení 1

zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum  $<6/18$  (0,30) – minimum  $\geq 6/60$  (0,10); 3/10–1/10.

**Silná slabozrakost** = kategorie zrakového postižení 2

zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum  $<6/60$  (0,10) – minimum  $\geq 3/60$  (0,05); 1/10–10/20.

**Těžce slabý zrak** = kategorie zrakového postižení 3

a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum  $<3/60$  (0,05) – minimum  $\geq 1/60$  (0,02); 1/20–1/50,

b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů

**Praktická slepota** = kategorie zrakového postižení 4

zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena,

**Úplná slepota** = kategorie zrakového postižení 5

ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí. (www.sons.cz)

### 2.2 Další klasifikace zrakového postižení

Majerová (2016, s.17-18) uvádí, že se zrakové postižení dělí podle potřeb úprav a rozměru běžného života osoby se zrakovým postižením na pět stupňů.

**Lehké zrakové postižení**, které je definováno jako postižení zraku, kdy jedinec je schopen sám fungovat v běžném životě s jednoduchou podporou, např. brýlemi nebo kontaktními čočkami.

**Zrakové postižení střední závažnosti** je postižení, kdy osoba využívá jednoduché kompenzační pomůcky, např. lupy.

**Závažné zrakové postižení** je postižení, kdy jedinec využívá zbytky svého zraku pomocí speciálních či kompenzačních pomůcek, které mu pomohou k samostatnosti.

**Hluboké zrakové postižení** je postižení, kdy osoba s takovou formou postižení je schopna provádět denní činnosti jen se speciálními či kompenzačními pomůckami a nutností využití ostatních smyslů.

**Totální/úplné zrakové postižení** je úplnou ztrátou zraku nebo slepotou. Je to neschopnost jedince vnímat vnější podněty zrakem. Jedinec s tímto postižením je odkázán na pomoc druhé osoby a využívá ve zvýšené míře kompenzační pomůcky pro orientaci a další činnosti.

### 2.3 Nejčastější onemocnění způsobující zrakové postižení

Příčiny zrakového postižení se dělí na **periferní a centrální**. Kuchynka (2016, s. 2-3) uvádí, že mezi hlavní periferní příčiny slepoty patří glaukom, věkem podmíněná makulární degenerace, diabetická retinopatie a další oční postižení, která jsou spojena s genetickým vývojem, degenerativními procesy, traumaty a jinými příčinami. Centrální příčinou zrakového postižení je nejčastěji v raném věku dětská mozková obrna a v pokročilejším věku cévní mozková příhoda.

#### Glaukom

Glaukom neboli zelený zákal patří mezi nejčastější příčiny slepoty ve světě. Glaukom je poškození zrakového nervu a sítnice v důsledku zvýšeného nitroočního tlaku. V oku se nahromadí příliš velké množství nitrooční tekutiny, která nemůže odtékat a začne utiskovat zrakový nerv.

Zelený zákal způsobuje malé výpadky v zorném poli, jejichž si člověk nemusí ani všimnout. Později, jak nemoc postupuje, jsou výpadky v zorném poli nepřehlédnutelné a člověk ztrácí tzv. **periferní vidění**. Což vede k tomu, že místo osob a předmětů vidí postižený jen stíny, černé skvrny a má vidění jako v mlze. V případě, že oční nerv odumře úplně, dojde k úplné ztrátě zraku (Kuchynka, 2016, s. 5).

Kimplová (2014, s.18) uvádí, že existují dva hlavní typy glaukomu: **Glaukom otevřeného úhlu** je typ glaukomu, kdy se jedná o nadprodukcii komorového moku v oku. **Glaukom uzavřeného úhlu** je onemocnění zraku, kdy dochází k zablokování odtokových cest komorové moku. Glaukom otevřeného úhlu je považován za nejnebezpečnější onemocnění zraku, na počátku probíhá zcela nenápadně, ale může skončit nezvratnými úbytky v zorném poli. Naopak u glaukomu s uzavřeným úhlem dochází k prudkému zvýšení nitroočního tlaku a tím k akutnímu glaukomovému záchvatu

provázeného výraznou bolestí. Při zvýšení tlaku v oku se poškodí cévy a tím dochází k omezení výživy očních tkání.

Obrázek č.2 : Postupné zhoršení zraku u glaukomu



([www.ocnihb.cz](http://www.ocnihb.cz))

### **Věkem podmíněná makulární degenerace**

Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) je hlavní příčinou postižení zraku v ekonomicky rozvinutých zemích a je to postižení zraku u osob vyššího věku. Jedná se o degenerativní onemocnění sítnice, které vede k progresivnímu poklesu centrální zrakové ostrosti, přičemž zůstává zachováno pouze periferní vidění.

Mezi hlavní rizikové faktory tohoto postižení zraku dle Mezinárodní aliance patří kouření tabákových výrobků, nedostatek fyzického pohybu, genetická zátěž a nezdravé dietní návyky, které vedou k obezitě a vysoké hladině cholesterolu. (Kuchynka, 2016, str.6)

Toto zrakové postižení se zpočátku projevuje nenápadně, změny vidění jsou při soumraku a ve tmě, kdy člověk vidí mírně zamlženě a barvy nejsou tak ostré jako dříve. Lidé, kteří nosí brýle vnímají příznaky tohoto onemocnění jako normální zhoršení zraku.

Věkem podmíněná makulární degenerace často postihuje nejprve jedno oko a posléze druhé oko. Prvními subjektivně pozorovatelnými příznaky tohoto postižení je např. zamlžený pohled, neobvykle rozostřený obraz nebo rozvlákněná linie či písmena. Již na začátku tohoto onemocnění zraku ztrácí člověk schopnost číst, nerozeznává barvy a vidí všechny tvary pokřiveně ([www.degeneracemakuly.cz](http://www.degeneracemakuly.cz)).

### **Diabetická retinopatie**

Diabetická retinopatie je souhrn charakteristických patologických změn souvisejících s celkovým onemocněním Diabetem mellitem. Jedná se o postižení cév sítnice způsobující zhoršenou zrakovou ostrost a při krvácení do sítnice i výpadky zorného pole. V pokročilém stádiu může dojít k zasažení centrálního vidění a již zmíněnému snížení zrakové ostrosti a světloplachosti (Kuchynka, 2016, s. 6).

## **Retinopatie nedonošenců**

Retinopatie nedonošenců je častou příčinou slepoty u předčasně narozených dětí. Toto onemocnění se týká nedonošených dětí narozených před 28. týdnem s porodní hmotností nižší než 1 250 g, jenž musí být z důvodu udržení základních životních funkcí a dozrávání orgánových soustav umístěny do inkubátoru (oxygenoterapie).

Míra postižení je hodnocena pěti stupni, nejlehčí je myopie-krátkozrakost a nejtěžší je úplná nevidomost.

Symptomem tohoto onemocnění je citlivost na oslnění, dále zúžení zorného pole a snížení zrakové ostrosti až slepota (Vágnerová, 2006, s. 35).

Kimplová (2014, s.19) uvádí, že v prenatálním vývoji organismu dozrávají cévy sítnice jako jedny z posledních částí oka. Většinou jsou cévy vyvinuté pouze v centrální krajině sítnice a do periferních částí ještě nedorostly. V případě, že dítě nemá v inkubátoru přiměřenou koncentraci kyslíku, dochází v nezralé sítnici k tvorbě a rozrůstání nových cév v celých trsech a jejich mohutnění má za následek odchlípnutí sítnice. Kromě odchlípnutí sítnice může také dojít ke vzniku sekundárního glaukomu a snížení zrakové ostrosti.

Po dokončení oxygenoterapie může docházet k bujení cév a krvácení, na které oko reaguje procesem hojení a zvýšenou tvorbou vaziva vedoucí k napínání sítnice. Při němž dochází ke svaštění sítnice a vzniká vysoké riziko následného odchlípnutí. Změny na sítnici často vedou k úbytkům zorného pole nebo k úplné ztrátě zraku.

## **Katarakta vrozená**

Vrozená katarakta neboli vrozený šedý zákal může mít dědičný původ, nebo vzniká při poškození CNS či v důsledku nitroděložní infekce. Jedná se o zakalení čočky, která částečně nebo úplně brání vstupu světelných paprsků do oka a nevytváří na sítnici ostrý obraz pozorovaných předmětů. U tohoto zrakového postižení má člověk často sníženou zrakovou ostrost a popisuje vidění *jako přes špinavé okno*.

Při vrozené kataraktě je velmi důležité odstranění zakalené čočky již v raném věku dítěte, jelikož při poškození čočky nejsou stimulovány zrakové oblasti mozku, a tím dochází ke zpomalení jejich rozvoje. V případě těžkého poškození zraku se rozvíjí tupozrakost a při poškození obou očí může dojít až k praktické slepotě (Kimplová, 2014, s. 17).

## **Katarakta získaná**

Získaná katarakta je multifaktoriální onemocnění. Nejčastější příčinou bývá stárnutí (tzv. senilní katarakta). Příčinou vzniku katarakty může být také metabolické systémové nebo oční onemocnění např. cukrovka, zarděnky, toxoplazmóza, zelený zákal a oční úrazy.

Kataraktou trpí až 10 miliónů lidí po celém světě. Například v Německu se každoročně provádí více než 600 000 operací šedého zákalu. Operace katarakty jsou obvykle prováděny ambulantně, kdy je oko anestetizováno, předem ošetřeno antibiotiky a chirurgicky otevřeno. V dnešní době jsou moderní techniky, které umožňují provádět operaci přes řez menší než 2mm. Při fakoemulzifikační technice se čočka emulguje a odsává přes vibrační dutou jehlu. Chirurg poté implantuje intraokulární umělou čočku. Pacienti bez dalších onemocnění oka mohou dosáhnout zrakové ostrosti 1,0 (<https://www.disabled-world.com>).

Ve vyspělých zemích, k nimž patří i ČR, není katarakta příčinou zrakového postižení, neboť je všem pacientům dostupná výše uvedená chirurgická léčba. Oproti tomu v rozvojových zemích, kde je oftamologická péče nedostupná, je katarakta stále příčinou získané slepoty.

Obrázek č.3: Rozdíl mezi zdravým zrakem a zrakem postiženým šedým zákallem.



(<https://www.ireceptar.cz>)

## 2.4 Zrakové vady

Zrakové vady se dělí na zrakové vady dle doby vzniku a dle stupně poškození zraku a podle postižení zrakových funkcí.

### 2.4.1 Dělení dle doby vzniku-vrozené zrakové vady

#### Degenerace sítnice

U tohoto onemocnění zraku se jedná o tzv. **degenerativní onemocnění**. Jedná se o genetické postižení obou očí, nezánettivé změny na sítnici, které provází poškození nervových buněk.

Onemocnění je rozděleno na **centrální a periferní**. Jedná se dědičné onemocnění, které postihuje hlavně tyčinky na periférii očního pozadí. Toto onemocnění začíná šeroslepostí a později se zužuje zorné pole až na úroveň trubcového vidění a v posledním stádiu nemoci dochází k poklesu centrálního vidění.



Příznakem této nemoci je také světloplachost, problémy s adaptací při přechodu ze světla do tmy a opačně (Vágnerová, 1995, s. 22).

Obrázek č.4: Postupující nemoc zraku, degenerace sítnice



(<http://detoxy.cz/aktuality>)

### **Strabismus**

Rozsival (2017, s.198) strabismus neboli šilhání definuje jako stav, kdy optické osy vidění obou očí nesměřují současně k fixovanému objektu. Strabismus vzniká následkem poruchy zrakové funkce ve vývoji binokulárního vidění.

Strabismus se rozděluje na Heteroforii neboli skryté šilhání a Heterotropii neboli zjevné šilhání. Heteroforie je stav, kdy se šilhání stává teprve po zamezení fúze. Fúze je schopnost spojení dvou stejných obrazů oběma očima v jednoduchý vjem. A heterotropie je stav, kdy se osy obou očí neprotínají v pozorovaném bodě, tzn. při pohledu do dálky nejsou osy rovnoběžné, jedno oko se uchyluje.

### **2.4.2 Rozdělení dle stupně poškození**

Zrakové vady se také rozlišují dle stupně poškození. Patří sem slabozrakost, zbytky zraku a úplná ztráta zraku.

#### **Slabozrakost**

Slabozrakost se často projevuje zhoršenou zrakovou ostrostí obou očí, postižením prostorového vidění, výpadky v zorném poli a světloplachostí. Oko může být poškozeno zevně i vnitřně a může též dojít k poškození zrakové dráhy a zrakového centra.

Tato vada může být vrozená i získaná. Nejčastější příčinou slabozrakosti je *astigmatismus, hypermetropie, katarakta, glaukom apod.* Důsledkem tohoto postižení bývá u slabozrakých narušena správná tvorba zrakových představ, které jsou zkreslené. U slabozrakých dětí musíme počítat se slabou pozorností, rychlejší unavitelností a jejich pracovní tempo bude pomalejší. Také se může vyskytnout problém se samostatností a orientací v prostoru (Kimplová, 2014, s. 24).

## Zbytek zraku

Zbytek zraku je označován jako postižení zraku v rozsahu od těžké slabozrakosti až po praktickou slepotu. Příčina tohoto postižení může být vrozená i získaná.

Osoby se zbytky zraku rozpoznají pomocí brýlové korekce prsty před očima a jsou schopni pomocí optických kompenzačních pomůcek číst písmo nebo obrázky ve velikosti plakátu. Také mají oproti slabozrakým osobám značný problém s prací na blízko a problém s prostorovou orientací, při které nedokáží využít zrak. (Finková, 2007, s. 45)

Kimplová (2014, s.27) úplnou ztrátu zraku neboli slepotu definuje jako neschopnost jedince vnímat zrakem. Úplnou ztrátu zraku můžeme rozdělit na vrozenou a získanou.

Nejčastějšími příčinami vrozené slepoty jsou následky dědičnosti, infekční choroby matky v době těhotenství a získaná slepota bývá způsobena poruchami CNS, úrazy oka, meningitidou, otravami apod.

Pro kvalitní život nevidomého člověka je důležitý rozvoj tzv. kompenzačních mechanismů a podpora systematického rozvoje tzn. rozvoj nižších smyslů-sluchu, hmatu, čichu a chuti.

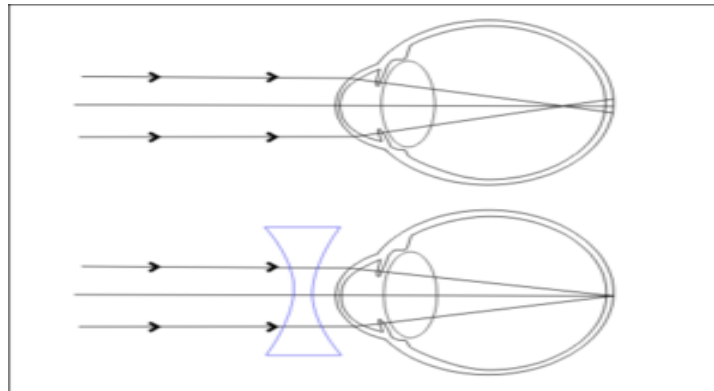
### 2.4.3 Rozdělení podle postižení zrakových funkcí

#### Refrakční vady

Refrakční vady spadají do kategorie poruch zrakové ostrosti. Nejčastější refrakční vadou je **myopie, hypermetropie a astigmatismus**.

**Myopie**, jinak řečeno krátkozrakost, je nejčastější zraková vada ze skupiny refrakčních vad. Myopii rozlišujeme na **myopii lomivou**, kdy je při zachované délce oka zvýšena lomivost optických prostředí a **myopii osovou**. Při progresi degenerativních změn dojde k roztažení sítnice a jejímu odchlípnutí od zrakového nervu. Příznakem tohoto onemocnění je neostré vidění do dálky a problém s vnímáním hloubky. V horším případě dojde až k výpadku zorného pole až k slepotě. Toto onemocnění se upravuje **tzv. rozptylovými (mínusovými) brýlemi**, které zajistí, že se paprsky setkají až na sítnici, kde se promítnou do ostrého obrazu (Kimplová, 2015, s. 16). Krátkozraké oko se vyznačuje tím, že rovnoběžné paprsky přicházející k oku a mají své ohnisko před sítnicí. Nejčastějším vlivem je dědičnost, nadměrné práce na blízko vzdálenost, abnormální stavba oční, tenkost stěny oka aj.

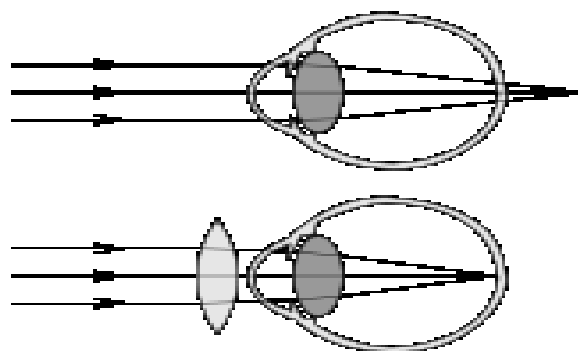
Obrázek č. 5: Chod paprsků emetropickým okem (zdravé oko) obr. č.6: Chod paprsků myopickým okem.



([www.wikiskripta/vady-oka](http://www.wikiskripta/vady-oka))

**Hypermetropie** je opakem **myopie**, je to tzv. **dalekozrakost**. Ta je charakteristická zkráceným bulbem oka, který způsobuje, že rovnoběžné paprsky přicházející k oku a mají své ohnisko lomivosti za sítnicí. Toto onemocnění se upravuje tzv. **spojkami (plusová skla)**, která posílí optický aparát oka přesně tak, aby paprsky dopadly do místa nejostřejšího vidění (Rozsíval, str.2017, 122).

Obrázek č.7: hypermetropické oko; obrázek č. 8: změna hypermetropické oko s korekcí spojně čočky



([www.wikiskripta.eu/refrakční-vady](http://www.wikiskripta.eu/refrakční-vady))

**Astigmatismus** je refrakční vada, která vzniká nepravidelným zakřivením rohovky a může vyvolat rozostřený obraz. Rohovka by měla mít kulový tvar, ale ona je šišatá. Tím se paprsky světla ze všech směrů nespojí na jednom místě sítnice, nýbrž mimo něj.

Astigmatismus se koriguje torickým neboli cylindrickými čočkami, které pomáhají vyrovnat nepravidelnost zakřivení rohovky (Aurata, 2002, s. 50).

**Ztráta zrakové ostrosti:** I toto onemocnění zraku patří mezi skupiny refrakčních vad. Lidé trpící tímto onemocněním zraku nevidí zřetelně a mají obtíže rozlišovat detaily, ale na druhou stranu nemusí mít problém s identifikací velkých předmětů. A jsou i lidé s tímto onemocněním, kteří nemají potíže s rozlišováním detailů, ale mohou špatně vidět objekty z velké dálky.

**Poruchy barvocitu:** Porucha barvocitu je neschopnost vidět všechny barvy. Tato porucha je dědičná a neprogresivní. Z fyziologického hlediska zraku se u této zrakové vady jedná o porušení čípků a jejich funkcí. Při porušení funkce čípků je snížena zraková ostrost. (Kimplová, 2014, s. 14-15).

### 3. Osoby se zrakovým postižením

Osoby se zrakovým postižením jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. Tímto termínem se rozumí, že jsou to osoby, u nichž poškození zraku ovlivňuje činnosti v běžném životě a také nepostačuje běžná optická korekce.

Můžeme tedy říct, že za osobu se zrakovým postižením nepovažujeme člověka, který nosí dioptrické brýle. Takový člověk má tzv. zrakovou vadu lehčího stupně a pomocí brýlí zvládá bez problému každodenní činnosti, nemá omezení v přístupu k informacím, v orientaci a samostatném pohybu a v pracovním uplatnění.

#### 3.1 Klasifikace osob se zrakovým postižením dle speciální pedagogiky

**Osoby nevidomé** jsou chápány jako osoby se nejtěžším stupněm zrakového postižení. Patří sem děti, mládež a dospělí. Nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60. Dělí se na **praktickou nevidomost**, kdy je pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 do 1/60 a na **plnou slepotu**, kdy je světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu.

**Osoby slabozraké** jsou z hlediska tyflopédie zařazeny do kategorie osob, kteří mají zrakové vnímání na stupni slabozrakosti. Slabozrakost je značný pokles zrakové ostrosti (Finková, 2007, s. 41-43).

**Osoby s poruchami binokulárního vidění** jsou ti, u kterých vzniká omezení zrakové funkce jednoho oka. Nejčastější omezení zrakové funkce je šilhavost a tupozrakost. Je narušené prostorové vidění a obtížná práce do blízka.

**Osoby se zbytky zraku** jsou považovány za osoby s vadou, která se pohybuje na rozmezí mezi praktickou slepotou a těžkou slabozrakostí (Finková, 2007, s. 45).

#### 3.2 Psychosociální problematika osob se zrakovým postižením, problematika malých dětí se zrakovým postižením

Problematika malých dětí se zrakovým postižením spočívá především v tom, jak postižení přijme jeho rodina a jak se bude k postiženému dítěti chovat. V případě, že dítě nebude rodinou přijato, bude negativně ovlivněn jeho psychický vývoj. Proto by rodiče měli dítě přijmout takové, jaké je a vychovávat ho se stejně velkou láskou jako ostatní děti.

Aby nedocházelo k problémům a dítě se správně vyvíjelo, je zde důležitá vzájemná interakce, kdy by měli být rodiče trpělivější, jelikož postižené dítě vyžaduje více času. Dále by jeho rodiče neměli dávat najevo, že je méněcenné než ostatní děti. Postižené dítě by se

mělo plně účastnit rodinného dění či jiných společenských situací, aby se ztotožnilo s celou rodinou a mohlo napodobovat jejich jednání a životní postoje (Kimplová, 2014, s.29).

Dítě by nemělo poznat, že jeho zraková vada či postižení působí rodičům starosti. Mohl by u něj vzniknout špatný pocit, že ne vlastní vinou způsobuje svým rodičům nesnáze a obtíže.

Problém může nastat s nástupem dítěte do základní školy, kde se rozvíjí jeho osobní identita. Nástup do školy je často období krize identity dítěte z důvodu nerovnoměrného rozvinutí schopností a dovedností, které jsou potřebné pro zvládnutí školních nároků. Nezdravě také působí nekritická láska k dítěti, která jej nepřirozeně omezuje ve všech životních situacích a vyústí v nesprávné hodnocení dovedností a vlastností dítěte. (www.sancedetem).

Vývojově jsou nejčastěji ohrožené děti s vrozeným zrakovým postižením v raném věku, v období, kdy dochází k navazování vzájemného vztahu s rodiči. V tomto případě je potřebná specializovaná psychologická pomoc, která by měla být poskytnuta hned po zjištění a oznámení oční diagnózy. Rodiče jsou vystaveni mnoha nepříjemným otázkám ze svého okolí. Proto vyhledávají psychologickou pomoc ve středisku rané péče, která jim pomůže vyrovnávat se s touto životní situací (Kimplová, 2014, s.31).

### 3.2.1 Reakce rodiny na postižení dítěte

Po sdělení závažné oční diagnózy prochází rodiče fázemi vyrovnávání se s faktem, které popisuje Kübler-Rossová. Jsou to fáze **šoku, popření, smutku, rovnováhy a reorganizace**.

**Fáze šoku** je charakteristická šokem a popřením. Šok je první reakcí na subjektivně traumatizující skutečnosti, že dítě je trvale postižené. Často je charakterizován výroky rodičů: *To není možné, to nemůže být pravda*. Celá situace způsobí otřes, která následně vyvolá šok, smutek a úzkost a často dochází také k rozvoji obranných mechanismů (Vágnerová, 2006, s.45). Rodiče jsou v tomto momentu rozrušeni, zoufalí a iracionální ve svém myšlení. Nejsou schopni poslouchat důležité informace jako je zdravotní stav jejich dítěte, jaké jsou možnosti léčby apod. Nepřijetí takové informace je projevem obrany před neúnosnou zátěží, která by mohla vést ke ztrátě psychické rovnováhy. Fáze šoku postupně odezní a rodiče přijmou, že dítě má zrakové postižení.

**Fáze popření** je stádium po fázi šoku a období, kdy potřebuje rodina načerpat síly a jít dál. Často se jedná o popření faktu, že je dítě zrakově postižené a popírají, že je to postižení trvalé a že to bude mít velký dopad na jejich život. V této fázi nejsou rodiče schopni

přijmout změny, které přinese postižené dítě do jejich rodinného systému.

**Fáze smutku a viny** je další stádium a v průběhu této fáze jsou rodiče většími ochraniteli, kdy třeba dítěti nedovolí dělat věci, které by i se svým postižením bez problému zvládlo. Smutek je považován za přirozenou a automatickou reakci na zdrcující situaci. Rodiče v případě narození postiženého dítěte truchlí, protože snili, že dítě se narodí zdravé a vnímají tuto situaci jako nespravedlnost, ale neříkají to nahlas. Pocit nespravedlnosti negativně ovlivní psychický stav rodičů. Po překonání největšího smutku přichází na řadu obavy. Obavy představují tisíce otázek kladené, jak sobě, tak i okolí (Co se bude dít dál? Kdo nám pomůže? Co bude za rok, za deset let?). Po těchto fázích následuje přijetí postižení a zvládání celé situace (Kimplová, 2015, s. 43-44).

### 3.2.2 Proces přijetí postižení dítěte rodiči

Vágnerová (2006, s. 41) uvádí, že významnou informací pro přijetí zrakového postižení je **doba vzniku postižení**. Doba vzniku zrakové vady či postižení dítěte subjektivně určuje reakci na takovou zátěž.

Vrozené zrakové postižení nebývá traumatizující, ale na druhou stranu je to velká zátěž pro psychický vývoj postiženého dítěte. Proces přijetí postižení představuje období postupné akceptace reality a vyrovnání se s problémem. Při úspěšném přechodu do tohoto stádia získávají rodiče množství informací umožňující pochopit, co je podstatou postižení dítěte a tím také potvrzují možnost jeho dalšího, avšak omezeného rozvoje.

**Fáze přijetí postižení je reorganizace**, kdy rodiče své dítě s postižením přijímají. Fáze je charakteristická vnitřním přijetím dítěte, tedy radostí i starostmi. Rodiče přijímají dítě takové, jaké je, se vším všudy. Dochází k vnitřnímu uklidnění a vyrovnání se se situací, což je přenášeno i do okolí rodiny. Při přijetí a akceptaci postižení dítěte rodiče přijímají roli rodiče postiženého dítěte a vytváří mu nejlepší podmínky pro jeho život (Kimplová, 2015, s. 47).

### 3.2.3 Problematika u rodičů postiženého dítěte

Kimplová (2015, s. 50-51) uvádí, že při péči o zrakově postižené dítě může dojít k tzv. **hyperprotektivě**, což je přehnaná až extrémní péče o dítě ze strany rodičů. Rodiče projevují až nezdravou snahu o blaho svého dítěte a uspokojení jeho potřeb. Hyperprotektivitu rozdělujeme do následujících typů výchovy:

**Rozmazlující výchova dítěte** je charakteristická tím, že rodiče se snaží nadbytečnou láskou a pozorností vynahradiť vše, co má postižené dítě omezené.

Tato výchova je nejčastějším typem výchovy u dětí se zrakovým postižením, kdy rodiče věnují přemíru lásky a pozornost svému dítěti. Typickým znakem této výchovy je, že rodiče jsou na své dítě velmi citově závislí, a to stejné očekávají od něj. Problémem této výchovy je, že tato přehnaná závislost na dítěti, může dítě negativně ovlivnit při jeho osamostatňování. Důsledkem výchovy je naprostá ztráta autority. Děti se chovají panovačně a egoisticky, což může způsobit značné potíže, jak v dětském věku, tak i v dospívání a později to naruší sociální vztahy v dospělosti. Tyto děti ztrácejí jistotu a sebedůvěru a velmi špatně se adaptují v praktickém životě.

**Ve výchově úzkostné** se rodiče až nezdravě bojí o své dítě, aby si neublížilo a zakazují mu činnosti, které by naopak mohlo normálně vykonávat. Ochraňování dítěte brání jeho fyzickému, psychickému a sociálnímu rozvoji jeho osobnost. Děti na toto chování rodičů mohou někdy reagovat aktivně nebo až agresivním chováním. Problémem této výchovy je, že v budoucnu se to dítě nebude umět samo rozhodnout a přizpůsobit se svému okolí.

**Výchova protekční** znamená časté odstraňování překážek v cestě dítěte. V této výchově se rodiče snaží, aby dítě dosáhlo významných hodnot. Problémem v této výchově je, že rodiče dítěti ve všem pomáhají, pracují za něj a vše mu připravují, někdy i za dítě rozhodují. Tím dochází ke zpomalení psychosociálního vývoje osobnosti dítěte, protože dítě není samostatné a rodiče mu svou péči nedovolují dospět. O hyperprotektivitu můžeme říci, že značně podporuje u dětí se zrakovým postižením závislost na jiných osobách a chápou ji jako nutnost a právo. Tento způsob výchovy jednoznačně negativně ovlivňuje samostatnost a rozvoj osobnosti dítěte a může také ovlivnit jeho budoucí začlenění do společnosti.

### **3.2.4 Odmítání dítěte rodiči**

Nejčastěji k odmítání dítěte dochází ve chvíli, kdy je oční vada výrazná hned po narození a zároveň pokud nedošlo k vytvoření pevného pouta dítěte a rodiče. K odmítání dochází ze strany jednoho rodiče z důvodu pocitu viny, bolesti a vnitřního odmítnutí dítěte. Následkem je časté vyhýbání se kontaktu s dítětem. V souvislosti s odmítáním postiženého dítěte se může vyskytnout problém ve výchově. Jsou dva typy problémové výchovy: zavrhuje a zanedbávající.

**Zavrhuje výchova** je často ve skryté formě a příčinou je nenaplnění ideálu rodičů o zdravém dítěti. Dítě bývá často nevědomě a někdo i vědomě trestáno a omezováno. Děti na to často reagují způsobem vzdoru a protestu.



**Zanedbávající výchova** se vyskytuje ve skryté podobě. U této výchovy rodiče nevěnují žádnou pozornost potřebám dítěte. Svou odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte často přenášejí na učitele nebo vychovatele či lékaře. Nejhorším charakterem tohoto typu výchovy je citové strádání a citová deprivace, která ovlivňuje kvalitu života rodiče (Kimplová, 2015, s. 51-52).

### **3.3 Služby a možnosti podpory při přijetí a vyrovnání se zrakovým postižením u dítěte**

Při přijetí dítěte se zrakovým postižením a vyrovnáním se se situací a nastavením správného přístupu a výchovy, mohou pomoci následující odborné služby. Také včasná intervence pomůže rodičům vyrovnat se se zrakovým postižením dítěte.

**Společnost rané péče:** Služby středisek rané péče jsou pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením do čtyř let a rodiny s dětmi s těžkým zrakovým a kombinovaným postižením do sedmi let. Rodiče si mohou vybrat z nabídky středisek jednotlivé služby, které potřebují či jim vyhovují. Základem týmu Střediska rané péče je *poradenský pracovník-speciální pedagog* a další odborníci jiných profesí, jako je např. *pediatr, oftalmolog, zrakový terapeut a psychiatr*.

Poskytování služeb rané péče je postaveno na třech základních principech, tj. *včasně rozpoznání a včasná diagnostika, včasné poskytnutí péče a terapie pro dítě, pedagogická raná péče včetně poradenství pro rodiče*. Poskytování služeb je dále realizováno následující formou: formou návštěv pracovníků v rodině postiženého dítěte. Ve formě ambulantní péče, kdy je možnost aplikovat speciální postupy a cvičení, a také možnost pozorovat zrakově postižené dítě mimo jeho domov. Další formou jsou rehabilitační pobyty pro rodiny, které jsou pořádány pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením a pro rodiny s dětmi s kombinovaným postižením. Na těchto pobytech se terapeuticky pracuje s celou rodinou (Finková, 2007, str. 87).

**Akutní psychologická pomoc (krizová centra)** je zaměřena na krizovou intervenci v případě zjištění závažné oční diagnózy dítěte. Intervence je ve formě telefonické, kdy rodiče zavolají na krizovou linku. Na krizové lince s rodiči bude mluvit pracovník vzdělaný v poskytování krizové intervence. Intervence je také ve formě ambulantní, kdy se osobně dostaví do krizového centra (<https://www.bohnice.cz>).

#### **Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, z. s.**

Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, z. s. je spolek, který má celostátní působnost. Prostřednictvím svých klubů sdružuje všechny, kteří chtějí aktivně pomoci

zdravotně postiženým dětem, mládeži a jejich rodinám. Asociace byla založena v roce 1991 a navázala na dlouholetou činnost Komise rodičů tělesně postižených dětí.

Hlavními činnostmi asociace je pomoc při řešení složitých životních situací, základní a odborné sociální poradenství. Asociace nabízí sociální služby, rekondiční, psycho – rehabilitační a integrační pobyty pro zdravotně postižené děti a jejich rodiče (<http://arpzpd.cz/historie>).

**Informační portál Helpnet** je pro osoby se specifickými potřebami a usnadňuje orientaci v problematice zdravotního postižení. Webová stránka je rozdělena podle základních skupin postižení (zrakové, sluchové, mentální atd). Další rubriky představují kategorie jako např. sociální služby, kompenzační pomůcky, poradenství apod. (<http://www.helpnet.cz/>).

**Včasná intervence** se netýká je zrakově postiženého dítěte, ale také rodičů, rodiny a ostatních osob, které žijí v blízkosti dítěte. Je to dlouhodobý proces a má následující etapy.

První etapa včasné intervence je **depistáž**, tj. hledání a zjišťování prvních náznaků a podnětů, že vývoj dítěte je vážně ohrožený. V této etapě zasahují odborníci, jako jsou lékaři, speciální pedagogové a psychologové, kteří rodiče informují a poskytnou jim rady. Tito odborníci rodičům pomůžou dostat se ze zklamání a utápění se ve vlastních pochybnostech.

Další a velmi důležitou etapou je *diagnostika a stanovení aktuální diagnózy*. Ta by měla zahrnovat především vyšetření u očního lékaře a vyšetření ostatních smyslů dítěte a to sluchu, hmatu a dalších schopností, jako jsou orientačně-motorické schopnosti, schopnosti kognitivního vývoje, sociálně-emocionální vývoj a sebeobslužné návyky. Výsledkem tohoto vyšetření by mělo být nejen zjištění diagnózy, ale hlavně získání podkladů pro zhodnocení funkční úrovně dítěte.

S ohledem na rodiče je ve včasné intervenci zahrnuta pomoc a podpora v celém procese a získání schopností poradit si v takové situaci. Dále je to pomoc, která se týká osvojení a naučení se přiměřené reakce na dětské chování. Pomoc při poskytování informací o možnostech technického vybavení, dostupných zařízeních a prostředků pro dítě.

Pro rodiče je včasná intervence efektivní a účinnou cestou, jak mohou pomoci svému zrakově postiženému dítěti (Lopúchová, 1999, s. 8).

### 3.4 Psychosociální problematika osob se zrakovým postižením, reakce na zrakové postižení nebo úplnou ztrátu zraku u dospělé osoby

Reakce dospělého člověka, který přišel o zrak až v dospělém věku je stejně náročná situace jako pro dítě, ale s jedním velkým rozdílem a to, že dospělý člověk se musí smířit se svým postižením a naučit se s ním žít. Dospělý člověk prochází následujícími fázemi reakce na ztrátu zraku.

První stádium je tzv. **počáteční šok**, který nastává po sdělení oční diagnózy. Hlavní emocí je strach a úzkost. Člověk má strach, že je ohrožen jeho život. Obvykle se projevuje jako krajní pokles zájmu postižení osoby o kontakt s okolním prostředím. Tyto emoce ovlivňují myšlení a často dochází k negaci všeho, co postiženého dříve těšilo. Stav po oslepnutí je psychology označována jako celkové zhroucení psychiky a jako prudký otřes doprovázený všemi fyziologickými příznaky.

Druhé stádium je **reaktivní deprese**, kdy postižený hledá vinu u druhých, má vztek na celý svět, ale i na sebe. V tomto stádiu může mít postižený člověk nebezpečné sebevražedné myšlenky a někdy může dojít i k pokusu o sebevraždu. K tomuto stádiu odborníci doporučují, aby celé probíhalo volně a okolí postiženého by nemělo reagovat na jeho projevy a nijak je nepotlačovat.

Třetí stádium je **reorganizace**, které začíná přechodem z deprese a truchlení do mezidobí uklidnění, kdy postižená osoba začíná mít zájem o zmenšení své závislosti na péči druhé osoby. Postižená osoba poznává, že není zcela bezmocná a pomalu se začíná učit první činnost sebeobsluhy a základní orientace. Ze stádia reorganizace postižená osoba plynule přechází do procesu celoživotního přizpůsobování (Kimplová, 2014, s. 57).

#### 3.4.1 Nepřijetí zrakového postižení dospělým člověkem

Projevy nepřijetí vady či zrakového postižení jsou rozmanitější a složitější než její přijetí. Nejčastěji jde o skryté projevy a patří sem složitá tematika předsudků a stereotypů. Nepřijetí vady je vnímáno jako nepřijímání možností a omezení, které vada přináší.

Hlavní úlohu má zde citová složka tohoto postoje, která je zabarvena odmítavostí a negací. Postoje se rozdělují do dvou kategorií, a to na zveličování důsledků a popírání důsledků zrakového postižení. U zveličování důsledků jde o postoj, kdy se osoba se zrakovým postižením považuje za bezmocnou bytost bez jakýchkoli dalších možností. Považuje se za zcela závislou, nesamostatnou a neschopnou bytost nést plně svou odpovědnost. Je časté, že tento postoj zastává postižený člověk, tak i lidé v jeho okolí.

A v případě **popírání důsledků vady** jde o to, že se nepohlíží k omezení zrakového postižení a člověk jedná tak, jako by neexistovalo. Dospělá postižená osoba se vnímá jako vidící člověk.

Nepřijetí vady je také nepřijímání nových dovedností a pomůcek. Postižené osoby se jim brání a odmítají je, protože je považují za symboly slepoty. Tento odpor se často týká samostatné chůze s bílou holí a psaní pomocí Braillova hmatového písma (Kimplová, 2014, s.64). Lan Laurence Bailey (1990, s. 22) uvádí, že mnoho zrakově postižených osob, především mladí lidé, považuje za obtížné přizpůsobit se používání bílé hole, protože je jasně identifikuje jako nevidomé, i když jim bílá hůl naopak značně pomůže. Mladí lidé se zrakovým postižením, kteří pro čtení používají speciální kompenzační pomůcky, často nejsou ochotni je používat před ostatními studenty ve škole.

### **3.4.2 Proces přijetí zrakového postižení či ztráty zraku u dospělé osoby**

Celý proces přijetí zrakové vady či postižení spočívá v tom, že se osoba s postižením rozhodne dělat to, co může a vzdá se nemožného. Tento proces je dlouhodobý a velmi náročný. Člověk prochází fází tzv. **primární akceptace zrakové vady**, což je moment, kdy začíná uznávat ztrátu zraku jako realitu a začne se přizpůsobovat.

Nejčastější překážkou prvotní akceptace ztráty zraku je **falešná naděje** na vrácení zraku. Tím dochází k zastavení rehabilitace a znovu zapojení do života a společnosti. Člověk nečinně čeká na zázrak.

Principem prvotní vnější přizpůsobivosti na situaci po ztrátě zraku je to, když je postižená osoba samostatná a soběstačná v oblasti sebeobsluhy a orientace ve známém prostoru. Další přizpůsobivost je v oblasti písemné komunikace, zaměstnání a odolnosti vůči projevům předsudků, s nimiž se může často setkat.

Mezi oblastí přizpůsobivosti patří oblast *sebeobsluhy, orientace v domácnosti, písemné komunikace, mezilidských vztahů, zaměstnání apod.* Jsou to oblasti, kterými se více zabývá sociální rehabilitace (Kimplová, 2014, s. 61).

## 4. Ucelená rehabilitace osob se zrakovým postižením

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 70 definuje pojem (ucelená) sociální rehabilitace jako *soubor specifických činností směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osoby se zrakovým postižením, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilování návyků a nácvikem výkonu běžných činností. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, dále také formou pobytových služeb, které jsou poskytovány v centrech sociálně rehabilitačních služeb.*

Zde bych chtěla podotknout, že jsem sama byla jako pozorovatel při nácviku dovedností pro zvládání o vlastní osobu a musím říct, že pracovníci zařízení s klienty pracují individuálně a snaží jim pomoci, aby později zvládali pečovat o sebe a další činnosti potřebné pro samostatný život.

Vyhláška č. 505/2006, § 35 zákona o sociálních službách uvádí, že *základní činnosti při poskytování sociální rehabilitace se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:*

### **a) Nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování:**

1. Nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů.
2. Nácvik péče o domácnost, např. péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování.
3. Nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti.
4. Nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostoru.
5. Nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, např. vlastnoručního podpisu.

### **b) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:**

1. Doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět.
2. Nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky.
3. Nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi.

**c) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:** Mezi tyto činnosti patří např. tvořivá dramatika a muzikoterapie.

### **d) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:**

1. Podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek.
2. Informační servis a zprostředkovávání služeb.

**e) Poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:**

1. Ubytování.

2. Úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení.

**f) Poskytnutí stravy, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:**

1. Zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietní stravy, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.

2. Pomoc při podávání jídla a tekutin.

**g) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb.**

Následuje přehled výukových programů a stručné vysvětlení, jak výuka probíhá a popis konkrétních programů a můj názor k těmto výukám.

#### **4.1 Prostorová orientace a samostatný pohyb s bílou holí**

Prostorová orientace je důležitá schopnost pro rozvoj samostatnosti a nezávislosti na pomoci druhé osoby. Wiener (2006, str. 16) uvádí, že *orientace je proces získávání a zpracování informací z prostředí za účelem skutečné manipulace s objekty, plánování a realizace přemísťování v prostoru.*

Při nácviu jednotlivých prvků prostorové orientace a samostatného pohybu je nutné dodržovat určité zásady, a to *zásadu cílevědomého a účelného prolínání učení všemi činnostmi, zásadu bdělé pozornosti, zásadu kompenzační funkce ostatních smyslů, zásadu samostatnosti a zvyšování mobility, zásadu bezpečného pohybu a zásadu individuálního přístupu.*

V případě dodržování **zásady cílevědomého prolínání učení všemi činnostmi**, je zaručena vysoká míra motivace zrakově postiženého, potom není PO SP jen nácvik pravidel a zásad, ale bude důležitou každodenní činností.

**Zásada o bdělé pozornosti a soustředění** vyjadřuje, že pozornost a soustředění je důležitou součástí života zrakově postiženého. Je tedy potřeba, aby během prostorové orientace se nevidomí zbavil stresu a nervozity, protože by při překonávání překážky mohlo dojít ke ztrátě orientace. Nevidomí by měl zachovat klid, soustředění a pozornost při orientaci.

Další je **zásada kompenzačních funkcí ostatních smyslů**, kdy je potřeba využít další smysly či nižší kompenzační činitele, protože nevidomí člověk nemá možnost získávat informace pomocí zraku. Nejvýraznějším kompenzačním činitelem, který se podílí na

orientaci je *hmat a sluch*.

Pak je to **zásada samostatnosti a zvyšování mobility**, která vyjadřuje, že při osamostatňování ze závislosti nevidomého člověka na jeho okolí nejde jen o samostatnost při pohybu, ale jde rovněž o samostatnost v ostatních oblastech života.

Při výuce prostorové orientace a samostatného pohybu je potřeba dodržovat **zásadu bezpečného pohybu**, protože bezpečnost je hlavním kritériem při plánování tras, a také při pohybu nevidomého člověka ve známém i neznámém prostředí.

Poslední je **zásada individuálního přístupu**, což znamená, že se při nácviku PO SP bude pracovat s nevidomou osobou individuálně, protože každý má při učení jiné tempo a potřebuje individuální přístup (Finková, 2007, s. 116).

Prostorová orientace a samostatný pohyb (PO a SP) má tři oblasti: prvky prostorové orientace, technika dlouhé hole a orientační analyticko-syntetická činnost.

Mezi prvky prostorové orientace patří chůze s vidícím průvodcem, rozvoj sluchové orientace, chůze po schodišti, posilování stability nevidomé osoby, techniky dlouhé hole, techniky užití dlouhé hole.

**Chůze s vidícím průvodcem** je důležitá součást výuky PO SP zrakově postižené osoby. Jsou dvě skupiny průvodců: stálí průvodce a náhodní průvodci. Stálí průvodce je např. někdo z rodiny či pracovník sociálního zařízení. Náhodný průvodce je ten, který nabídne nevidomému pomoc při pohybu na ulici.

Hlavní zásadou správné chůze s průvodcem je, že se zrakově postižený člověk drží průvodce zezadu za paži, těsně pod loktem. Průvodcova paže visí volně dolů nebo je mírně v lokti ohnuta.

Nevidomý jde **půl kroku za průvodcem** a tím je zajištěna bezpečnost a jistota zrakově postiženého (Wiener, 2006, s. 45).

Velmi důležitý program pro výuku PO SP je **rozvoj sluchové orientace**, protože díky němu nevidomý **rozeznává jednotlivé zvyky, určuje vztah mezi zvuky a jejich zdroji a lokalizuje jednotlivé zvukové zdroje**.

Při rozvoji sluchových schopností nevidomé osoby se postupuje od nejjednodušších věcí, když nevidomý má poznat různé materiály podle poklepu (dřevo, plech) až k nejobtížnější, kdy si má vytvořit celkovou představu o prostoru a poznat, kde jsou umístěné zvukové zdroje. Dále také nevidomého seznamovat se zvukovými charakteristikami jednotlivých typů prostředí jako je např. otevřený prostor, ulice (Wiener, 2006, s. 84).

**Chůze po schodišti** je také velmi důležitou částí výuky PO SP, protože schodiště jsou nejen v budově, ale jsou častým prvkem vstupu do metra nebo k zastávce autobusu. Této

části se pracovníci věnují hodně dopodrobna a cílevědomě. Je důležité, aby si nevidomý vytvořil dovednosti a návyky, které snižují riziko úrazu vlastního nebo jiných osob na minimum. Chůze na schodech se nejprve nacvičuje jako samostatná činnost, až po jejím bezpečném zvládnutí jsou schody zařazeny jako součást trasy.

Dále se jedná o **posilování stability nevidomé osoby**, kdy jde o nahrazování zrakové opory o opěrné body v prostoru. Tímto nácvikem je nevidomý vybaven určitými návyky, které pomáhají odstraňovat nepříznivé důsledky absence zrakové opory. Jedná se hlavně o správné držení děla v klidu i při chůzi, správné pohybové dovednosti, schopnost okamžité relaxace a bezpečné zvládnutí základních technik pohybu s dlouhou holí i bez ní (Wiener,2006, str. 86-88).

Další oblastí nácviku PO SP je **technika dlouhé dole**, která obsahuje, jak je konstruována dlouhá hůl, konkrétní techniky držení dlouhé hole a techniky užití dlouhé dole.

**Technika dlouhé hole** označuje cílevědomé poučení užívání bílé hole podle stanoveného poměru její délky k postavě nevidomého. Užívání bílé hole poskytuje nevidomé osobě bezpečnost.

Konstrukce dlouhé hole: Dlouhá hůl bývá skládací a konstruována tak, aby po rozložení byla zcela stabilní a snadno ovladatelná. Skládací dlouhá hůl má velkou výhodu v tom, že ji nevidomý může jednoduše složit, pokud ji nebude používat. Tato hůl je velmi skladná.

Mezi techniky držení dlouhé hole patří **tradiční držení**, kdy ruka je k holi přiložena z boku a technik **naše držení**, kdy ruka je k holi přiložena ze shora. Výhodou oproti tradičnímu držení je, že kývání hole je v rovnováze a tím je zajištěno umístění oblouku před tělem.

Mezi **techniky užití dlouhé hole** patří **základní postoj**, kdy je tělo vzpřímené a ruka držící hůl je ve výši pasu a před středem těla. Je důležité, aby celý tento postoj byl uvolněný. Dále je to **základní držení hole**, kdy se hůl drží ze stran palcem a prostředníčkem, shora přiložený ukazováček směřuje k holi dolů. Cílem cvičení je, aby držení hole bylo bezpečné a uvolněné (Wiener,2006, s. 97-98).

**Orientační analyticko-syntetická činnost** je nejvyšší stádium nácviku PO a SP nevidomé osoby. Cílem je naučit nevidomého, jak získávat a shromažďovat informace v optimálním množství a kvalitě. Vést ho k účelnému využívání jednotlivých prostředků a způsobů. Nevidomý vnímá prostor jako místo nejrůznějších bodů, linií a znaků. U tohoto cvičení jsou důležité **tzv. orientační body**, což jsou rychle rozeznatelné jevy, které nemění své místo v prostoru ani svůj tvar. Je to určité místo, které je při pohybu na trase snadno



a rychle pochopitelné, značným způsobem se odlišuje od obecných charakteristik okolního prostředí a přináší nevidomému novou informaci (Wiener,2006, s. 119).

Organizace Dědina uvádí, že smyslem celé výuky prostorové orientace je naučit klienta orientovat se venku a samostatně se pohybovat. Již na první hodině výcviku je cílem, klienta seznámit s prostorem střediska, naučit ho dojít do jednotlivých učeben a dalších místností střediska.

Následuje další etapa, chůze s průvodcem, kdy se učí zvládat schodiště nahoru a dolů, nastupování i vystupování z dopravních prostředků, eskalátorů a další dovednosti.

Třetí etapa je o chůzi s bílou holí v okolí střediska a později o chůzi v rušnějším prostředí, třeba stanice metra, kde se učí zvládat sjet po eskalátorech do vestibulu metra, nastoupit do vlaku a další složitější techniky, které by měl zvládat pro samostatnou chůzi ([www.dedina.cz](http://www.dedina.cz)).

Osobně tento program považuji za velmi prospěšný a myslím si, že má velký úspěch, protože učí nevidomé osoby orientovat se a chodit pomocí bílé hole v jakémkoli prostředí. Já sama jsem si vyzkoušela v průběhu své odborné praxe, jaké je to být nevidomou osobou. Jak se orientovat v místnosti a jak dojít do konkrétní učebny. Je to opravdu obtížné, nevidomý člověk potřebuje více času a určité pomocné body, kterého dovedou do cíle.

V průběhu odborné praxe jsem se také zúčastnila přímo probíhající výuky prostorové orientace a samostatného pohybu pomocí bílé hole. Až tehdy jsem pochopila, jak moc nevidomé osobě bílá hůl pomáhá při orientaci a pohybu venku. Pro nevidového člověka je důležitý sebemenší detail, protože jen tehdy má jistotu a ví, co ho čeká. Jen pomocí bílé hole zjistí, kde se nachází a jestli před ním není nějaká překážka.

## 4.2 Nácvik sebeobslužných činností

Tento program je poskytován za účelem, aby osoba zrakově postižená byla samostatná a zvládla všechny běžné denní úkony. Sebeobsluha je rozdělena na **3 základní části: Osobní péče** se týká osobní hygieny. **Domácnost**, kam patří úklid domácnosti, praní, žehlení, hospodaření s penězi. **Kuchyňské práce**, tj. vaření, pečení, smažení, dušení surovin a také nákup potravin a správné stolování.

Nácvik sebeobsluhy je přizpůsoben individuálním potřebám a schopnostem uživatelů služeb a také je kladen důraz na stálé opakování a procvičování těchto činností. Finková (2007, str.98) uvádí, že termín sebeobsluha není jen o **obsluze** sebe sama, ale o dovednostech, které jsou důležité pro normální život nevidomého člověka.

Výuka nácviku dovedností sebeobsluhy je rozdělena podle věkové kategorie, tedy děti

předškolního věku a osoby později osleplé a podle charakteru činnosti, osobní hygiena, oblékání, sebeobsluha v kuchyni a úklid.

Rozvoj sebeobsluhy u dětí předškolního věku spočívá v jejich osamostatňování se v běžných denních činnostech což je podmínkou pro přijetí do základní školy.

U nevidomého dítěte předškolního věku se pomocí výuky sebeobsluhy cvičí **osobní hygiena, oblékání a stravování**.

U **osobní hygieny** je prvním krokem k samostatnosti znát její základy, které se dítě učí již od raného věku. Např. mytí rukou po použití WC, před jídlem, ranní hygiena a večerní celotělová hygiena.

Nevidomé dítě předškolního věku, které je schopné se samostatně obléct, splňuje další podmínku pro přijetí do školy. Návuk oblékání musí být na základě zautomatizování pohybu a je důležité, aby při oblékání a svlékání rodiče s dítětem mluvili a popisovali mu oblečení, a kam a jak jednotlivé části oblečení patří.

Při cvičení **oblékání** je velmi důležitý stejný postup. Rodiče dítěti ze začátku pomáhají s oblékáním, nachystají mu oblečení, jak ho správně otočit a připraví ho v pořadí v jakém si ho má dítě obléct. Zřejmě nejsložitější je oblékání jednotlivých částí oblečení, kdy nevidomé dítě si nemůže zkontrolovat oblečení zrakovou cestou, proto se dítě naučí rozeznávat, kterým směrem má oblečení navléct, kde je rub a líc a ukážeme mu určité znaky, které mu pomohou. Např. u punčocháčů jsou dva znaky, kterými dítě může řídit. Punčocháče mají dva švy patří dozadu a jeden šev dopředu.

Další nácvikovou činností sebeobsluhy je **stravování**. Zrakově postižené dítě je krmeno rodiči a již věku kolem půl roku formou hry a hraček dítě seznamovat s nádobím, které později bude používat k jídlu.

Při nácviku sebeobsluhy při jídle je velmi důležité, aby se dítě naučilo samostatně jíst. Již v kojeneckém období necháváme dítěti příležitost osahat si láhev při krmení nebo mu do postýlky dáme plastovou misku, aby si s ním mohlo hrát a poznávat ji. Dále dáme dítěti do ruky kousek rohlíku, protože si tím posiluje kousací svaly a také se naučí držet jídlo v ruce. Ve věku jednoho roku se dítě začíná učit jíst pomocí lžice a musí být dodržovány tyto zásady: lžice by měla být tak velká, aby se dítěti vešla do úst a aby se dítěti dobře držela. Jídlo by měl rodič připravit do hluboké misky nebo talíře, aby mělo dítě oporu ve stěně misky. Zásadou také je, že při krmení nejdříve drží lžici dospělý a dítě se přidržuje jeho ruky. Pak se role obrací, kdy už lžici drží dítě a jeho ruka je rodičem podporována v zápěstí a pak v lokti. Také je důležité, aby jeden z rodičů byl za dítětem a případně mu pomohl. Při každém jídle všechny úkony opakujeme s přidržováním rukou (Finková, 2007, s. 103-104).

Druhou skupinou v oblasti nácviku samoobslužných činností jsou **Osoby později osleplé**. Tuto skupinu tvoří jedinci, kteří přišli o zrak až v dospělosti a mají již vytvořené základy sebeobsluhy s pomocí zrakového vnímání. První oblastí je **osobní hygiena**, v níž musí být člověk později osleplý úplně samostatný. V této oblasti využívá nevidomý svou paměť a ví, jak se, co používá. Je velmi důležité, aby měl nevidomí věci označené a uspořádané tak, aby byl schopen je bez problému nalézt. Když nevidomý zvládne základy hygieny a sebeobslužné činnosti, je potřeba ho naučit i obtížnější běžné úkony, jako je např. holení, líčení, stříhání nehtů.

Další samoobslužnou činností je **oblékání**. U později osleplých je výhoda, že také v této oblasti mohou stavět na předchozích zkušenostech a paměti. Prvotní a velmi důležitá věc je uspořádání oblečení a označení užívaných přístrojů tak, aby byly lehce rozeznatelné. **Sebeobsluha v kuchyni:** Při tomto nácviku jsou používány konkrétní kompenzační pomůcky, např. pomůcky pro domácnost, a to je třeba **oddělovač žloutků, držák na cibuli**. Dále je to **navlékač jehel, indikátor hladiny a indikátor světla**. Tento program osobně považuji za velmi důležitý, protože poskytuje nácvik činností pro zajištění základních životních potřeb (Finková, 110-11). Uvedené kompenzační pomůcky i další budu podrobněji rozebírat v kapitole č. 5 Kompenzační pomůcky.

### 4.3 Nácvik čtení a psaní Braillova bodového písma

Tento nácvik probíhá individuálně, kdy je klient seznámen, jak Braillovo bodové písmo vypadá a jakým způsobem se písmo čte a píše.

Ke čtení se používají speciální slabikář a čítanka od p. Příborského. Psaní se nacvičuje na Pichtově psacím stroji ([www.dedina.cz](http://www.dedina.cz)).

### 4.4 Nácvik vlastnoručního podpisu

Cílem toho programu je naučit klienta podepsat se tak, aby jeho podpis byl čitelný a mohl ho používat při podepsání různých dokumentů v bance a při jednáních na úřadech.

U tohoto programu jsem si během své odborné praxe všimla, že i u podepsání konkrétní dokumentu použije nevidomý speciální pomůcku, která mu pomůže se podepsat přesně na místo podpisu ([www.dedina.cz](http://www.dedina.cz)).

### 4.5 Nácvik psaní na klávesnici počítače

Hlavním účelem této výuky je zvládnutí psaní na klávesnici všemi deseti, což je předpokladem pro práci s kompenzační pomůckou k počítači. Při první výuce proběhne

seznámení s klávesnicí a později dojde k nácvičku psaní jednotlivých písmen, a nakonec se nacvičuje řada čísel.

Nácviček psaní na klávesnici počítače poskytuje nevidomému možnost naučit se pracovat s elektrotechnikou, aby mohl vykonávat činnosti jako zdravý člověk. Jsou tu však značné rozdíly, počítače pro nevidomé mají speciální program, kde může nevidomí psát Braillovým písmem nebo text nadiktovat a poslechnout si, co text obsahuje. Při tomto programu nevidomý využívá další vrozené smysly – sluch a hmat ([www.dedina.cz](http://www.dedina.cz)).

#### **4.6 Aktivizační činnosti**

**Tvořivá dramatika** umožňuje klientovi se osobně a sociálně rozvíjet prostřednictvím her a cvičení. Touto činností se rozvíjí schopnosti objevovat sebe sama i okolní svět. Hlavním smyslem cvičení a her je vnitřní zážitek a získání nové osobní zkušenosti. Cílem tvořivé dramatiky je zjistit, co divadlo skrývá a poznání určitých technik.

**Muzikoterapie** je jedna z expresivních terapií, jejímž prostředkem komunikace je zvuk a hudba. Muzikoterapie umožňuje sebezpoznání a podporuje kontakt mezi lidmi. Dále nabízí prostor k zamyšlení, vyjádření emocí a společnému sdílení. Při této terapii je používanou technikou improvizace. Je to také kompenzační výcvik sluchu ([www.dedina.cz](http://www.dedina.cz)).

#### **4.7 Rozvíjení fyzických dovedností**

V programu rozvíjení fyzických dovedností jde o cvičení v rámci léčebné tělesné výchovy. Jedná se o jednoduché cvičení celé těla s cílem zvýšení pružnosti páteře, zlepšení pohyblivosti kloubů. Dále cvičení pro prokrvení svalů, posílení imunitního systému. Součástí této hodiny je i relaxace a dechové cvičení. Také se v tomto programu používají při cvičení velké gymnastické míče – fitbally, které jsou dobrým prostředkem pro prevenci a také uvolnění vadného držení těla ([www.dedina.cz](http://www.dedina.cz)).

Oba programy mě velmi zaujali, protože díky těmto programům může nevidomý člověk vyjádřit své pocity pomocí hudby a ukázat své kreativní nadání. Myslím, že tento program má správné místo mezi programy sociální rehabilitace, to dokazuje fakt, že se pracovníci snaží s klienty i zabavit, nikoliv je jen naučit, jak být samostatný.

Na závěr této kapitoly bych chtěla vyjádřit, že všechny programy či výuky sociální rehabilitace velmi podstatně napomáhají osobám se zrakovým postižením ke zkvalitnění jejich života. Naučit se všechny oblasti sociální rehabilitace není jednoduché, jelikož je to dlouhý a náročný proces. Postižený člověk v tomto učení není sám, pomáhají mu odborní pracovníci i jeho rodina. Má velkou motivaci, aby se naučil být samostatný a zvládl žít se

svým zrakovým postižením. Všechny programy mají svůj cíl, ale vždy se shodují na tom, aby byl zrakově postižený člověk samostatný a zvládal všechny oblasti sociální rehabilitace, protože jen tak bude zcela nezávislý a bude moci žít život i s omezením, které přináší jeho postižení.

V rámci ucelené rehabilitace klienti využívají kompenzační pomůcky.

## 5. Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením

Kompenzační pomůcky hrají v životě osob s těžkým postižením zraku velmi významnou roli a bez mnoha z nich se v dnešním světě lidé s těžkým postižením zraku neobejdou.

Kompenzační pomůckou se rozumí nástroj, přístroj nebo zařízení, speciálně vyrobené nebo speciálně upravené tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití částečně kompenzovalo nedostatečnost způsobenou zrakovým postižením. Kompenzační pomůcky se dělí na: *optické pomůcky*; *optoelektronické pomůcky*; *pomůcky poskytující hmatový a hlasový vjem* (Bubeníčková, 2012, s.9).

Kompenzační pomůcky mají svou klasifikaci. Dělí se na pomůcky podle hloubky postižení: *kompenzační pomůcky pro nevidomé osoby a slabozraké osoby*. Pomůckou pro nevidomé je např. notebook s hlasovým nebo hmatovým výstupem a slouží nevidomému jako přenosný zápisník. Další pomůckou je *tzv. Braillovský řádek*. Řádek má 44 výstupních znaků v bodovém písmu a tlačítko pro navádění kurzoru nad každým znakem čtyři navigační palcové klávesy atd. Pomůcky pro slabozraké jsou např. kamerové zvětšovací lupy a další pomůcky budou podrobněji rozebrány v následující kapitole.

### 5.1 Optické pomůcky

Mezi optické kompenzační pomůcky patří různé typy lup jako např. *lupy stojánkové bez osvětlení*, *lupy stojánkové s osvětlením a dalekohledové systémy*. Lupy a hyperokuláry jsou určeny pro práci na blízkou vzdálenost a dalekohledové systémy jsou užívány, jak pro pohled do dálky, tak i v některých případech pro práci na blízkou vzdálenost.

Optické pomůcky využívají lidé, kteří jsou slabozrací a lidé se zbytky zraku. Základním principem optických pomůcek u těchto lidí je zvětšení obrazu, ale za cenu zkrácení pracovní vzdálenosti, omezení zorného pole a zhoršení hloubkové vidění.

### 5.2 Optoelektronické pomůcky

Mezi optoelektronické pomůcky můžeme zařadit *Cleraview neboli lupu nepřenosnou – stolní*. Tato kompenzační pomůcka je kombinací složených prvků, tj. je monitor, kamera, přídatný modul, z nichž můžeme sestavit až 50 kamerových lup. Lupy mají černobílý nebo barevný režim prohlížení obrázků, a to podle typu kamery. Pomůcka poskytuje automatické i manuální zvětšování obrázku či textu v rozmezí 2,5 až 50krát (Bubeníčková, 2012, s.31).

### 5.3 Pomůcky poskytující hmatový a hlasový vjem

Tyto pomůcky jsou poskytovány nevidomým osobám. Do skupiny kompenzačních pomůcek, které poskytují hmatový nebo hlasový vjem jsou především pomůcky, které zrakově postižený využije v kuchyni. Je to např. **kuchyňská váha**, která má hlasový vstup, kterým se dozvíme kolik jsme na váhu dali. Jsou také váhy, které mají velký displej. Další pomůckou v kuchyni je odměrka s **hlasovým výstupem**, která má ještě navíc nastavitelnou hlasitost.

Nevidomý nejčastěji používají při práci v kuchyni **oddělovač žloutků a držák na cibuli**. Obě pomůcky jim usnadní práci při vaření. Další velmi známou pomůckou je tzv. **indikátor hladiny**, jenž upozorní na polohu hladiny v hrníčku. Pomůcka má elektrický obvod, který se propojí při kontaktu čidel indikátoru s hladinou kapaliny. Indikátor signalizuje zvukem nebo vibrací, když se hladina blíží na okraj hrníčku. Mezi indikátory také patří **indikátor světla**, který reaguje na změnu světla změnou výšky zvukového signálu. Čím vyšší je zvuk, tím je vyšší intenzita světla. Dalším indikátorem je **indikátor barev**, který nevidomému umožňuje rozpoznávat barvy různých odstínů. Další kompenzační pomůckou jsou **hodinky s hmatovým či hlasovým výstupem a hodiny pro slabozraké** (Bubeníčková, 2012, s.87-88).

### 5.4 Kompenzační pomůcky pro usnadnění mobility

Mezi kompenzační pomůcky pro usnadnění mobility patří např. **orientační hole, signalizační hole a vodící pes**.

**Orientační hole** jsou dlouhé hole, které jsou zakončené pevnou koncovkou. Hole mohou být neskládací tedy pevné a skládací či teleskopické. Orientační hole zajišťují svou délkou dostatečný odstup od překážek, a navíc tím nevidomému zvyšují bezpečnost

**Signalizační hole** jsou krátké a tenké s jednoduchou koncovkou. Využívají se při chůzi s průvodcem nebo vodícím psem. Signalizační holí se dá ověřit důležitá informace při chůzi a zjistit, jaké nás mohou čekat překážky.

Bílá hůl má čtyři funkce: **signalizační, ochrannou, orientační a opěrnou**. **Signalizační funkce** spočívá v *bílé barvě*, která upozorňuje okolí nevidomého a řidiče MHD, že nutné brát ohled na jeho stav a případně mu pomoci. **Ochranná funkce** bílé hole spočívá v upozornění na překážku a ochraně před případným střetem.

Bílá hůl z hlediska **orientační funkce** vyhledává tzv. *orientační body a znaky hmatového charakteru*, které pomáhají k snadné prostorové orientaci a samostatnému

pohybu nevidomých osob. A nakonec má bílá hůl **opěrnou funkci**, tzn. že je prostředkem opory pro starší nevidomé osoby.

Následující tabulka znázorňuje hlavní zásady bílé hole.



**Vodící pes** je průvodce, který člověku urychlí pohyb na trasách a v orientačně nepřehledných místech. Pes je dobrým pomocníkem, ale není náhradou hole (Bubeníčková, s.67-68).

**Povelové vysílače VPNO1 a VPNO3.** Povelové vysílače slouží k dálkovému ovládní orientačních majáček na způsob rádiového signálu. Vysílač VPNO1 používají slabozrací uživatelé a vysílač VPNO3 používají nevidomí lidé. Vysílače mají tlačítka, kterým se vyvolá konkrétní povel, získá potřebnou informaci.

Povelem č. 1 je nevidomý nebo slabozraký informován o názvu objektu, např. Nákupní centrum Chodov.

Povelem č.2 získá uživatel pomocí zvukového signálu popis označující jezdící schody.

Povelem č. 3 uživatel zjistí číslo a směr jízdy MHD.

Povelem č.4 zajistí samoobslužné otevírání dveří nebo informuje řidiče o nástupu či výstupu nevidomého.

Povelem č.5 je zvuková signalizace pro chodce na světelných přechodech.

Povel č. 6 je hlasový výstup elektronických informačních systémů a podobných zařízení.



Pro vysílače VPN01 a VPN03 musí být umístěné orientační majáčky na významných místech, jako je např. metro. **Orientační majáčky** poskytují zvukové a hlasové informace pro nevidomé (Bubeníčková, s. 70-72).

## 5.5 Braillovo bodové písmo

Smýkal (1994, s. 35) uvádí že, Braillovo písmo vytvořil francouzský učitel Louise Braille, který v dětství přišel o zrak a vytvořil toto písmo po úpravě francouzského vojenského systému, který umožňoval čtení za tmy.

Nyní je Braillovo bodové písmo speciální druh písma pro nevidomé a slabozraké osoby. Písmo je založeno na principu plastických bodů vyražených do papíru, které nevidomý čtenář vnímá hmatem.

Jako pomůcka pro vytvoření Braillova písma je tzv. **psací stroj pro nevidomé**. Braillovo bodové písmo se používá na popisování běžných věcí, které nevidomý člověk používá, je to např. popisky na kořeni, čtení různých časopisů a knih vydávaných v BBD (<http://www.tyflokabinet-cb.cz/>).

•	••	•••	••••	•••••	••••••	•••••••	••••••••	•••••••••	••••••••••
a/1	b/2	c/3	d/4	e/5	f/6	g/7	h/8	i/9	j/0
•	••	•••	••••	•••••	••••••	•••••••	••••••••	•••••••••	••••••••••
k	l	m	n	o	p/•	q	r	s	t
•	••	•••	••••	•••••	••••••	•••••••	••••••••	•••••••••	••••••••••
u	v	w	x	y	z	á	č	ď	é
•	••	•••	••••	•••••	••••••	•••••••	••••••••	•••••••••	••••••••••
š	í	ň	ó	ř	š	ť	ú/š	ů	ý
•	••	•••	••••	•••••	••••••	•••••••	••••••••	•••••••••	••••••••••
ž	.	,	:	;	?	!	=	(	)

Z uvedených kompenzačních pomůcek se v rámci usnadnění mobility nejvíce používá bílá hůl, vodící pes a povelové vysílačky. Z elektrotechnických kompenzačních pomůcek je to mobilní telefon, indikátor hladiny, hmatové hodinky. A pro psaní a čtení je to Braillovo bodové písmo a k němu potřebné pomůcky, jako je Braillovský řádek.

Konkrétní kompenzační pomůcky, které používají nevidomí dospělého věku jsou převážně technické pomůcky, jako je notebook a k němu potřebné programy. Již zmíněné moderní hmatové hodinky a ozvučený mobilní telefon. Nevidomí dospělého věku také používají již uvedené kompenzační pomůcky pro usnadnění mobility, bílá hůl, povelové vysílače.

## **6. Sociální služby poskytující rehabilitaci osobám se zrakovým postižením**

Tato kapitola se bude zabývat nejčastějšími sociálními službami pro osoby se zrakovým postižením.

### **6.1 Sociální poradenství**

Sociální poradenství pro osoby se zrakovým postižením zahrnuje:

#### **Základní poradenství**

Při základním sociálním poradenství jsou poskytovány osobám potřebné informace, které přispívají k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Za základní sociální poradenství se považuje základní činnost při poskytování všech druhů sociální služeb.

#### **Odborné poradenství**

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na specifické potřeby osob se zrakovým postižením ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

### **6.2 Služby sociální prevence**

Služby sociální prevence poskytují pomoc a vyřešit náhlou životní situaci.

Ohledně cílové skupiny osoby se zrakovým postižením, patří mezi služby sociální prevence následující služby:

#### **Raná péče**

Pracoviště rané péče jsou určena pro děti se zrakovým nebo kombinovaným postižením a jejich rodičům. Raná péče má formu terénní a ambulantní služby poskytovaná dítěti od narození do 7 let. Tato služba jako první začala používat tzv. **stimulaci zraku u dětí** hned po narození. Zraková stimulace je metodika rozvoje těžce postiženého zraku dítěte a využívání jeho zbylého vidění. Stimulace podporuje vývoj zrakových drah a zpracování zrakových vjemů. A to v případě, že u dítěte došlo ke smyslové deprivaci již v raném věku a nebyly vytvořeny potřebné nervové spoje.

Cílem stimulace zraku je dosáhnout rozvoje zrakových funkcí a využít je v běžném životě dítěte. Stimulace zraku probíhá úpravou prostředí a systematickým cvičením zrakových funkcí s využitím speciálních pomůcek a hraček (Kimplová, 2014, s. 78).

Sociální služba rané péče je poskytována ve Střediscích rané péče, o které jsem se již podrobněji zmínila v kapitole č.3.

## **Sociálně-terapeutické dílny**

Sociální terapeutické dílny mají formu ambulantní služby a jsou poskytované osobám se sníženou soběstačností, které z důvodu jejich zrakového postižení nejsou umístitelné na chráněném trhu práce. Účelem dílen je dlouhodobá podpora a zdokonalení pracovních návyků a dovedností získaných prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Služba také obsahuje činnost pomoci při osobní hygieně a nácviku dovedností pro zvládnání péče o sebe, zvládnání dalších činností, které vedou k sociálnímu začlenění a zdokonalení základní pracovních návyků a dovedností. Služba je poskytována za úhradu ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

## **Sociální rehabilitace**

Sociální rehabilitace u osob se zrakovým postižením je soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti a nezávislosti těchto osob. Tato služba je poskytována terénní, ambulantní a pobytovou formou v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Terénní a ambulantní služba sociální rehabilitace obsahuje činnosti nácviku dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Forma pobytové služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb navíc obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Služby se poskytují za úhradu.

Služby sociální rehabilitace se poskytují dětem s těžce zrakovým postižením od narození, mladistvým a dospělým osobám se získanou těžkou zrakovou vadou, vyústující později k nevidomosti. Rehabilitace u dětí těžce zrakově postižené od narození je zahájena ve chvíli, kdy je postižení zjištěno. Dítě je tedy odkázáno na hmatové a sluchové vjemy, které musí využívat pro správný vývoj. Rodičům je poskytnuta pomoc prostřednictvím profesionální poradny se speciálním zaměřením. Na rehabilitaci mladistvým a dospělým osobám je zaměřena organizace Tyfloservis a Tyflokabinet ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

V ČR jsou organizace poskytující sociální rehabilitaci osobám se zrakovým postižením formou terénní sociální služby, mezi ně patří např. Aropo Jičín, o. p. s, Charita Opava, SONS, Tyflocentrum o. p. s., Tyfloservis o. p. s.

V ČR jsou organizace poskytující sociální rehabilitaci osobám se zrakovým postižením formou ambulantní sociální služby a to např. AGAPO, o. p. s, KARIFA o. p. s., Lementa s. r. o., LORM-Společnost pro hluchoslepé, Pestrá, o. p. s., SONS, Tyfloservis o. p. s. a Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o. p. s.

V ČR jsou organizace poskytující sociální rehabilitaci pro osoby se zrakovým postižením v pobytové formě sociální služby. Arcidiecézní charita Praha, Diakonie DUBÁ z. s., Domov sv. Anežky – Centrum pracovní a sociální rehabilitace, STROOM DUB o. p. s., Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o. p. s. (iregistr.mpsv.cz).

### **6.3 Služby sociální péče**

Služby sociální péče napomáhají zajistit psychickou a fyzickou soběstačnost, patří mezi ně následující rozdělení služeb pro osoby se zrakovým postižením.

#### **Osobní asistence**

Osobní asistence je poskytována formou terénní, a to osobám se zrakovým postižením, které mají sníženou soběstačnost z důvodu vážného zrakového postižení. U této služby osoby se zrakovým postižením potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Osobní asistence je poskytována bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí osoby a je využívána při činnostech, se kterými osoba potřebuje pomoci. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných činností péče o sebe, při osobní hygieně a při zajištění chodu domácnosti. Další oblastí této služby je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Tato služba se poskytuje za úhradu ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

#### **Průvodcovské a předčitatelské služby**

Průvodcovská a předčitatelská služba je ve formě terénní nebo ambulanti a je poskytována osobám se zrakovým postižením, které mají snížené schopnosti z důvodu zrakového postižení. Je poskytována v oblasti orientace, komunikace a pomáhá těm osobám vyřídit si vlastní záležitosti. Tato služba může být součástí jiné sociální služby pro osoby se zrakovým postižením. Služba pomáhá zprostředkovat se společenským prostředím. Tato služba je poskytována za úhradu ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

#### **Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Tato služba poskytuje dlouhodobé pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování, stravy a pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a při osobní hygieně. Poskytuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím apod. Služba se poskytuje za úhradu ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

## **7. Organizace poskytující rehabilitaci osobám se zrakovým postižením**

Tato kapitola bude zaměřena na popis činností organizací, které se zabývají prací s klienty se zrakovým postižením.

### **7.1 Tyfloservis**

Tyfloservis je organizace, která poskytuje terénní a ambulantní sociální rehabilitaci nevidomým a slabozrakým osobám po celém území České republiky.

Posláním organizace je podpora, poskytování informací a nácvik dovedností lidem, kteří přes své vážné zrakové postižení hledají cestu k co možná nejsamostatnějšímu životu.

Organizace poskytuje služby lidem ve věku 15 a více let, kteří mají výrazné potíže se zrakem nebo jsou zcela nevidomí. Mezi služby patří rehabilitační kurzy, poskytnutí kompenzačních pomůcek a další pomůcek a poradenství ([www.tyfloservis.cz](http://www.tyfloservis.cz)).

#### **Přehled poskytovaných služeb:**

##### **Rehabilitační kurzy**

Rehabilitační kurzy klientovi poskytují nácvik orientace v prostoru a samostatný pohyb, kam především patří nácvik chůze s bílou holí, dále pohyb bez pomůcek, také průvodcovská podpora apod. Dalším kurzem je sebeobsluha, kdy klienta učíme vařit, pečovat o jeho oděvy, aby zvládnul osobní hygienu, popřípadě péči o děti a domácnost.

Dále je to čtení a psaní pomocí Braillova bodové písma. Nácvik psaní na kancelářském psacím stroji a klávesnici počítače. Kurzy také poskytují rehabilitaci zraku, kdy se cvičí zrak, aby byl využit v maximální možné míře.

##### **Kompenzační a další pomůcky**

Organizace poskytuje seznámení se sortimentem kompenzačních, rehabilitačních a speciálních optických pomůcek. Poskytuje proškolení, jak se konkrétní pomůcka používá.

##### **Poradenství**

Organizace Tyfloservis poskytuje také poradenství např. jak upravit prostředí a odstranit bariéry z hlediska potřeb nevidomých a slabozrakých. Do poradenství je zahrnut také informační servis a zprostředkování další služeb, např. výcvik vodícího psa, pomoc studentům středních nebo vysokých škol (Kimplová, 2014, s. 86-87).

## **7.2 Okamžik, z.ú.**

Okamžik, z. ú. je organizace, která poskytuje sociální služby ambulantní formou. Konkrétní služby poskytované organizací jsou např. volnočasové, vzdělávací a sociálně terapeutické aktivity zaměřené na rozvoj aktivního života osob s těžkým zrakovým postižením. Posláním organizace je podporovat plnohodnotný a samostatný život lidí se zrakovým postižením a propojovat ho se světem lidí bez postižení prostřednictvím sociálních služeb, dobrovolnických, kulturních a osvětových aktivit. Organizace je zaměřená na děti a dospělé se zrakovým postižením

### **Přehled činností**

Dětem se zrakovým postižením zajišťuje pravidelné doprovody do školy a na různé zájmové aktivity a další pomoc při činnosti, kde je potřeba zraková kontrola.

Dospělým osobám se zrakovým postižením organizace nabízí jednorázovou i dlouhodobou pomoc od profesionálně vedených dobrovolníků. Organizace také poskytuje odborné sociální a sociálně-právní poradenství, psychickou podporu a poradenství v otázkách samostatného života lidí se zrakovým postižením ([www.okamzik.cz](http://www.okamzik.cz)).

## **7.3 Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina, o. p. s.**

Organizace Dědina funguje od roku 1994, kdy Česká unie nevidomých a slabozrakých získala v privatizaci objekt původních jeslí. V roce 1996 bylo postupně budování sociálně-terapeutických dílen jako je dílna košíkářská, keramická a tkalcovská. V roce 2000 došlo k transformaci střediska a organizace SONS se stala zakladatelkou samostatné obecně prospěšné společnosti Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina o. p. s.

Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o. p. s. poskytuje nevidomým a těžce zrakově postiženým lidem intenzivní kurzy v programu sociální rehabilitace, sociálně-terapeutických dílen a pracovní rehabilitace.

### **Služby organizace**

Služby, které organizace poskytuje jsou formou pobytové a ambulantní sociální služby a pomáhají zrakově postiženým naučit se žít a pracovat dle své volby a hlavním cílem zařízení je samostatný a kvalitní život zrakově postižených. Organizace nabízí klientům program sociální rehabilitace a to např. kurz nácviku prostorové orientace a samostatný pohyb s bílou holí, nácvik sebeobslužných činností, nácvik čtení a psaní pomocí Braillova bodového písma, nácvik psaní na klávesnici počítače, reedukační

a kompenzační výcvik, sociální poradenství atd.

### **Klient zařízení Dědina**

Klientem tohoto zařízení se může stát občan, který ztratil své původní zaměstnání následkem ztráty a vážného postižení zraku v produktivním věku. Dále mladý člověk, který se narodil s těžkým zrakovým postižením a připravoval se své povolání ve speciální škole či učilišti, ale kvůli jeho specifickým potřebám nenalezl zaměstnání v daném regionu. Pak to je osoba s kombinovaným postižením, zrakové a mentální nebo tělesné a je předpoklad, že po rehabilitaci a nácviku jednoduchých činností bude schopen samostatného života ([www.dedina.cz](http://www.dedina.cz)).

## **7.4 SONS**

**Motto:** *Nejsme organizace, která za nevidomé rozhoduje a jedná; jsme nevidomí občané, kteří rozhodují a jednají sami za sebe.*

Organizace SONS (Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR) je zapsaný spolek, který vznikl v roce 1996 sloučením dvou občanských sdružení občanů s těžkým zrakovým postižením, a to organizací České unie nevidomých a slabozrakých a společnosti nevidomých a slabozrakých v ČR.

Posláním organizace je sdružovat nevidomé a těžce zrakově postižení občany a poskytovat konkrétní sociální služby vedoucí k integraci postižených osoby do společnosti.

Cílem SONS je podpora zaměstnanosti nevidomých a slabozrakých lidí, socioterapeutická činnost, která je realizována v tzv. svépomocných skupinách a aktivizačních klubech.

Organizace SONS je především zřizovatelem středisek Tyfloservis, Tyflocentrum, Střediska integračních aktivit. Také organizace Tyflokabinet, která je metodickým centrem pomůcek a Střediska výcviku vodících psů a dalších organizací, které jsou zaměřeny na osoby se zrakovým postižením (Kimplová, 2014, s. 85).

### **Komu a jaké služby jsou poskytovány**

Organizace poskytuje služby svým klientům i lidem, kteří nejsou v organizaci evidováni. Služby jsou poskytovány v oblastech **sociální práce včetně jejich vyhledávání a prvního kontaktu s klientem**. Organizace poskytuje základní poradenství v rámci využívání kompenzačních pomůcek a dále speciální sociálně-právní a pracovně právní

poradenství. Další službou je např. výcvik vodících psů, služby osobní asistence či průvodcovská a předčitatelská služba ([www.sons.cz](http://www.sons.cz)).



## 8. Výzkumné šetření

Výzkumná část této práce navazuje na teoretickou část. Tato část práce je složena z metodologie, ve které popisují, jak jsem prováděla výzkumné šetření, jaký je cíl šetření. Další částí jsou výsledky šetření formou grafů a jednotlivé interpretace. V poslední části je diskuze a závěr celé práce.

### 8.1 Metoda výzkumu

Před zahájením výzkumu jsem si stanovila cíle, kterých chci výzkumným šetřením dosáhnout a dle nich jsem sestavila otázky do rozhovoru. Zformulovala jsem celkem 17 otázek, 9 otázek pro pracovníky zařízení a 8 otázek pro klienty zařízení. Využila jsem metodu dotazování a řízený rozhovor, kdy jako tazatel jsem postupovala podle připravených otázek, které jsem si písemně zaznamenávala do vytištěného dotazníku. Rozhovory byly anonymní. Rozhovory probíhali v únoru 2019.

### 8.2 Etické zásady

Mnou oslovení respondenti byli seznámeni s účelem rozhovoru a jeho etickými zásadami. Rozhovory byly anonymní, tudíž nebude uváděno jejich jméno, ani název zařízení, ve kterém pracují. Pouze bude v diplomové práci zmíněn typ zařízení. Respondenti byli dále poučeni o nahrávání rozhovoru na diktafon.

### 8.3 Cíl šetření

Cílem výzkumného šetření je zjistit možnosti, limity a význam ucelené rehabilitace v praxi pohledem pracovníků a pohledem klientů-osob se zrakovým postižením.

### 8.4 Soubory

Rozhovory jsem vedla s jedenácti respondenty, šest bylo pracovníků zařízení a pět klientů zařízení. Otázky pro klienty byly odlišné od otázek pro pracovníky.

**Klienti zařízení, které poskytuje sociální rehabilitaci.** Mezi respondenty ze skupiny klientů sociální rehabilitace jsou tři muži a dvě ženy. Klienti byli ve věkovém rozmezí 35-45 let.

**Pracovníci zařízení, které poskytuje na sociální rehabilitaci.** Ve skupině pracovníků zařízení odpovídalo na otázky šest žen a jeden muž. Pracovníci byli ve věkovém rozmezí 30-50 let.

## 8.5 Metoda zpracování šetření

Jako metodu zpracování šetření jsem si vybrala techniku operacionalizace, kdy mám hlavní výzkumnou otázku, která je rozdělena na dílčí výzkumné otázky. K dílčím výzkumným otázkám se vztahuje tazatelská otázka, který sloužila jako otázka do rozhovoru.

Po získání potřebných dat jsem vytvořila grafy, které znázorňují, jak respondenti na otázky odpověděli.

## 8.6 Operacionalizace

### Hlavní výzkumná otázka:

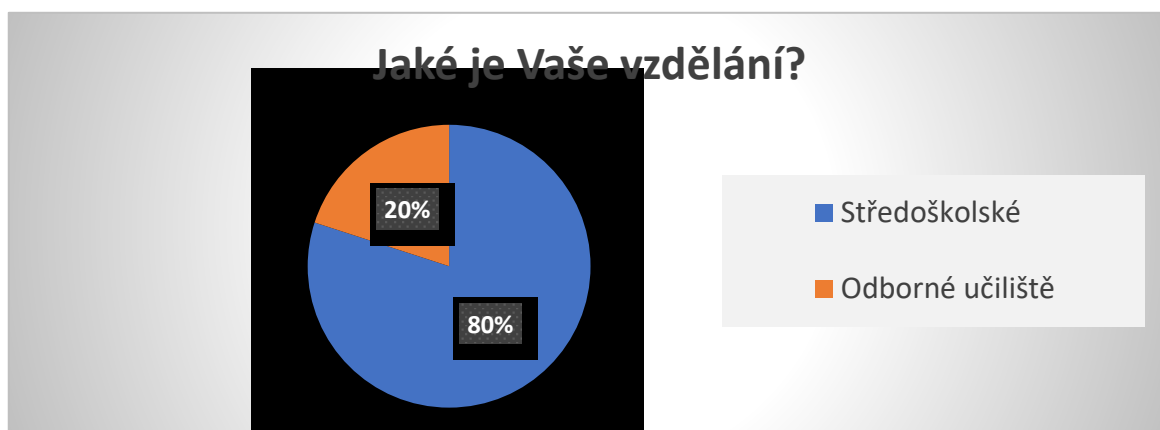
Jaké služby jsou poskytovány v rámci sociální rehabilitace osobám se zrakovým postižením?

**Hypotéza:** Nejčastějším programem (výukou) sociální rehabilitace je prostorová orientace a samostatný pohyb.

DÍLČÍ PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	TAZATELSKÉ OTÁZKY
<b>DPO 1:</b> Jaká je identifikace respondenta?	<b>T1:</b> Vzdělání <b>T2:</b> Délka Vaší praxe <b>T3:</b> Jaká je Vaše pozice v tomto zařízení <b>T4:</b> Co je Vaší pracovní náplní
<b>DPO 2:</b> Jak byste definoval/a pojem rehabilitace pro osoby se zrakovým postižením a jaké služby poskytuje?	<b>T5:</b> Jak byste definoval/a pojem Ucelená rehabilitace pro osoby se zrakovým postižením <b>T6:</b> Jaké služby klienti nejčastěji využívají v rámci sociální rehabilitace? <b>T7:</b> Jaké služby klienti nejčastěji využívají v rámci rekvalifikace?
<b>DPO 3:</b> Dochází v současnosti ke zlepšení soběstačnosti klientů a úspěšnému nalezení pracovního uplatnění?	<b>T8:</b> Nakolik se podle Vašeho názoru daří zlepšovat soběstačnost klientů? <b>T9:</b> Nakolik se podle Vašeho názoru daří klientům po rekvalifikaci najít a realizovat profesní uplatnění

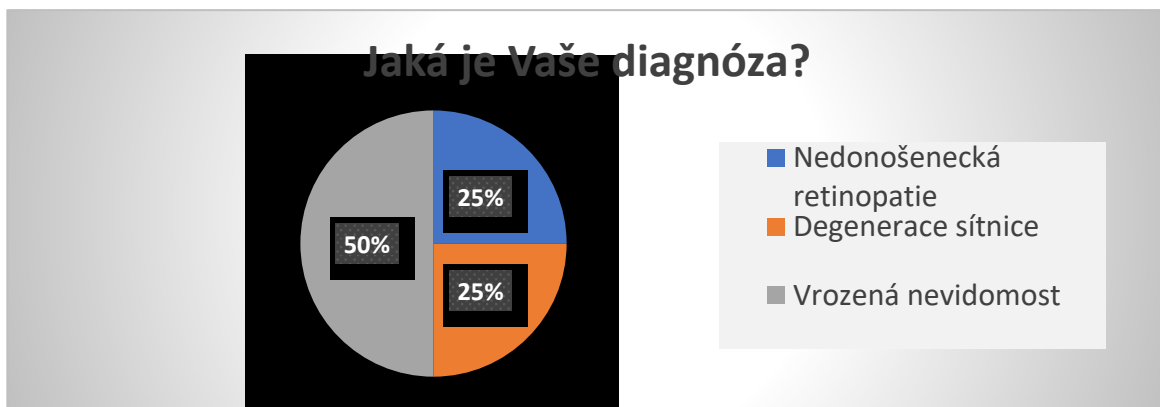
DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	TAZATELSKÉ OTÁZKY
DP1: Jaké jsou Vaše osobní údaje a zdravotní údaje?	T1: Vzdělání T2: Jaká je Vaše diagnóza? T3: Pracovní uplatnění: Jste zaměstnaná? Pokud ano, v jaké profesi?
DP2: Jak žije osoba se zrakovým postižením?	T4: Žijete samostatně/ v partnerství / v širší rodině/jiné T5: V čem Vás Vaše zdravotní postižení omezuje? T6: Využíváte kompenzační pomůcky? Jaké?
DP3: Jaké služby poskytuje zařízení?	T7: Jaké služby v této organizaci využíváte? T8: Jaká máte očekávání od absolvování této služby?

## 8.7 Výsledky a interpretace rozhovorů s klienty



(Vlastní šetření), graf č.1: Vzdělání respondentů-klientů.

Z grafu vyplývá, že 80 % klientů, se kterými jsem vedla rozhovory má **středoškolské** vzdělání a ostatní absolvovali odborné učiliště.



(Vlastní šetření), graf č.2: Diagnóza respondentů-klientů.

Pomocí této otázky jsem zjišťovala oční diagnózu respondentů. Nejčastější odpovědí byla vrozená nevidomost a pak skupina dalších diagnóz.

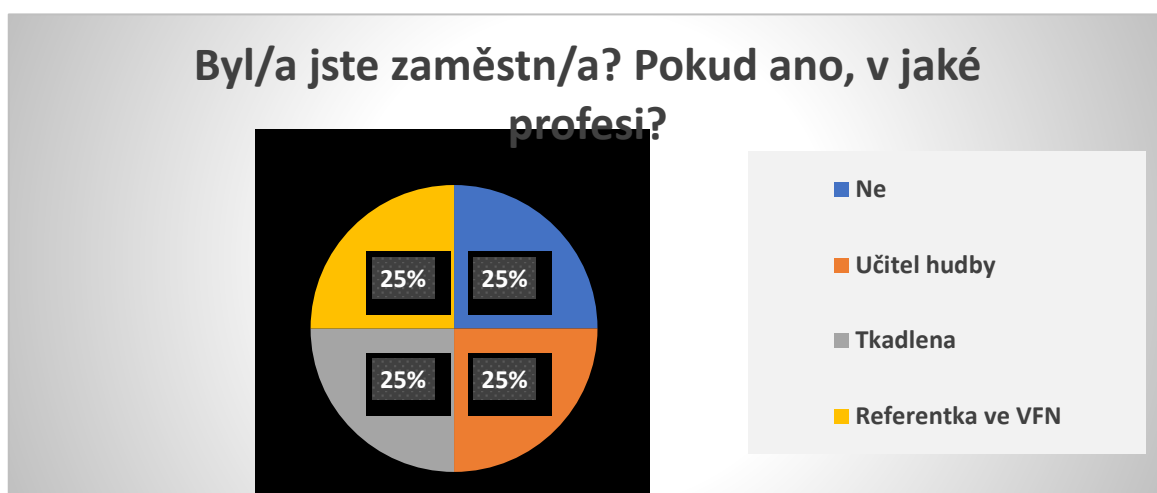
**K1:** vrozená nevidomost- 50 % respondentů

**K2:** retinopatie nedonošenců, ztráta světlocitu a kombinace se schizofrenií. - 25 % respondentů

**K3:** degenerace sítnice, poruchy zorného pole- 25 % respondentů

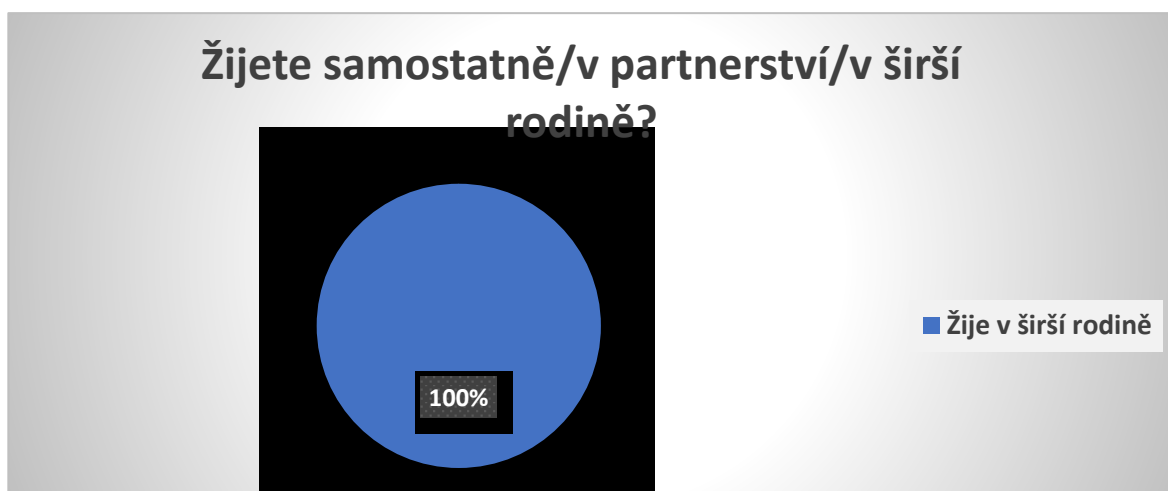
**K4:** vrozená nevidomost

**K5:** vrozená nevidomost



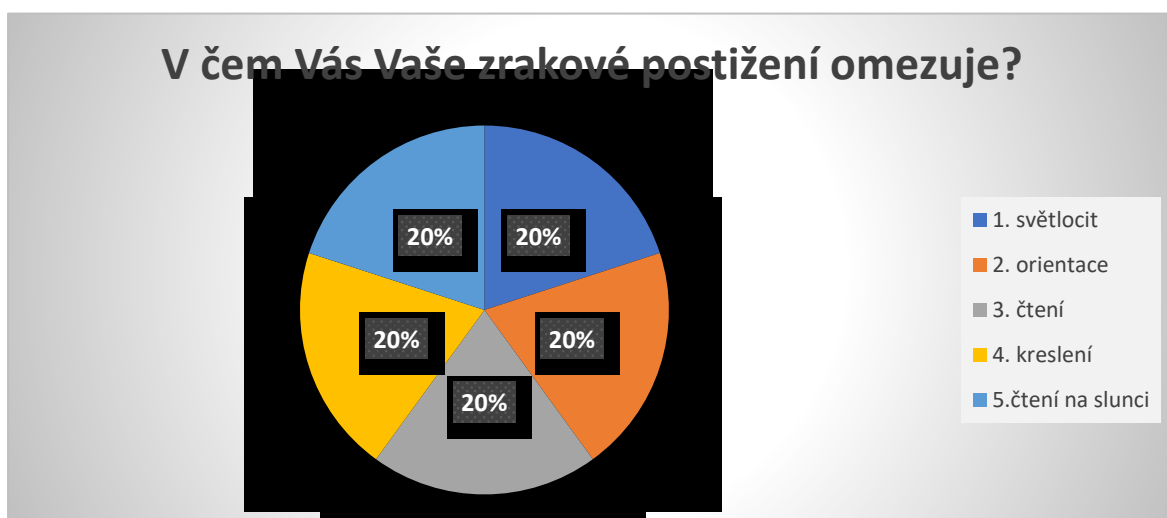
(Vlastní šetření), graf č.3: Zaměstnání respondentů-klientů.

Graf nám znázorňuje, že 25 % respondentů nebyli zaměstnaní a další respondenti byli zaměstnaní, a to jako učitel hudby, tkadlena a referentka ve VFN. Je zajímavé, že člověk se těžkým zrakovým postižením pracuje jako učitel hudby. Člověk, který ztratil zrak má rozvinuté další smysly a má tedy vrozené nadání a dobrý hudební sluch, takže může vykonávat takou profesi i přes své postižení. Práce tkadleny je u lidí se zrakovým postižením velmi známá, protože jsou i také rekvalifikační kurzy pro osoby se zrakovým postižením.



(Vlastní šetření), graf č.4: Rodina respondentů.

Graf ukazuje, že všichni respondenti žijí v širší rodině. Převážně osoby se těžkým zrakovým postižením žijí v širší rodině, protože jejich postižením nedovoluje, aby žili sami. Oni potřebují kolem sebe mít rodinu, která je podpoří a pomůže jim, aby měli kvalitní život.



(Vlastní šetření), graf č.5: Omezení.

U této otázky jsem zjišťovala omezení, které klientům přináší jejich zrakové postižení. Graf znázorňuje, že jejich postižení je nejvíce omezuje při orientaci, čtení, kreslení a světlocitu.

**Konkrétní znění odpovědí na tuto otázku:**

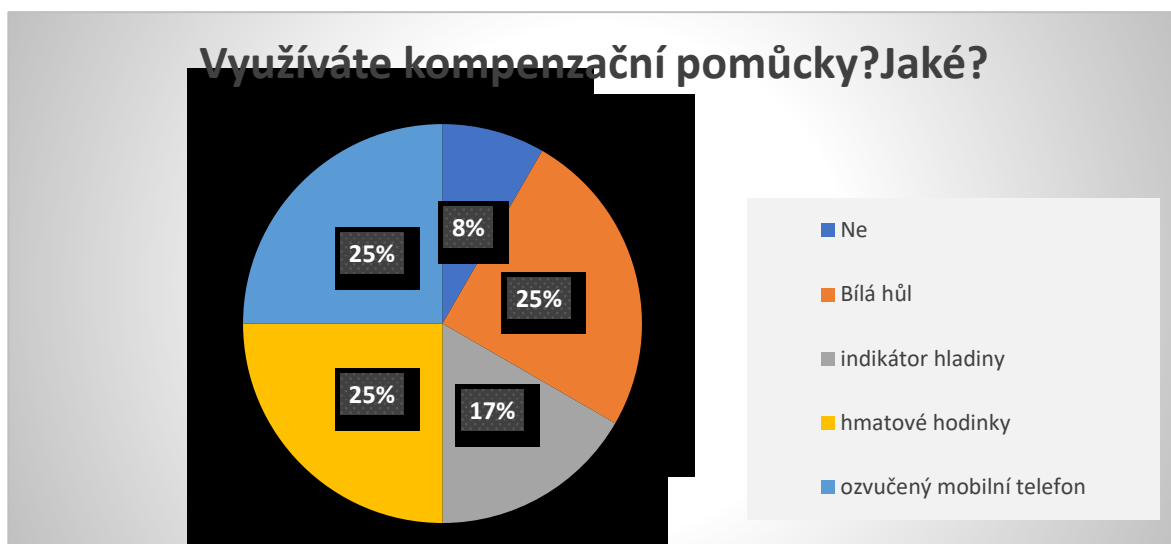
**K1:** světlocit

**K2:** orientace

**K3:** čtení z běžných knih

**K4:** nemůžu kreslit; při práci s dětmi si s nimi nemůžu kreslit,

**K5:** při slunci nic nepřečtu



(Vlastní šetření), graf č.6: Využití kompenzačních pomůcek.

Tímto grafem zjišťujeme, jestli klienti využívají kompenzační pomůcky a jaké jsou nejčastější. Většina využívá kompenzační pomůcky a nejčastěji to je **bílá hůl**, **indikátor hladiny** a také technické kompenzační pomůcky pro komunikaci jako jsou **hmatové hodinky** a ozvučený mobilní telefon a jeden respondent odpověděl, že je *zatím nepoužívá*.

#### **Přesné znění odpovědí na tuto otázku:**

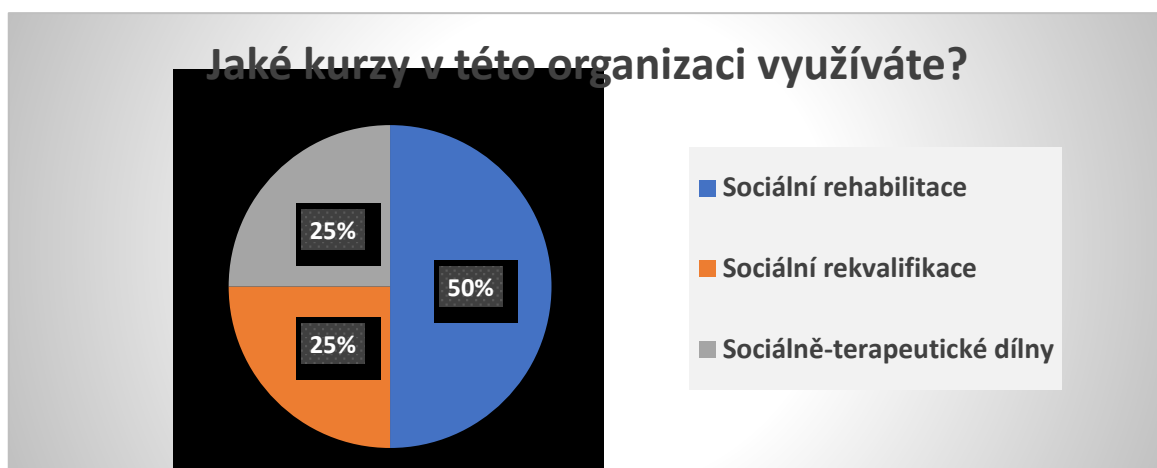
**K1:** *ano, využívám např. bílou hůl, indikátor hladiny, hmatové hodinky, ozvučený telefon*

**K2:** *ano, využívám např. bílou hůl, vodící pes, ozvučený telefon, Braillov řádek a Braillovo písmo, držák na ponožky*

**K3:** *ano, využívám bílou hůl, indikátor hladiny, hmatové hodinky, vysílačka pro informování čísla MHD*

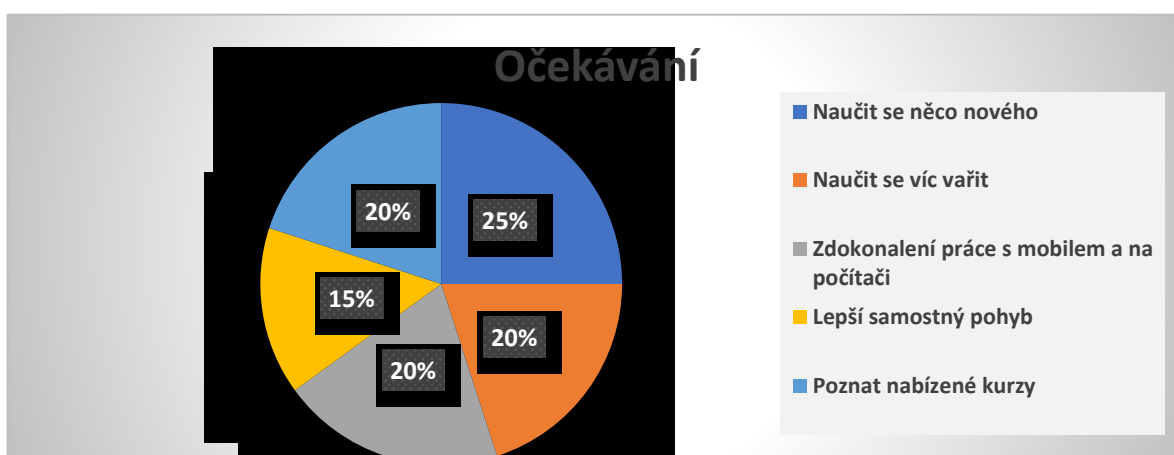
**K4:** *ano, využívám např. bílou hůl, hmatové hodinky, budík s hlasovým výstupem, oddělovač bílků*

**K5:** *zatím ne*



(Vlastní šetření), graf č. 7: Využití kurzů v organizaci.

Tento graf nám ukazuje, že většina respondentů využívá kurzy Sociální rehabilitace a zbytek kurzy Sociální rekvalifikace a sociálně-terapeutických dílen. Z grafu vyplývá, že kurzy sociální rehabilitace jsou nejčastěji využívanými, protože pomáhají osobám se zrakovým postižením, aby žili kvalitní život i přes své postižení. Všechny kurzy jsou zaměřené na běžné činnosti, které může člověk zvládnout i se zrakovým postižením.



(Vlastní šetření), graf č.8: Očekávání respondentů-klientů.

Tento graf nám znázorňuje, že očekávání klientů je zaměřené na oblast sociální rehabilitace, kdy si klienti **zlepší samostatný pohyb, naučí se vařit, zdokonalí se v práci s mobilním telefonem nebo počítačem.** A nakonec se naučí i něco nového a poznají nabízené kurzy. Největší očekávání respondenti mají, že se naučí něco nového, tak odpovědělo 25 % respondentů, 20 % odpovědělo, že se chtějí naučit lépe vařit, poznat nabízené kurzy a zdokonalit si práci s mobilem a počítačem a zbytek (15 %) si chtějí zlepšit samostatný pohyb. Jejich očekávání jsou reálná a splnitelná, protože konkrétně tyto činnosti zařízení nabízí.

### Konkrétní znění odpovědí na tuto otázku:

**K1:** naučit se něco nového

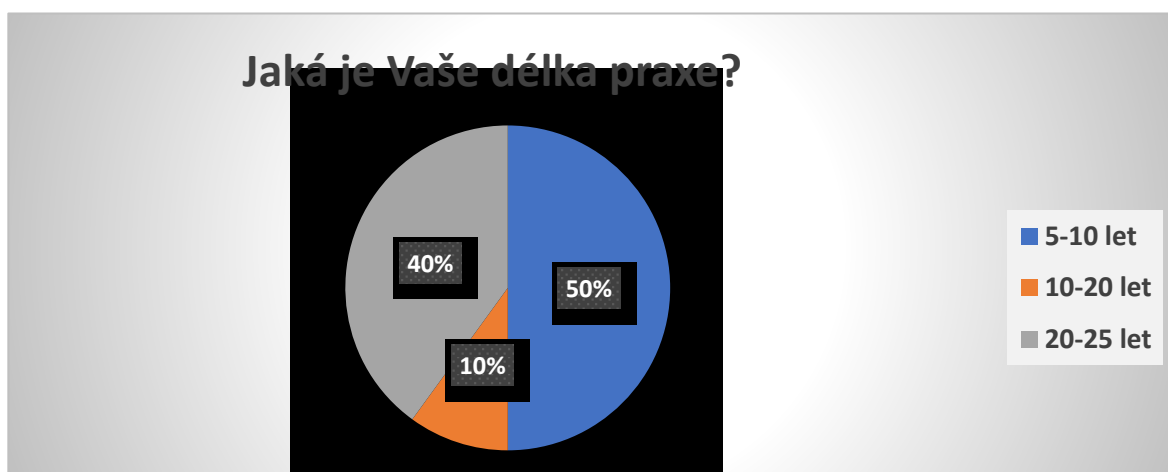
**K2:** lepší samostatný pohyb, komunikace s klienty se zrakovým postižením

**K3:** naučit se víc vařit, umět připravit studené jídlo

**K4:** poznání prostředí zařízení, něco nového se naučit, poznání kurzů nabízené v zařízení, získat nové zkušenosti a dovednosti.

**K5:** zdokonalení práce s mobilním telefonem a počítačem

## 8.8 Výsledky a interpretace rozhovorů s pracovníky

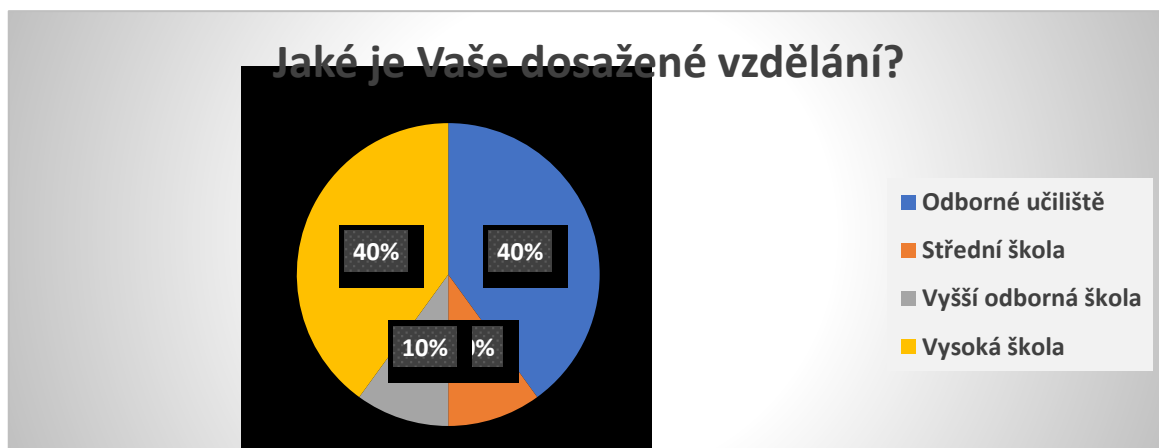


(Vlastní šetření), graf č.1: Délka praxe respondentů-pracovníků.

Z grafu je zřejmé, že většina respondentů má praxi 5 -10let, pak 20-25 let a zbytek má 20-25 let praxe. Můžeme tedy říci, že jsem vedla rozhovor jak s pracovníky, kteří mají krátkodobou praxi, tak i s pracovníky, kteří mají mnoholetou praxi v oblasti sociální práce.

(Vlastní šetření), graf č.2: Vzdělání respondentů-pracovníků





(Vlastní šetření), graf č. 2: Vzdělání respondentů-pracovníků.

Graf ukazuje, že část respondentů má vysokoškolské vzdělání a střední odborné učiliště a druhá část má středoškolské a vyšší odbornou školu.

#### Konkrétní znění odpovědí:

**P1:** Vyšší odborná škola – obor Sociální práce

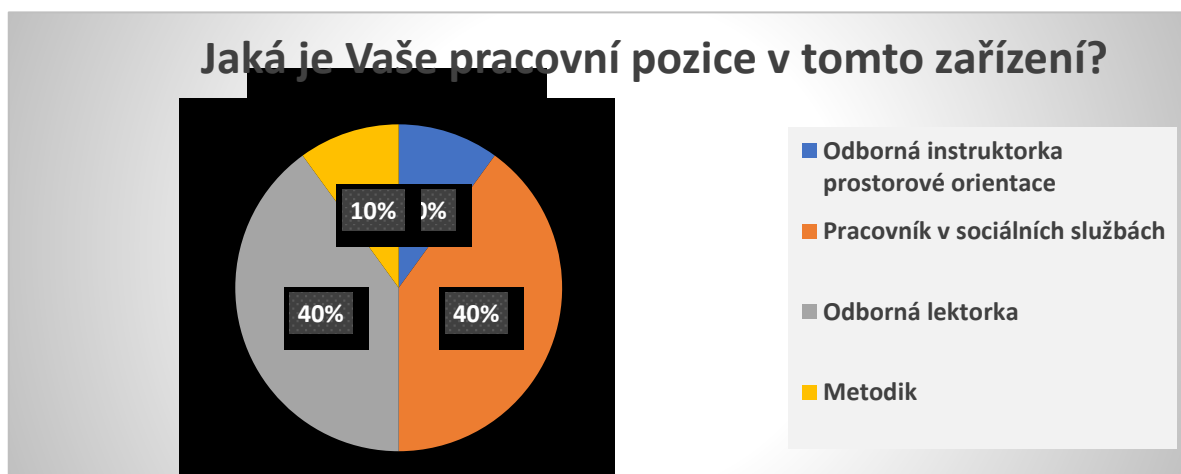
**P2:** Vysoká škola

**P3:** Střední odborné učiliště

**P4:** Střední odborné učiliště

**P5:** Vysoká škola

**P6:** Střední škola



(Vlastní šetření), graf č.3: Pracovní pozice respondentů-pracovníků.

Tento graf ukazuje, jaké jsou v zařízení pracovní pozice a nejčastější je pozice **Odborná lektorka (40 %)** a **pracovník v sociálních službách (40 %)**.

### Konkrétní znění odpovědí:

**P1:** odborný instruktor prostorové orientace

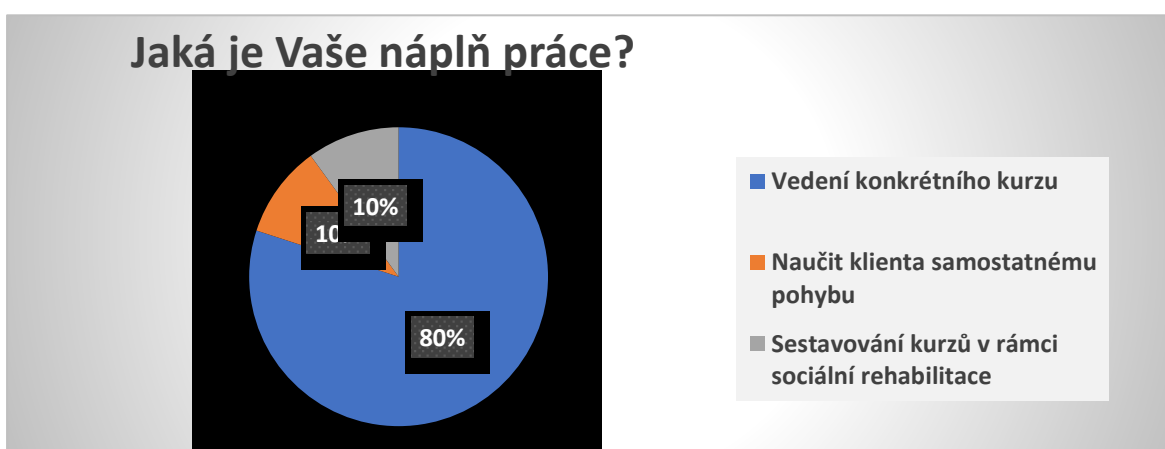
**P2:** pracovník v sociálních službách

**P3:** lektorka v kurzu drátování

**P4:** pracovník v sociálních službách

**P5:** odborná lektorka v kurzu keramiky

**P6:** metodik



(Vlastní šetření), graf č.4: Pracovní náplň respondentů-pracovníků.

Tento graf znázorňuje, že nejčastější náplní pracovníka zařízení je **vedení konkrétního kurzu**. Další pracovní náplní pozice pracovníka je **naučit klienta samostatnému pohybu**. Další pracovní náplní, kterou má jen jeden z respondentů je sestavování kurzů v rámci sociální rehabilitace. Tato pracovní náplň patří k pracovní pozici metodik.

### Konkrétní znění odpovědí:

**P1:** naučit klienta samostatnému pohybu, nácvik pohybu pomocí bíle hole, seznámení s pomůckami související se samostatnou chůzí a nácvik konkrétních tras

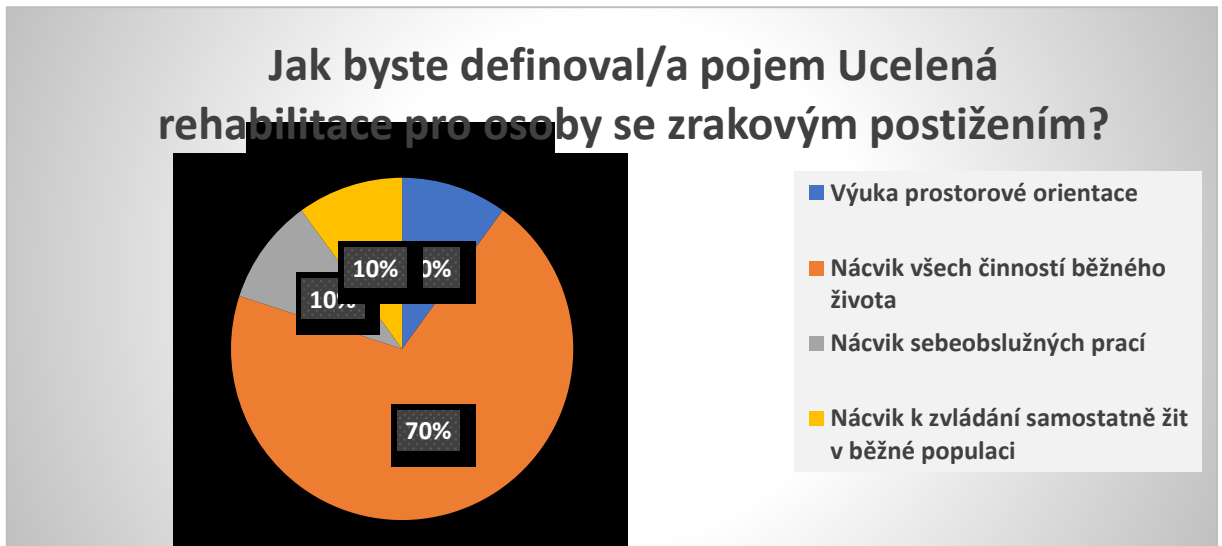
**P2:** vedení kurzu sebeobsluhy a vlastnoruční podpis, nácvik činností vedou k samostatnosti v běžném životě

**P3:** vedení kurzu drátování, pomoci klientovi při drátování a dokončení výrobku

**P4:** vedení tkalcovské dílny

**P5:** sestavení rehabilitačních plánů-kurzů

**P6:** vedení kurzu keramiky, dohlíží na klienty při práci a případně jim pomůže výrobek dokončit



(Vlastní šetření), graf č.5: Definice pojmu Ucelená rehabilitace pro osoby se zrakovým postižením respondenty-pracovníky.

Zde respondenti definovali pojem Ucelená rehabilitace osob se zrakovým postižením a nejčastější odpověď byla, že se jedná o **nácvik všech činností běžného života**. Další odpovědi bylo, že se jedná o výuku prostorové orientace a nácvik sebeobslužných prací

#### **Konkrétní znění odpovědí:**

**P1:** znovu navrácení k samostatnému životu, naučit se starat sám o sebe, přestože má handicap

**P2:** soubor činností, které vedou, k co největšímu osamocení člověka v různých oblastech běžného života

**P3:** celková výuka od sebeobsluhy až po prostorovou orientaci; vyhovět jim, co nejvíc, aby byli samostatní

**P4:** pomoc zrakově postiženým, aby byl samostatný a zvládal všechny potřebné dovednosti

**P5:** činnosti, aby nevidomý člověk zvládal samostatný život v běžné populaci, naučit ho všechny ty dovednosti, které k samostatnému životu potřebuje

**P6:** naučit se, sebeobsluhu a další činnosti v rámci sociální rehabilitace



(Vlastní šetření), graf č. 6: Nejčastější kurzy v rámci sociální rehabilitace.

Graf znázorňuje, že nejčastější kurz v rámci sociální rehabilitace je **prostorová orientace a samostatný pohyb, sebeobsluha a práce na počítači**. Respondenti také odpověděli, že klienti využívají **všechny nabízené kurzy** v rámci sociální rehabilitace.

#### **Konkrétní znění odpovědí:**

**P1:** *já pracuji v oblasti prostorové orientace, jsou to činnosti v rámci prostorové orientace, aktivizace klientů a nácvik nových tras*

**P2:** *je to velmi individuální, ale základem je sebeobsluha – nácvik sebeobslužných činností, prostorová orientace, samostatný pohyb a výuka práce na počítači*

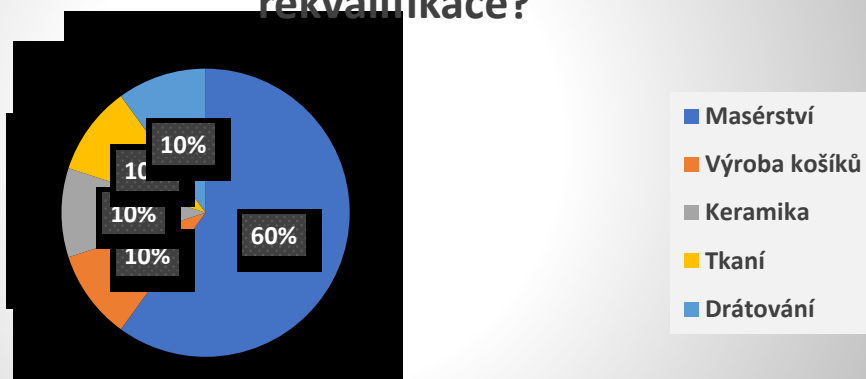
**P3:** *všechny kurzy*

**P4:** *práce na počítači*

**P5:** *snažíme se, aby klienti prošli všemi kurzy sociální rehabilitace, pokud někomu nejde např. pletení košíků, tak ho nenutíme. Jsou to základní kurzy, a to je prostorová orientace, sebeobsluha, Braillovo písmo, psaní na počítači, hmatová cvičení a rozvoj hmatu v rámci Braillova písma.*

**P6:** *všechny kurzy, je to podle jejich mentální schopností a jejich zručnosti*

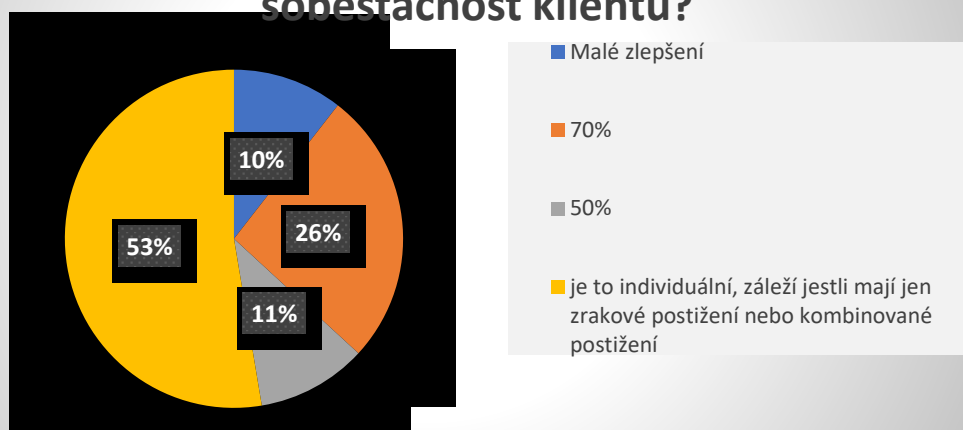
## Jaké kurzy nejčastěji využívají v rámci sociální rekvalifikace?



(Vlastní šetření), graf č. 7: Nejčastější kurzy v rámci sociální rekvalifikace.

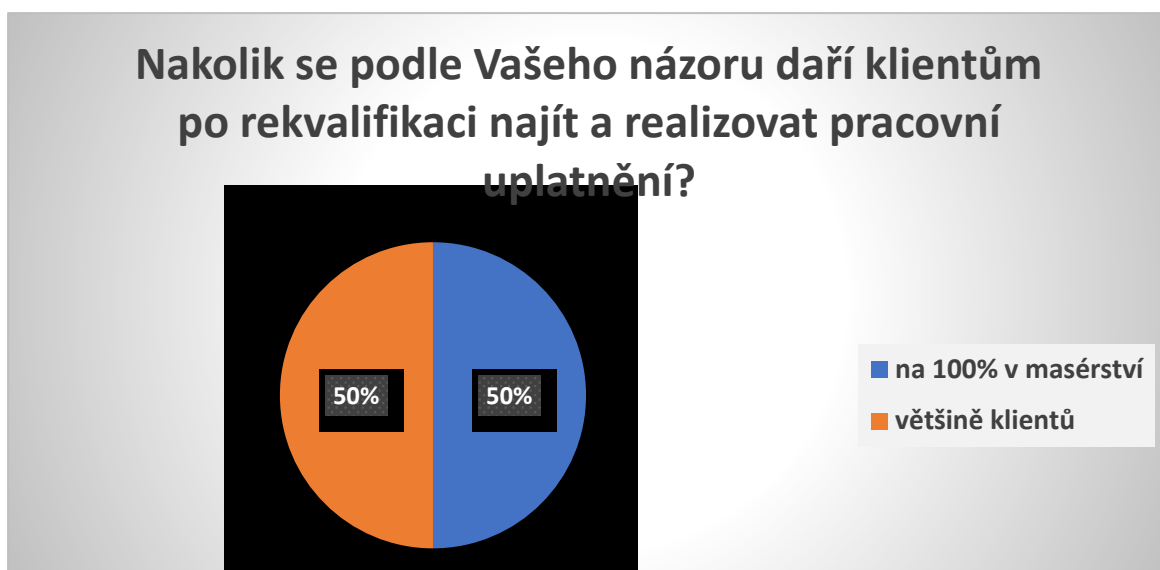
Tento graf ukazuje, že nejčastějším kurzem v rámci rekvalifikace je **masérství**. Dalším kurzem je **výroba košíků, keramika, tkaní a drátování**.

## Nakolik se podle Vašeho názoru daří zlepšit soběstačnost klientů?



(Vlastní šetření), graf č. 8: Názor respondentů-pracovníků na zlepšení soběstačnosti klientů.

Z tohoto grafu vychází, jak se klientům daří zlepšit jejich soběstačnost. Respondenti odpovídali, že jde o **malé zlepšení** a uvedli také **na kolik procent** se daří zlepšit soběstačnosti, na 50 % a na 70 %. Velmi zajímavá odpověď je, že je to **individuální a záleží, jestli mají jen zrakové postižení nebo kombinované postižení**.



(Vlastní šetření), graf č. 9: Názor respondentů-pracovníků na nalezení pracovního uplatnění po rekvalifikaci.

Tento graf ukazuje, že v rámci rekvalifikace je velká úspěšnost v kurzu **masérství** a většina klientů, kteří absolvují tento rekvalifikační kurz se později úspěšně uplatní na trhu práce.

## 8.9 Shrnutí výsledků rozhovorů

Vzorek z rozhovorů tvořilo šest pracovníků zařízení zaměřené na sociální rehabilitaci. Nejedná se o příliš vysoký počet respondentů, a tak je vhodné s výsledky zacházet jako s průzkumem, který nám předkládá aktuální přehled možností služeb z oblasti sociální rehabilitace osobám se zrakovým postižením.

Vzorek z rozhovorů s klienty tvořilo pět osob se zrakovým postižením, kteří jsou klienty zařízení zaměřené na sociální rehabilitaci. Respondenti byli tři muži a dvě ženy ve věku od 30 do 40 let.

V metodologické části jsem si stanovila HVO a DVO, na které nyní odpovím.

HVO: Jaké služby jsou poskytovány v rámci sociální rehabilitace osobám se zrakovým postižením?

V rámci sociální rehabilitace osobám se zrakovým postižením jsou poskytovány všechny kurzy (programy), které uvádí zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, např. kurz *prostorové orientace a samostatného pohybu pomocí bílé hole, nácvik sebeobsluha či sebeobslužných činností, nácvik vlastnoručního podpisu a rozvíjení fyzických dovedností apod.*

Vytvořila jsem šest Dílčích průzkumných otázek (dále jen „DPO“). Tři DPO pro rozhovory s pracovníky a další tři pro rozhovory s klienty.

**H1:** Nejčastějším programem (výukou) sociální rehabilitace je prostorová orientace a samostatný pohyb. Hypotéza byla pomocí průzkumného šetření splněna.

V dalších odstavcích následují odpovědi na DPO poskytnuté pracovníky v rámci rozhovorů.

### **DPO 1: Jaká je identifikace respondenta?**

Respondenti mi z identifikačních údajů uvedli své vzdělání, délku praxe, pracovní pozici a pracovní náplň.

Ohledně vzdělání mají pracovníci většinou odborné učiliště a vysokou školu a zbytek má střední školu a vyšší odbornou školu.

Další údajem byla délka praxe. Většina pracovníků má krátkou praxi a to 5-10 let, pak je to praxe 10-20 let (40 %) a 20-25 let (10 %).

Jako další identifikační údaj byla pracovní pozice. V zařízení, kde jsem vedla rozhovory jsou převážně pracovníci na pozici *odborného instruktora, pracovníka v sociálních službách, metodiky a odborná lektorka*. *Odborný instruktor* je např. v rámci výuky *prostorové orientace a samostatného pohybu*. Pracovní pozice *odborné lektorky* je např. v rámci *kurzu keramiky a kurzu drátování*.

### **DPO 2: Jak byste definoval/a pojem Ucelená rehabilitace (sociální rehabilitace) pro osoby se zrakovým postižením a jaké nejčastěji služby poskytuje?**

Pojem Ucelená rehabilitace osob se zrakovým postižením respondenti nejčastěji definovali jako soubor činností vedoucí k samostatnosti člověka v různých oblastech života. Jedná se o celkovou výuku od sebeobsluhy až po prostorovou orientaci.

Sociální rehabilitace poskytuje výuku *prostorové orientace a samostatného pohybu, sebeobsluhy, práce na počítači*. Výuku *psaní pomocí Braillova bodové písma, vlastnoruční podpis*.

### **DPO 3: Dochází v současnosti ke zlepšení soběstačnosti klientů a úspěšnému nalezení pracovního uplatnění?**

Ohledně zlepšení soběstačnosti klientů se respondenti vyjádřili tak, že je to individuální a hodně záleží na klientovi, jestli má pouze zrakové nebo kombinované postižení. Někdo vnímá zlepšení na 50 % a někdo na 70 %. Další odpověď byla, že je viditelné pouze malé zlepšení, že je to dlouhá práce, při které se může zdát, že zlepšení není patrné.

Následující odstavce obsahují odpovědi klientů na konkrétní DPO.

**DPO1: Jaké jsou Vaše osobní údaje a zdravotní stav?**

Respondenti jako své osobní údaje uvedli své vzdělání, kdy většina má ukončené střední odborné učiliště a zbytek středoškolské. Ke zdravotnímu stavu se vyjádřili stručně, uvedli typ onemocnění zraku. Nejčastěji je to vrozená nevidomost a pak retinopatie nedonošenců, která je taky velmi častá, protože vzniká při narození předčasně narozeného dítěte. K těmto onemocnění byly uvedeny další onemocnění jako je ztráta světlocitu, degenerace sítnici nebo také, že respondent má kombinované postižení, zrakové s kombinací se schizofrenií.

**DPO2: V jaké oblasti Vás zrakové postižení omezuje?**

Respondenti k této otázce odpověděli, že nejvíce je postižení omezuje při orientaci, při čtení a kreslení. Z toho vyplývá, že největším omezením je orientace, protože ta je u zrakově postiženého člověka velmi obtížná. Nevidomý člověk se musí pomocí kompenzačních pomůcek, např. chůze s vodícím psem, spoléhat sám na sebe. A dále na to, co se naučil při výuce prostorové orientace a na konkrétní kompenzační pomůcku.

**DPO3: Jaké služby poskytuje zařízení, do kterého chodíte?**

Respondenti na tuto otázku odpověděli, že služby, které sociální zařízení poskytuje jsou tyto: Služby sociální rehabilitace, sociální rekvalifikace a sociálně-terapeutické dílny.

Myslím, že toto zaměření velmi výhodné, protože si klienti mohou vybrat, jestli chtějí absolvovat kurzy sociální rehabilitace nebo si udělat rekvalifikaci na konkrétní profesi nebo jen docházet do sociálně-terapeutických dílen a rozvíjet své motorické schopnosti.



## 9. Diskuze

Výzkumné šetření této práce obsahuje rozhovory s pracovníky a klienty zařízení, které poskytuje sociální rehabilitaci. Celé výzkumné šetření probíhalo v lednu 2019. V této době jsem v tomto zařízení také absolvovala odbornou praxi.

Překvapivým zjištěním pro mne bylo, že někteří respondenti-klienti vykonávali profesi, které se věnují spíše zdraví lidé bez zrakového postižení, a to díky svému úsilí a cílevědomosti.

Cílem uvedených rozhovorů bylo zjistit možnosti a význam ucelené rehabilitace v praxi pohledem pracovníků a pohledem klientů-osob se zrakovým postižením.

Ucelenou rehabilitaci definuje zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 70 jako *soubor specifických činností směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob se zrakovým postižením, a to rozvojem specifických schopností a dovedností, posilování návyků a nácvikem běžných činností*. Zákon také uvádí konkrétní programy, kterou poskytuje sociální rehabilitace a to např. *výuka prostorové orientace a samostatného pohybu, nácvik samoobslužných činností apod.* Respondenti pojem definovali stejně jako uvedený zákon, a to *jako soubor činností vedoucí k samostatnosti člověka se zrakovým postižením a dále je to výuka sebeobsluhy, prostorové orientace a dalších činností, které rozvíjejí jejich schopnosti k samostatnému životu*. Ucelená rehabilitace (sociální rehabilitace) osob se zrakovým postižením poskytuje širokou škálu kurzů např. *kurz prostorové orientace a samostatného pohybu pomocí bílé hole, nácvik sebeobsluhy či samoobslužných činností, nácvik vlastnoručního podpisu a rozvíjení fyzických dovedností*.

O výuce prostorové orientace a samostatného pohybu hovoří Wiener (2006, str.16), který definuje pojem orientace jako *proces na základě získávání informací z prostředí a za účelem skutečné manipulace s objekty prostoru*.

Hlavním předpokladem, že rozvoj procesu PO bude úspěšný, je mít představu o prostoru, rozmístění orientačních bodů a znaků a o jeho hranicích.

O výuce nácviku sebeobsluhy či samoobslužných činností hovoří Finková (2007, str. 95), která uvádí, že pojem sebeobsluha neznamená pouze *obsluha sebe*, ale jsou to dovednosti, které jsou důležité pro normální život nevidomého člověka. Dovednosti jako např. osobní hygiena, oblékání, stravování, úklid a sebeobsluha v domácnosti. Tyto dovednosti nevidomí potřebují k samostatnému životu.

Všechny programy sociální rehabilitace poskytované osobám se zrakovým postižením, jim umožňují naučit se být samostatnými a žít život s postižením kvalitně.

Poznatky z výzkumu ukazují, že ucelená rehabilitace je v sociální práci velmi významnou oblastí.

Teoretické informace o osobám se zrakovým postižením mnou získané během studia na VŠ jsou v převážné míře uplatňovány v praktickém životě této cílové skupiny.

## Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jaké služby jsou poskytovány osobám se zrakovým postižením v rámci sociální rehabilitace. Tohoto cíle jsem se snažila dosáhnout pomocí analýzy odborné literatury a zákona (108/2006 Sb.), které se zabývají pojmem sociální rehabilitace osob se zrakovým postižením a také konkrétně pojmem osoby se zrakovým postižením. Dále jsem realizovala rozhovory s pracovníky a klienty zařízení, které se zaměřuje na poskytování služeb sociální rehabilitace osobám se zrakovým postižením.

Zjistila jsem, že klienti, se kterými jsem vedla rozhovory se již narodili se zrakovým postižením. Nejčastěji to je vrozená nevidomost, pak retinopatie nedonošenců a degenerace sítnice. Respondenti-klienti využívají všechny kurzy sociální rehabilitace a nejčastějším kurzem je nácvik samoobslužných činností a výuka prostorové orientace a samostatného pohybu.

Pomocí rozhovoru s pracovníky jsem zodpověděla hlavní výzkumnou otázku, která zní: *Jaké služby jsou poskytovány v rámci sociální rehabilitace osobám se zrakovým postižením.* V rámci sociální rehabilitace osobám se zrakovým postižením jsou poskytovány všechny kurzy (programy), které uvádí zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Také uvedená hypotéza, že nejčastějším programem (výukou) sociální rehabilitace je prostorová orientace a samostatný pohyb, byla pomocí průzkumného šetření potvrzena.

## Seznam použité literatury

### Knižní zdroje

AUTRATA, Rudolf: *Nauka o zraku*, Brno: 2000, ISB: 80-7013-362-7

BUBENÍČKOVÁ, Hana: *Kompenzační pomůcky*, Brno: Tyflocentrum, 2012, s. 136, ISBN: 978-80-260-1538-3

FINKOVÁ, Dita, Libuše LUDÍKOVÁ a Veronika RŮŽICKOVÁ: *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*, Univerzita Palackého:2007, 159, ISBN:978-80-244-1857-5

KIMPLOVÁ, Tereza: *Jak žít se těžkým zrakovým postižením*, Triton:2014, s. 157, ISBN:978-7387-831-3

KUCHYNKA, Pavel: *Oční lékařství*, Grada: 2016, s. 936, ISBN:978-80-247-5079-8

LAURENCE, Lan Bailey: *Visual impairment: An Overview*, American foundation for blind, 1990, s. 49

LOPÚCHOVÁ, Jana. Včasná intervencí. *Učitel'ské noviny*. 1999, 49(3), 8.

MAJEROVÁ, Hana: *Vnímání osoby se zrakovým postižením v kontextu specifík představitosti*, Olomouc, 2016, s. 186, ISBN: 978-80-244-5052-0

MERKUNOVÁ, Alena: *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*, Praha: Grada, 2008, st. 302, ISBN:978-80-247-1521-6

ROZSÍVAL, Pavel: *Oční lékařství*, Galén: 2017, s. 229, ISB: 978-80-7492-316-6

SMÝKAL, Josef: *Pohled do dějin slepeckého písma*, Česká unie nevidomých a slabozrakých:1994, st.113

VÁGNEROVÁ, Marie: *Oftalmopsychologie dětského věku*, Praha:1995, s. 182, ISBN: 80-7184-053-X

WIENER, Pavel: *Prostorová orientace zrakově postižených*, Praha:2006, s.168, ISBN: 80-239-6775-4

## Internetové zdroje

*Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí [online]. [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <http://arpzpd.cz/historie/>*

*Detoxy-makulární degenerace [online]. Praha: Detoxy, 2019 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: [http://detoxy.cz/aktuality/detail/312\\_568-lecime-nelecitelne.html](http://detoxy.cz/aktuality/detail/312_568-lecime-nelecitelne.html)*

*Disable world: Disability [online]. 2018/12/11 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <https://www.disabled-world.com/disability/types/vision/>*

*[https://www.bohnice.cz/krizova-pomoc/=Bohnice-krizová pomoc](https://www.bohnice.cz/krizova-pomoc/=Bohnice-krizová+pomoc) [online]. [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/krizova-pomoc/>*

*Informační portál pro osoby se specifickými potřebami helpnet.cz [online]. 2019 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: (<http://www.helpnet.cz/>)*

*Ireceptář/zdraví/šedý zákal [online]. 2017 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <https://www.ireceptar.cz/zdravi/sedy-zakal-a-nejcastejsi-myty-s-nim-spojene.html>*

*Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [online]. Praha, 2017 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>*

*Oční oddělení Havlíčkův Brod/zelený-zákal [online]. [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: (<http://ocnihb.cz/zeleny-zakal/co-je-zeleny-zakal/>)*

*Okamžik [online]. 2016 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: [http://www.okamzik.cz/main/okamzik/O\\_nas/index.html](http://www.okamzik.cz/main/okamzik/O_nas/index.html)*

*Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o. p. s. [online]. Praha: Dědina, o. p. s., 2010, 2008 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <http://www.dedina.cz/barva/socia.html>*

*Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. Praha [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/rozsirene\\_hledani\\_sluzby.do?zn=&zao=&pic=&zak=&spd=&spo=&zaok=&sbmt=Vyhledat&zau=&pn=&scs=18&si=&srp=pdaz&sfp=3&SUBSESSSION\\_ID=1561639847059\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/rozsirene_hledani_sluzby.do?zn=&zao=&pic=&zak=&spd=&spo=&zaok=&sbmt=Vyhledat&zau=&pn=&scs=18&si=&srp=pdaz&sfp=3&SUBSESSSION_ID=1561639847059_1)*

*Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR [online]. 2019 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <https://www.sons.cz/onas>*

*Šance dětem: Rodina dítěte se zrakovým postižením [online]. 3.1.2019 [cit. 2019-07-01]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-se-zrakovym-postizenim/rodina-ditete-se-zrakovym-postizenim.shtml>*

*Tyflokabinet České Budějovice, o. p. s. [online]. [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <http://www.tyflokabinet-cb.cz/brail.htm>*

*Tyfloservis, rehabilitace nevidomých a slabozrakých [online]. 2005 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: <http://tyfloservis.cz/sluzby-pro-zrakove-postizene.php>*

*Veronika.sovova.sweb.cz/optika [online]. [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: [http://veronika.sovova.sweb.cz/f\\_9r/optika.htm](http://veronika.sovova.sweb.cz/f_9r/optika.htm)*

*WikiSkripta/refrakční-vady [online]. 2019 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: [https://www.wikiskripta.eu/w/Refrak%C4%8Dn%C3%AD\\_vady](https://www.wikiskripta.eu/w/Refrak%C4%8Dn%C3%AD_vady)*

*WikiSkripta/vady-oka [online]. 2018 [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: [https://www.wikiskripta.eu/w/Oko\\_\(biofyzika\)/Vady\\_oka](https://www.wikiskripta.eu/w/Oko_(biofyzika)/Vady_oka)*

## **Právní předpisy**

Zákon o sociální službách 108/2006. Sb.

Vyhláška č. 505/2006, § 35 zákona o sociálních službách

## **Summary**

Comprehensive rehabilitation of people with visual impairments is a matter of social work. I tried to give an overview of the services offered to people with visual impairment in a comprehensive rehabilitation. Diploma thesis on the topic of Rehabilitation of people with visual impairment is divided into first and final parts. The first part contains definitions of social rehabilitation, visual impairment and who is visually impaired. I focused on organizations providing social rehabilitation to people with visual impairments. The last part contains interviews with workers and clients from a facility focused on social rehabilitation.