

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Obor: Aplikovaná etika

**Etické aspekty péče o osoby s těžkým
postižením zraku**

Autor práce: Mgr. Jana Grubrová

Školitel: doc. PhDr. Zdeněk Pinc

Praha 2012

Prohlašuji, že jsem tuto disertační práci zpracovala samostatně s použitím uvedených pramenů a literatury.

Práce nebyla využita k získání stejného ani jiného titulu.

V Praze dne 30. 9. 2012

Jana Grubrová

Bez trpělivého vedení, odborných a metodických rad by tato disertační práce nemohla vzniknout. Moje velké poděkování proto patří především školiteli, doc. PhDr. Zdeňku Pincovi, pracovníkům Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze a dalších fakult, dále zaměstnancům organizací věnujících se práci ve prospěch osob se zrakovým postižením a všem, kdo se ochotně zúčastnili výzkumu v praktické části.

Jana Grubrová

Abstrakt

Předložená disertační práce je věnována etickým aspektům života osob s těžkým zrakovým postižením. Poslední dobou v tyflorehabilitační oblasti, stejně jako například v lékařství, bývá upřednostňován partnerský model spolupráce mezi poskytovatelem a příjemcem služeb. V rámci etického uvažování bylo třeba zohlednit stav mravů ve společnosti, např. historický vývoj zájmu o osoby s těžkým zrakovým postižením, tradiční přístupy k nim, přetrvávající předsudky, oblast morální, což se v praxi promítá do postojů a hierarchie hodnot determinujících chování, stejně tak jako oblast právní, tedy prameny a stav zákonů relevantních pro život osob se zrakovým handicapem.

Teoretická část čtenáře seznamuje se základní terminologií používanou v oboru speciální pedagogiky, sociální práce a dalších souvisejících oborech. Zaměřuje se také na teoretická východiska etiky aplikované v oboru tyflorehabilitace, legislativní zakotvení pomoci sociálního státu a zohledňuje spirituální rozměr lidské osobnosti a jeho význam pro akceptaci zrakové vady.

Praktická část obsahuje kvantitativní a kvalitativní výzkum zaměřený na vnímání a hodnocení zrakového handicapu osobami intaktními a osobami s těžkým zrakovým postižením. Usiluje o definici vlivu spirituality jedince na akceptaci těžkého zrakového postižení. Tvoří tak praktické vyústění teoretické části práce a obsahuje detekci hlavních etických dilemat v oblasti tyflorehabilitace.

Klíčová slova:

Zrakové postižení, tyflorehabilitace, etika v tyflorehabilitaci, akceptace vady

Abstract

The submitted thesis deals with ethical aspects of the life of people with severe visual impairment. Since recently, likewise e.g. in medicine, the partner model of cooperation between the social services provider and the receiver is also preferred in the blind and visually impaired rehabilitation, the present state of manners in society was necessarily considered within the ethical deliberation, e.g. the historical development of the interest in people with severe visual impairment, traditional approaches to them, persisting prejudices, the moral field, which in practice project into attitudes and behaviour determining value hierarchy, as well as into the legal field, i.e. into sources and the situation of social legislation relevant for visually impaired people's lives.

The theoretical part informs the reader about the fundamental terminology used in special pedagogy, social work and other related branches. Further, it focuses on the theoretical ethical resources applied to the field of the blind and visually impaired rehabilitation, the help of the welfare state embodied in the legislation, and it takes into account the spiritual dimension of the human personality and its significance for the visual impairment acceptance.

The practical part contains the quantitative and qualitative research focused on visual handicap perception and evaluation by the intact persons and persons with severe visual impairment. It aims to define spirituality influence of an individual on severe visual impairment acceptance. This is creates the practical conclusion of the theoretical part and contains the detection of the ethical dilemmas in the blind and visual impairment rehabilitation.

Key words:

Visual impairment, tyflorehabilitation, ethics in blind and visually impaired rehabilitation, visual impairment acceptance

Úvod	8
1 Základní pojmy a souvislosti	10
1.1 Nemoc a zdraví	11
1.2 Kvalita života	12
1.3 Handicap	16
1.4 Defekt	18
1.5 Invalidita	19
1.6 Impairment	20
1.7 Tyflorehabilitace, zrakové vady, osoba se zrakovým postižením	21
1.7.1 Klasifikace zrakových vad a jejich důsledky	22
2 Stigma a stigmatizace, kompenzace, destigmatizace, akceptace	30
2.1 Stigma a stigmatizace	30
2.2 Akceptace vady a kompenzace	38
2.2.1 Specifika akceptace zrakových poruch získaných v dospělosti	43
2.2.2 Ztráta zraku jako krizová situace	44
2.3 Těžké postižení zraku a spiritualita	54
2.3.1 Víra, spiritualita a klíčové otázky lidského života	54
2.3.2 Role církve v oblasti péče o osoby s postižením	58
3 Teoretická a historická východiska etiky v sociální práci s osobami s těžkým zrakovým postižením	64
3.1 Křesťanství a judaismus jako základní východisko pro etiku v sociální práci ve prospěch osob s těžkým postižením zraku	64
3.1.1 Exkurs - Výklad příběhu slepého Bartimaia (Mk 10, 46 – 52)	69

3.2	Tradice péče o osoby s těžkým zrakovým postižením v České republice	74
3.2.1	Počátky institucionalizované péče o osoby s těžkým postižením zraku na území České republiky - Alois Klar (1763 – 1833)	76
3.3	Lidská práva a osoby s postižením	78
3.4	Osoby s těžkým postižením zraku a současná česká legislativa	82
3.4.1	Konvence o biomedicíně	84
3.4.1.1	Historie a obecná východiska konvence	84
3.4.1.2	Účinnost konvence a právní řád ČR	87
3.4.1.3	Konvence a lidé s postižením	88
3.4.1.4	Dostupnost a přiměřenost kvality péče	90
3.4.1.5	Informovanost a souhlas	92
3.4.1.6	Osoby s mentálním postižením	95
3.4.1.7	Význam konvence	97
4	Praktická část	98
4.1	Teoretická východiska výzkumu	98
4.2	Východiska výzkumu	101
4.3	Výzkumy realizované v minulosti	102
4.3.1	Handicap a společnost (KEHÁROVÁ, 1992)	103
4.3.2	Tolerance obyvatel ČR, Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR, 1995 - 2007	105
4.3.3	Průzkum odborného sociálního poradenství pro zdravotně postižené, 2009	108
4.3.4	Výzkum rehabilitačního a rekvalifikačního střediska pro nevidomé v Praze 6 Dědině, 2010	110
4.4	Cíle výzkumu	113
4.5	Výzkumný rámec	115
4.5.1	Stanovení hypotéz	115
4.6	Použité metody výzkumu	116
4.7	Kvantitativní výzkum	117
4.7.1	Východiska dotazníkového šetření, skupiny respondentů	117
4.8	Postup vyhodnocení výzkumu	123
4.9	Vyhodnocení dat kvantitativní části výzkumu	123
4.9.1	Akceptace různých typů vad	125
4.9.1.1	Akceptace vad intaktními osobami	126
4.9.1.2	Akceptace vad osobami se zrakovým postižením	128
4.9.2	Míra odstupe k osobám s postižením	130
4.9.2.1	Míra odstupe intaktních respondentů k osobám s postižením	130
4.9.2.2	Míra odstupe osob s těžkým zrakovým postižením k ostatním osobám s handicapem	133
4.9.3	Hypotetická akceptace vady	134
4.9.3.1	Hypotetická akceptace vad intaktními osobami	135
4.9.3.2	Hypotetická akceptace vad osobami se zrakovým postižením	136
4.9.4	Reakce a pocity při setkání s osobou se zrakovým postižením	139
4.9.5	Těžké zrakové postižení a integrace na trhu práce	142
4.9.6	Náboženská víra a akceptace vady	143

4.9.7	Informovanost o tyflohabilitačních aktivitách organizovaných církvemi	146
4.9.8	Názor na vhodnost angažovanosti církví v tyflohabilitačních aktivitách	147
4.10	Vyhodnocení výsledků kvantitativního výzkumu pomocí korelační analýzy dat	150
4.11	Kvalitativní výzkum	152
4.11.1	Metoda rozhovorů	152
4.11.2	Názor respondentů na vztahy intaktních osob a osob s těžkým zrakovým postižením v závislosti na politických změnách po roce 1989	154
4.11.3	Hodnocení možností pracovního uplatnění před rokem 1989	157
4.11.4	Současná situace osob s těžkým zrakovým postižením na trhu práce	160
4.11.5	Současná tyflohabilitace	162
4.11.6	Náhodná pomoc osobám s těžkým zrakovým postižením	163
4.11.7	Zapojení církevních organizací do tyflohabilitačních aktivit	165
4.11.8	Studium dokumentace – existující etické kodexy	166
4.12	Shrnutí výsledků výzkumu, komparace a ověření hypotéz	168
4.13	Vymezení eticky dilematických oblastí v tyflohabilitaci	176
	Závěr	180
	Literatura	182
	Seznam příloh	192

Úvod

Zrak je jedním z nejdůležitějších a nejčastěji používaných smyslů. Využíváme jej při práci, během volného času, a to zcela samozřejmě. Mnohá onemocnění oka, která dříve způsobovala vážné poruchy vidění, jsou dnes bez jakýchkoliv následků léčitelná. Některá přes veškerou oftalmologickou péči z nejrůznějších důvodů léčit nelze.

Na Zemi žije v současné době asi 135 milionů osob s těžkým zrakovým postižením, z toho 40 milionů nevidomých. Zatímco v zemích třetího světa se odhaduje počet osob s těžkým zrakovým postižením na 8% z celkové populace, v Evropě, Severní Americe a Austrálii se jedná pouze o 0,25%.

I v rozvinutých zemích, paradoxně především v souvislosti s prodloužením lidského věku a možnostmi prenatální a neonatologické péče, dochází ke zvyšování počtu osob, jejichž zrak je vážně poškozen, a zároveň také roste počet osob, u nichž se zrakové postižení vyskytuje v kombinaci s další vadou nebo vadami. Dnešní neonatologická péče pomáhá přežít dětem se stále nižší porodní hmotností. Právě u nich se poměrně často lze setkat s vyšší pravděpodobností vážného nedovyvinutí nejen životně důležitých funkcí, ale například také zraku. Přes veškerý pokrok v medicíně se stále vyskytují choroby, u kterých žádná korekce ani operativní zákrok nemůže ztracený zrak navrátit.

Těžké postižení zraku existovalo v dějinách a s největší pravděpodobností bude realitou i v době dalšího rozvoje moderní medicíny. Stejně tak jako je přirozené, že se lidé rodí a umírají, patří k životu i existence nemocí a nejrůznějších postižení. K jedincům odlišným od ostatních právě z důvodu postižení nelze nezaujímat určitý postoj, neboť i jejich odmítání a vyloučení ze společnosti nebo bagatelizace a ignorování existence postižení jsou již nepopíratelným vyjádřením vztahu a velmi konkrétního postoje.

Těžké zrakové postižení je závažnou skutečností v životě jedince, kterou je třeba zohledňovat v běžném sociálním kontaktu,

pedagogickém působení, rehabilitaci, sociální politice, zdravotní politice, legislativě apod. Všechny uvedené oblasti tvoří širší základnu pro celostní pochopení etiky. Proto se zde předkládaná práce věnuje různým možnostem přístupu ke stigmatu spjatému s těžkým postižením zraku ze širšího pohledu, než jaký by umožňovala oftalmologie, speciální pedagogika nebo sociální práce.

Teoretická část je, kromě vysvětlení základních pojmů v první kapitole, věnována problematice stigmatizace z důvodu zrakového postižení, etickým aspektům akceptace vady a teoretickým východiskům komprehenzivně pojaté tyflorehabilitace. Pojednává se také důležitost spirituální složky lidské osobnosti pro akceptaci těžké poruchy zraku. Praktická část obsahuje kvantitativní a kvalitativní výzkum zaměřený na akceptaci těžkého zrakového postižení a přesah do oblasti vztahů osob intaktních a osob s handicapem. Kvantitativní a kvalitativní výzkum dokládají důležitost akceptace vady a její nutné předpoklady a vliv na kvalitu života osob s těžkým zrakovým postižením. To vše přináší v životě osob s postižením a v souvislosti s nabízenými službami řadu eticky dilematických otázek. Jejich detekce je jedním z cílů zde předkládané práce.

1 Základní pojmy a souvislosti

Význam slov není něčím statickým a neměnným. Závisí na aktuálním sociokulturním zasazení a dobovém kontextu jejich používání a významu. Zvláště v humanitních vědách je možné setkat se s pojmy, jimž sice všichni rozumíme, ale jejich chápání může být mnohdy rozdílné. Nejinak je tomu v terminologii používané v etice. Především snad proto, že všichni máme jakési předporozumění hodnocení dobrého a zlého chování, stejně jako vědomí, že zlé se dělat nemá, zatímco dobré je naopak chvályhodné a doporučované.

Cílem následující kapitoly je proto jasné vymezení referenční skupiny, o níž pojednává zde předkládaná práce, a vysvětlení pojmů používaných v souvislosti se zrakovým postižením. Historie významových posunů vypovídá mnohé o sociálním zařazení osob s postižením v konkrétním historickém období a zahrnuje etické aspekty vztahu intaktních osob k minoritě osob s postižením, a to konkrétně osob se zrakovým postižením.

Z následujícího textu vyplývá rozdílnost chápání různých termínů, a mnohdy nejednotnost v jejich používání v odborné literatuře týkající se problematiky z úhlu pohledu rozličných věd (etika, lékařství, sociologie, sociální práce, pedagogika apod.).

Nejprve se zaměříme na obecnější pojmy, na nichž závisí terminologie týkající se osob s těžkým zrakovým postižením, a v některých případech i osob s postiženími dalšími. Pojmy používané v odborné speciálně pedagogické literatuře jsou z lingvistického hlediska poměrně nové. Jejich používání v českém jazyce se ustalovalo spolu s vývojem speciální pedagogiky jako samostatného oboru v naší zemi, tedy zhruba od šedesátých let dvacátého století. Přesto se setkáváme místy s odlišnostmi v jednotlivých pojetích a nejednotností definic.

1.1 Nemoc a zdraví

Některé termíny jsme zvyklí používat nejčastěji v duálním kontextu, tedy souvislosti významu slova a jeho opozita. Definice pojmových dvojic bývají často takto provázané. Typickým příkladem je často používaný pojem zdraví a nemoc. V tomto případě se zároveň jedná o pojmy s úzkým vztahem ke speciální pedagogice a odborné tématice osob s těžkým zrakovým postižením, případně postiženími dalšími.

Chceme-li definovat zdraví, automaticky se setkáváme s pojmem nemoc jako jeho přesným opakem. Světová zdravotnická organizace (dále SZO) definuje zdraví jako stav celkové tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen pouze nepřítomnost nemoci – „*state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity*“ (Encyclopedia of Health&Aging, s. 590). Jedná se zřejmě o nejnámější a velmi často používanou definici, která má, stejně jako další definice, svá pozitiva i slabiny. Představuje zdraví jako kladnou a obecně žádoucí hodnotu a zohledňuje i jiné stránky zdraví než tělesnou. Opomíjí však subjektivní rozměr zdraví vyjádřený v angličtině slovem „*illness*“. Tedy stav, kdy přímo nemusí být diagnostikována žádná nemoc, ale přesto se člověk z mnoha důvodů necítí dobře a jeho stav nelze definovat jako zmíněnou bio-psycho-sociální pohodu, ať již ze zcela subjektivních nebo objektivních příčin. (KŘIVOHLAVÝ, 2001).

Uvedená definice explicitně nevyjadřuje spirituální rozměr lidské osobnosti, který se na zdraví bezpochyby podílí a v posledních dvaceti letech je mu v odborné diskuzi přikládán náležitý význam. Ať již ji chápeme v klasickém smyslu jako náboženskost nebo v obecnějším pojetí jako duchovnost. Dnes se hovoří již často také o rozměru ekologickém, tedy nakolik žije člověk jako součást přírody a jaké vlivy jej v oblasti životního prostředí determinují. Absence zmínky o spirituálním rozměru lidského zdraví je dána dobou vzniku

termínu samotného a také posláním organizace, na jejíž půdě vznikl. Z povahy a poslání SZO jako civilní mezinárodní organizace je zřejmé, že spirituální rozměr zdraví nemá pro její poslání zásadní význam. Proto bývá zmíněná definice často doplňována, aktualizována a nahlížena z jiných úhlů pohledu.

Z českého termínu *nemoc* samotného vyplývá, že se skládá ze slovního základu *moc* a popření moci, jednoduše tedy absence moci. Současná společnost podléhající vlivu reklamy je exkluzivně zaměřena na sílu, dosažení výkonu, prosperitu a osobní úspěch. Zdraví zde ovšem tvoří nutný, a někdy opomíjený, předpoklad. Nemoc je pak implicitně i explicitně nežádoucí vlastností.

Diferenciace zdraví a nemoci je kulturně, historicky, sociálně a psychologicky determinována. Přitom se často nejedná o ustálené charakteristiky, ale z velké části o odraz aktuálních názorů rozšířených ve společnosti na téma zdraví a nemoc. Laické názory a jimi ovlivněné celospolečenské nálady týkající se osob nějakým způsobem odlišných od ostatní populace, tedy nemocných nebo osob s postižením, tvoří základ pro hodnotící vztahy, postoje, s jejich složkou kognitivní, emocionální, i jednání motivující. V jejich jádru se sice mnohdy mohou skrývat základy odborných stanovisek, ty však nebývají pro formaci převládajících nálad a postojů k osobám s postižením, případně nemocným, zdaleka tolik signifikantní. Určující a lidské chování formující vliv často tvoří postoje iracionální, silně emotivně zabarvené a rezistentní ke změnám, tedy předsudky. (VÁGNEROVÁ, HADJMOUSOVÁ, ŠTECH, 2004).

1.2 Kvalita života

Kvalita života je termín popisující složitý rámec popisující objektivní situaci lidí, kde je prostor také pro subjektivní vnímání vlastního stavu. Proto tento často používaný termín objasníme v následujícím textu. Objasním i další pojmy, s nimiž se v souvislosti

s handicapem setkáváme a mnohé z nich významově kolísají, např. při jejich užití v různých vědách nebo historických epochách.

Životní pohoda byla od nepaměti předmětem úvah o člověku, zpočátku samozřejmě v rámci filozofie, a to už ve filozofii antické, případně i v nejstarších písemných historických pramenech. Snaha rozum užívajícího člověka směřovat k dobré životní praxi byla definována jako základní cíl směřování jeho existence. Platón důsledně odděluje dobro a zlo podobně jako zdraví a nemoc jako dva zcela odlišné stavy těla, které zcela zásadně ovlivňují jeho tíhnutí a směřování. (PLATÓN, 2005). Na antické filozofii je pak založeno celé západoevropské myšlení, kterým jsme všichni ovlivněni a je jím determinováno vše, co jsme se naučili vnímat jako opravdové životní štěstí a dobro. Rovněž dnešní člověk tíhne k dosažení stavu životního štěstí. Lidská historie a chování lidí stojí často na jiných než ryze vědecky vysvětlitelných faktech, jak se jimi zabývá psychologie, sociologie nebo dokonce současná ekonomika.

Kvalita života jako pojem sociálního lékařství a hodnotící kritérium, které kromě medicínských aspektů věnuje pozornost také psychologickým, sociálním a některým dalším podmínkám jednotlivce, začala být v odborné literatuře reflektována zhruba od poloviny dvacátého století. Na rozdíl od definice zdraví totiž kvalita života zohledňuje další podstatné skutečnosti. Především pak subjektivní hodnocení vlastní kvality života a celkový stav člověka. Například právě situaci, v níž se nacházejí osoby s těžkým zrakovým postižením, nelze považovat za nemoc, ale ať už z důvodů psychologických nebo sociálních, ji také nelze adekvátně označit jako zdraví. Podobně je tomu u osob s chronickým onemocněním. Právě proto se zohlednění širšího hlediska postupně stalo nutností.

Chronická nemoc, stejně jako postižení, jsou faktory provázející danou osobu dlouhodobě, takže se nejedná o náhle vzniklý přechodný stav. Typické je střídání období atak choroby a období remisí, kdy příznaky onemocnění ustupují. Proto především u osob s chronickými chorobami a osob s postižením přestává vyhovovat pouze rozlišení zdraví a nemoci a hovoří se o kvalitě života. Jak by

bylo možné potom definovat stav osoby, která sice trpí chronickou chorobou, ale momentálně je nemoc ve fázi remise, takže momentální pohodu jedince nijak nenarušuje?

Podobně lze chápat i celkový stav osoby s postižením, které je trvalého charakteru, a přesto daná osoba může prožívat spokojený život, v němž se odráží její tělesný, duševní, sociální i duchovní stav. Proto vyvstala potřeba rozšířit objektivní hodnocení soustředující se na fyzický, psychický a sociální stav jedince o komplexněji pojaté hodnocení lidské existence založené nejen na objektivně zjiitelných, ale především na zcela subjektivně vnímaných charakteristikách. Postupně se rozvinula celá řada metod hodnocení kvality života.

S rozvojem a specializací humanitních oborů souvisí výskyt uchopení pojmu kvality života pod specifickým úhlem. V nejobecnější rovině odborného diskurzu je kvalita života většinou velmi dobře chápána intuitivně. Vzniklo mnoho teorií zachycujících kvalitu života. Jedna z nejnáročnějších a zároveň nejstručnějších je ta, která chápe kvalitu života jako celkové a subjektivní hodnocení vlastního bytí. V zájmu vědeckého výzkumu a možnosti komparace byla vytvořena pětice posuzovaných kritérií vztažených k tématu kvality života (v anglicky psané literatuře *health related quality of life*):

- oblast fyzického stavu (únava, bolest apod.)
- funkční zdatnost (kapacita pro zvládání běžných denních aktivit)
- emocionální stav (nálada, deprese, úzkost apod.)
- sociální situace (vztahy v rodině, na pracovišti, materiální zabezpečení, zaměstnání apod.)
- existenciální a duchovní oblast (smysl života, smíření, odpuštění apod.) (KŘIVOHLAVÝ, 2002)¹

Psychologie se zaměřuje ve svém hodnocení kvality života na subjektivní pocit štěstí daného člověka, autoakceptaci, osobnostní

¹ V České republice se o zavedení škál měření kvality života do zdravotnictví zasloužil nejvíce psycholog Jaro Křivohlavý.

rozvoj, stanovení životních cílů, nalézání smyslu života, integraci do života, autonomii a sociální aspekt života.

Vztáhneme-li kvalitu života na oblast sociálně pedagogických služeb pro osoby se zrakovým postižením, je na první pohled zřejmé, že fyzický stav je kritériem pro posouzení kvality života, ovšem nikoliv kritériem jediným nebo nejdůležitějším. Veškeré snahy o integraci této minoritní skupiny obyvatel nelze omezovat na momentální uspokojení základních potřeb a řešení nejkřiklavějších problémů skrze efektivní kompenzaci handicapu. To by znamenalo omezení na tělesný stav osob s postižením. Je třeba pečlivě posuzovat dopad postižení a z něho plynoucích omezení na život člověka jako celek. V tom spočívá praktický význam vědeckého zpracovávání tématu životní pohody a hodnocení kvality konkrétních osob. Výsledky studií na téma kvality života se poměrně masivně začaly objevovat ve druhé polovině dvacátého století, a jsou nepochybným přínosem pro oblast zdravotnictví, sociálně pojaté medicíny a sociálních služeb. Reflektují totiž zájem o naplňování toho, co bychom mohli označit jako životní pohoda v celé její komplexnosti.

Náročná životní situace, jakou bezesporu ztráta zraku nebo narození zrakově postiženého dítěte je, ovlivňuje pocit subjektivní pohody, a zároveň vykazuje známky stability bez ohledu na další životní okolnosti, s nimiž bude nadále spolupůsobit. Člověk se cítí dobře, pokud nalézá smysl svého bytí, upíná se k smysluplnému cíli a jeho postupné naplňování mu přináší uspokojení. Jedná se přitom vždy o hodnocení života z různých hledisek, podstatnou roli hraje právě onen zmíněný subjektivní náhled dané osoby na zdravotní stav, vnímání bolesti, pocit spokojenosti s vlastním životem, jeho naplněním, úrovní seberealizace apod. (KŘIVOHLAVÝ, 2002). V oblasti služeb pro osoby se zrakovým postižením je v ohledu zájmu o pohodu života neustále mnohé zlepšováno, ale půjde zároveň o neustálý proces vývoje a snah.

V angličtině se setkáváme s výstižným termínem „*well-being*“. Tento termín se také stal součástí definice zdraví, jak ji prezentuje SZO. Volně přeloženo do češtiny jde o stav, kdy je člověku

dobře, cítí se spokojen a prožívá pocit životní spokojenosti či pohody. (PAYNE, 2005, s. 289). Tato formulace momentálního stavu jedince snad nejpregnantněji vystihuje komplexní problematiku kvality lidského života. V ní obsaženém smyslu je navíc život chápán jako výsledný produkt všech životních okolností. Koresponduje se skutečností, že na život člověka má vliv vždy celý komplex faktorů, a chápeme-li člověka jako komplexně pojatou bytost zasazenou do rámce mnoha okolností, nelze se omezovat pouze na objektivně zjištělá fakta. Neméně důležitou roli hraje interakce člověka a jeho prostředí. Svět, v němž žijeme a jehož jsme součástí, prošel částečně vlivem lidské činnosti velkými změnami, které zase zpětně ovlivňují zdraví jednotlivců. Jedná se o již zmíněný a explicitně deklarovaný ekologický rozměr lidského bytí. (ANDREWS; WITHEY, 1976).

1.3 Handicap

Handicap, česky znevýhodnění, znamená v původním slova smyslu a podle přesného překladu „*ruka v klobouku*“. Anglický termín „*Hand in cap*“, se nejprve používal ve sportu, konkrétně dostihovém. Objevuje se kolem r. 1827, tedy v době, kdy speciální pedagogika ještě neexistovala jako samostatná věda. Pedagogika byla součástí filozofie a vzdělávání osob s handicapem nebylo v té době natolik nosnou myšlenkou, aby aspirovala na vlastní vědeckou disciplínu.²

Na termínu handicap v původním smyslu je zajímavé, že neoznačoval deficit daný nedostatkem, ale kupodivu pravý opak: úmyslné znevýhodnění silnějších. Šlo o označení losu, který určoval v dostihu větší zátěž pro trénovanější a starší koně. Tak měly být vyrovnány startovní podmínky. Možnosti těch silnějších byly záměrně omezeny. To proto, aby byla dána příležitost i těm, jejichž možnosti

² Poněkud jiný výklad etymologie slova handicap „*hand in cap*“ uvádí KOMÁREK, 2005, s. 89 – „*ruka v čepici nastavovaná při žebrotě*“. Ve speciálně pedagogické literatuře je však standardně uváděno spojení „*hand in cap*“ v souvislosti se sportovními závody.

nejsou s ohledem na ostatní účastníky stejné. (VÁGNEROVÁ, HADJ MOUSSOVÁ, ŠTECH, 1993).

Ve speciální pedagogice se pojmu handicap začalo užívat v přeneseném smyslu k označení trvalého znevýhodnění, tělesné vady, obecně postižení působícího zátěž. Nikoliv tedy nevýhoda, kterou by dobrovolně podstupoval ten, kdo by mohl být považován za znevýhodněného. Handicap znamená nevýhodu jako skutečnost působící oslabení a omezení možnosti něco provádět stejným způsobem nebo stejně efektivně jako ostatní. Znamená jisté, a to většinou nezaviněné znevýhodnění oproti ostatním. Zcela logicky handicap výkon některých činností znesnadňuje nebo znemožňuje. Člověk bez handicapu má, laicky vnímáno, náskok před tím, kdo žije s handicapem. Od člověka s handicapem ho odlišuje právě to, že jeho schopnosti a možnosti jsou determinovány faktem postižení.

Je třeba mít na paměti, že na počátku každého rozvíjejícího se vědeckého směru, stejně tak jako praktických snah zajištění péče pro osoby s handicapem, se setkáváme s terminologickou nevyhraněností. Pro handicap bylo používáno v minulosti mnoho různých označení. Například v období první republiky, v počátcích odborné česky psané literatury z oblasti somatopedie, běžně používán termín *mrzák*, v případě aplikace termínu u dětí, *mrzáček*.³ Ve společnosti k nim panoval odstup, o němž svědčí m. j. i skutečnost, že institucionální snahy o výchovu a vzdělávání osob s tělesným postižením jsou datovány až na počátek 20. století. Zatímco tehdejší první *Ústav pro hluchoněmé* v Čechách byl založen již roku 1786, nebo *Ústav pro slepé* v roce 1804, v roce 1871 *Ústav pro idioty* a v roce 1883 *Ústav pro mládež mravně ohroženou*. Jednání s osobami tělesným postižením bylo někdy až obhroublé, nebyla jim přiznávána prakticky

³ Začátek 20. století v České republice byl dobou velkého rozkvětu sociálního lékařství. Od roku 1908 začal v Praze fungovat „*Spolek pro léčbu a výchovu rachitiků a mrzáků*“ jako první odborný spolek orientující svoji činnost ve prospěch osob s tělesným postižením. První český ústav pro děti s tělesným postižením založený roku 1913 chirurgem a zakladatelem české rentgenologie a radiologie, MUDr. Jedličkou, dodnes známý a provozovaný jako Jedličkův ústav, byl od prvního ředitele a velkého českého pedagoga, Františka Bakule, zprvu označován jako „*Sanatorium pro zmrzačené děti*“ nebo „*Český ústav pro mrzáčky*“. (TITZL, 1998).

žádná práva, a nezřídka byli považováni za parazity společnosti. Jedinou možností zajištění jejich obživy bývalo žebrání. Velkým propagátorem změn v této oblasti byl prof. Masaryk, který na konci 19. století varuje před sociálním rizikem, kdy se z dětských mrzáčků stávají dospělí žebráci. (TITZL, 1998).

Pojmu *mrzák* a *mrzáček* se postupně přestalo používat, neboť může mít velmi pejorativní konotace a etymologicky vyjadřovat vztah k faktu postižení. Slovní základ tvoří adjektivum *mrzký*, což znamená protivný, nepříjemný, ten, kdo někoho mrzí.

1.4 Defekt

Jako synonyma k pojmu handicap se někdy používá slova defekt, dle přesného překladu latinského slova *defectus* znamenající nedostatek nebo úbytek. Speciální pedagogika se především díky Františku Sovákovi v době Československé socialistické republiky vyvíjela jako defektologie. *Defekt* byl v česky psané literatuře definován dosti výstižně jako „*to, co činí z člověka stíženého defektem člověka defektního, je porucha celistvosti, která se projevuje v poruše společenských vztahů*“. (SOVÁK, 2000, s. 57). Citovaný autor ještě uvádí, že ne každý defekt nutně vede k defektivitě. Ta je charakterizována vlivem vady na společenské soužití (výrazná souvislost se sociologií a sociálním soužitím vůbec). Dnes by mohlo být spíš otázkou, zda je vůbec možné v době, kdy se rapidně zvýšila závislost člověka na ostatních, definovat postižení bez společenských konotací.

Termín *defekt* sám o sobě není jasně vymezen, a tak může jít o defekt orgánový, kdy je orgán z důvodu vývojové anomálie, choroby nebo úrazu poškozen. Na základě toho nemůže již fungovat tak, jak tomu bylo do doby vzniku takové situace. Může se ale také jednat o defekt funkční, kdy se nejedná o poškození tkáně, ale orgán nefunguje z nějaké jiné příčiny. V oftalmologii může jít např. o poruchu převodního systému nebo korového centra pro vidění, kdy oční bulbus

je sice bez patologických změn, a přesto zrak jako celek není plně funkční.

Různé úhly pohledu na jednotlivé typy postižení zakládají nové obory, které mnohdy stojí na pomezí lékařství a sociálních věd. V oblasti péče o osoby se zrakovým postižením může být typickým příkladem vznik specializovaného oboru nazývaného *sociální oftalmologie*. Jedná se o obor očního, respektive sociálního lékařství, jehož kořeny jsou dobře známy z počátku 20. století v Čechách. Integruje v sobě nauku o příčinách vzniku očních vad způsobujících poruchu vidění, genezi slabozrakosti, případně praktické nebo absolutní slepoty a jejich dopad na život jedince. Nezůstává ovšem pouze u zjištění vyvolávajících příčin, ale snaží se nalézt optimální možnosti rehabilitace, využití zachovaných zrakových funkcí, použití kompenzačních pomůcek a optimálních způsobů péče a sociální podpory osob se zrakovým postižením. Tím vším je sledován cíl zvýšení kvality života osob s těžkým zrakovým postižením, tedy možnosti integrace, vhodného pracovního uplatnění, seberealizace a samozřejmě vybudování jistého sociálně-ekonomického statutu. Kromě problematiky očních vad se sociální oftalmologie zaměřuje také na účinnou prevenci, ochranu zraku ve školách a na pracovištích. Sociální oftalmologie studuje také ohrožující faktory a snaží se od mládí vychovávat jedince k takovým návykům, které chrání zrak před negativními vlivy. Podle nastíněného širšího pojetí zrakové vady dnes naštěstí pracuje mnoho sociálních zařízení a sdružení pro pomoc osobám se zrakovým postižením a ve své práci aplikují komprehenzivní přístup k tyflorehabilitaci.

1.5 Invalidita

S termínem invalidita, příp. invalida se v současné době setkáváme nejvíce v systému sociálního zabezpečení potřebných osob. Ovšem i u tohoto pojmu lze nalézt posuny v jeho chápání. Slovo samotné pochází z latinského slova *invalidus* = slabý, nezdravý. Asi

do poloviny 19. století se pojem invalidní používal ve zúženém smyslu nezpůsobilosti k vojenské službě. Později začala být invalidita chápána jako dlouhodobé nebo trvalé omezení výkonu určitých činností, především pracovních, a na základě toho i omezení možnosti výdělku. V současné době invalidita znamená omezení v oblasti pracovní schopnosti: „Člověk částečně nebo zcela nezpůsobilý k práci zpravidla pro tělesnou vadu způsobenou úrazem, nemocí apod.“ (KLIMEŠ, 2005, s. 317).

Termíny *invalida* nebo *invalidita* jsou dnes používány hlavně v oblasti legislativy pro účely stanovení nároku na finanční dávky pro osoby nezpůsobilé práce. Zde není rozlišení příčiny nezpůsobilosti důležité a někdy ani eticky přípustné.

1.6 Impairment

Společně s pronikáním cizojazyčné terminologie do české odborné literatury se lze setkat s označením faktu postižení anglickým termínem *impairment*. Vyjadřuje existenci blíže nespecifikované vady. V česky psaných textech nebo mluveném odborném jazyce není používán dlouhou dobu a není zatížen žádnými negativní pocity.

Impairment je termín označující jakékoliv poškození nebo abnormalitu v komprehenzivním smyslu (psychologické, fyziologické nebo anatomické odchylky struktury nebo funkce). Jde tedy o široce vymezenou oblast takových stavů, jejichž důsledkem může být objektivně pojaté definování choroby (disease). (KEBZA, 2005). V obecně orientovaných pojednáních nevzniká nutnost věnovat pozornost specifické formě příčiny onemocnění samého a *impairment* je v tomto směru dostatečně vypovídajícím vymezením, bez ohledu na stupeň nebo příčinu daného postižení nebo nemoci.

1.7 Tyflorehabilitace, zrakové vady, osoba se zrakovým postižením

Nelékařskou péčí o osoby s těžkým postižením zraku je možno nahlížet z mnoha různých stanovisek. Podle toho, na jakou oblast klademe důraz, pojmenováváme jednotlivé obory. Nevyhneme se prolínání poznatků a terminologie z nejrůznějších oborů.

Věda o speciální výchově a vzdělávání osob se zrakovým postižením se nazývá tyflopédie (z řeckého tyflos = slepý; paideia = výchova, výuka). Z překladu řeckých slov je patrné, že se jedná vlastně o nepřesný pojem, neboť naprostá slepota je spíše vzácným jevem. Častěji se setkáváme s různými stupni zrakových vad. Používá se proto také termínu oftalmopedie (z řeckého oftalmos = oko), který zahrnuje poněkud širší význam speciální pedagogiky specializované na osoby s různými zrakovými poruchami. V literatuře se dnes běžně setkáváme jak s pojmem tyflopédie tak oftalmopedie, a to ve stejném významu. Z hlediska oftalmopedie není za osobu se zrakovým postižením považována každá osoba s poruchou zraku, nýbrž jen taková, které i přes optimální zrakovou korekci vada způsobuje problémy v běžném životě. (SOVÁK, 2000).

V současné době se často používá termínu tyflorehabilitace. Obsah pojmu odvozeného z řeckého tyflos je popsán výše, rehabilitací rozumíme obnovení původního stavu orgánu nebo jeho funkce, případně odstraňování následků postižení. Původně byla rehabilitace doménou zdravotnických oborů, ale postupně se stala průřezovou oblastí spojující poznatky z oboru psychologie, pedagogiky, sociální práce, legislativy apod.). V oblasti péče o osoby se zrakovým postižením převládla komprehenzivně pojatá snaha o začlenění jednotlivce do většinové společnosti a vyrovnání jeho možností se schopnostmi osob bez postižení. (KÁBELE, 1988; JESENSKÝ, 2007).

Terminologie používaná v tyflorehabilitaci musela již mnohokrát za svoji poměrně krátkou historii mnohá z používaných označení upravit. Nezřídka se tak děje na základě etických kritérií, neboť jednotlivé termíny mají tendenci infiltrovat do běžného jazyka a postupně získávat pejorativní nádech. Dalším neméně podstatným motivem pro terminologické změny je celkový pohled na lidskou osobnost a vliv sociologie jako nehodnotící vědy. Lidská osobnost je chápána jako komplex mnoha faktorů, holisticky jako bio-psycho-sociální jednota. Primární je právě člověk sám o sobě, přičemž momentální stav zdraví nebo nemoci, případně postižení, je pouze akcidentem. Lidský život je hodnotou sám o sobě a jednotlivé humanitní vědy odkazují na různé aspekty jeho bytí.

Na přelomu 20. a 21. století je na základě výše uvedených důvodů preferován termín *osoba s postižením* před dříve používaným slovním spojením *postižený člověk*. To platí obecně pro osoby s jakýmkoliv typem postižení. Stejně tak pojednává-li současná odborná literatura o osobách s postižením zraku, nepoužívá již spojení „*zrakově postižený člověk*“, ale častěji „*člověk se zrakovým postižením*“. Lépe je tak vystižena skutečnost, že se nejedná o kvalitativně jiný typ člověka, ale pouze o osobu s potřebami, které mohou být vzhledem k faktu postižení dosažitelné odlišným způsobem než u osob intaktních. Podstatný je důraz na jedinečnost lidské osobnosti, definování jejích potřeb, ale nikoliv způsob jejich naplňování. Osoby s postižením nejsou chápány jako pasivní objekty, na které je třeba působit, aby se začlenily do života společnosti. (TITZL, 2000).

1.7.1 Klasifikace zrakových vad a jejich důsledky

Zrakové vady je možné dělit podle různých hledisek, a to podle poškození konkrétní zrakové funkce. Kritérií, z nichž lze při stanovení stupně poškození vycházet, je mnoho. Činnost zrakového analyzátoru zahrnuje několik složek, a teprve jejich součinností vzniká prostorové

vidění jako předpoklad bezpečné orientace a pohybu v prostoru. V literatuře se zpravidla hovoří o následujícím rozdělení zrakové činnosti:

- 1/ rozeznávání (dále lze rozeznávání dělit na schopnost rozlišení kvantitativní a kvality světla, tvaru objektu a prostorových vztahů objektů)
- 2/ uvědomování si viděného a reakce na viděné.

Vyšetření zraku se vždy zaměřuje na důkladné zjištění stavu jednotlivých složek, které hrají pro celek zrakového vnímání klíčovou roli:

- zraková ostrost
- zorné pole
- barvocit
- adaptace na tmou
- hloubkové vidění
- okulomotorika. (JEŘÁBEK, 1985)

Zrak může být postižen v kterékoliv své složce, případně formou kombinace vad na úrovni jednotlivých složek zraku. Navzdory přesně definovaným zrakovým funkcím a možnostem jejich dílčího vyšetření je typické, že běžná populace mnohdy nevnímá a nehodnotí úroveň zachovaných funkcí vidění nebo stupeň jejich ztráty, ale zaměřuje se na omezení a z něj plynoucí důsledky v praktickém životě. (JEŘÁBEK, 2004; JEPPSON-GRASSMAN, 1987.) Jakékoliv postižení zraku s sebou přináší významné sociální aspekty.

Existuje mnoho onemocnění očního aparátu, která mohou v různé míře ohrozit kvalitu vidění. Je přitom nutno vzít v úvahu, že každé poškození zraku jedince nějakým způsobem omezuje, cílem optimální korekce je tedy eliminace nepříznivých dopadů vady na život jedince. Pro život osoby se zrakovým postižením je většinou nejdůležitějším faktorem konkrétní forma jeho omezení v každodenním životě, např. schopnost orientace v neznámém prostředí, kontrola vlastního pohybu, rozeznávání tvarů, předmětů a

osob, možnost vykonávání běžných domácích prací a každodenních úkonů péče o sebe (souhrnně schopnost sebeobsluhy).

Pro posouzení dopadu konkrétní vady na život jedince je třeba vyhodnotit stupeň zachování jednotlivých zrakových funkcí. V této oblasti SZO stanovila doporučující kritéria, která si jednotlivé státy rozpracovávají většinou pro účely svých legislativních předpisů a posuzování zdravotního stavu, resp. stanovení stupně invalidity. Používá k tomu dvou základních ukazatelů:

- nejlepší zraková ostrost na lepším oku
- rozsah zorného pole.

SZO stanovuje klasifikaci pro rozlišení zachované zrakové ostrosti následujícím způsobem:

1/ normální zrak – visus do hodnoty⁴ 6/18

2/ zrakové postižení – visus v rozmezí 6/18 – 6/60

3/ vážné zrakové postižení – visus 6/60 – 3/60

4/ slepota – visus nižší než 3/60. Jako slepotu navíc doporučuje definovat SZO omezení rozsahu zorného pole pod 10 stupňů.

Konkrétní přístupy k osobám s postižením zraku v oblasti sociální práce jednotlivých států vyplývají z legislativního vymezení závažnosti zrakové vady v jednotlivých zemích. (KUCHYNKA, 2000).

V České republice se většinou setkáváme s následujícími klasifikací a těmito používanými termíny:

Slabozrakost

Slabozrakost je definována jako „*ireverzibilní pokles zrakové ostrosti*“. Podle většiny autorů zahrnuje pokles zrakové ostrosti na lepším oku na hodnoty 6/18 až 3/60 (včetně). Proto se z praktických důvodů dále rozlišují její tři stupně: lehká, střední a těžká slabozrakost. O těžké slabozrakosti hovoříme v případě, kdy visus je i

⁴ Visus je vyjádření hodnoty zrakové ostrosti zlomkem, přičemž číselník znamená vzdálenost v metrech, z jaké vyšetřovaný četl a ve jmenovateli je vzdálenost, z jaké by danou velikost textu mělo přečíst zdravé oko. Ideální zrakovou ostrostí by tedy byla hodnota 6/6.

za předpokladu dioptrické korekce nižší než 6/18 na lepším oku. Zatímco u osob s lehkou a střední slabozrakostí lze většinu běžných činností provádět bez použití speciálních postupů a postačuje pouze správná dioptrická korekce zraku, u skupiny osob s těžkou slabozrakostí je třeba v oblasti sociální práce vyvíjet metody, které by odpovídaly možnostem jejich zachovaného zrakového vnímání. Důležitým momentem je etika služeb poskytovaných osobám s těžkou slabozrakostí. (KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, 2000)

Nevidomost

V případě nevidomosti hovoříme o ireverzibilním poklesu centrální zrakové ostrosti pod hodnotu 3/60 až po zachování světlocitu. Naprostá ztráta zraku, kdy ani není zachován světlocit, se nazývá amauróza, a jedná se o jev spíše vzácný. Většinou se setkáváme ve větší či menší míře s tzv. zbytky zraku, které umožňují rozeznávání světla od tmy, lokaci světelného zdroje, rozpoznání přítomnosti velkého předmětu v těsné blízkosti ap. Ani zde však nepanuje shoda v klasifikaci a používané terminologii, takže je možné setkat se s velmi různými typy dělení, přičemž jde mnohdy o kombinaci klasifikace z hlediska medicínského a hlediska speciálně pedagogického nebo sociálního. V zásadě lze ale říci, že v souvislosti s nevidomostí se můžeme setkat v literatuře i praxi s různými pojmy:

Praktická slepota

Termín praktická slepota je značně rozšířen a hojně používán. V definici praktické slepoty hraje roli míra zachování zrakové ostrosti a zorného pole, ale spíš z hlediska jejich vlivu na omezení v každodenních činnostech. Osobě postižené praktickou slepotou brání vada v běžné orientaci v prostoru a znesnadňuje provádění běžných úkonů sebeobsluhy. Visus se pohybuje pod hodnotou 3/60, případně se jedná o redukci zorného pole pod 10% normálu.

Skutečná slepota

Rozumíme jí pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 při zachovaném světlocitu, případně zachovaném zorném poli v rozsahu 5 stupňů a méně.

Totální slepota

Může jít o již zmiňovanou amaurozu bez jakýchkoliv zachovaných zrakových funkcí nebo zachování světlocitu, ovšem s chybnou projekcí světelného zdroje. (KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, 2000). Osoba s totální slepotou není schopna rozlišit světlo od tmy, případně jí toto rozlišení činí neúměrně velké potíže a nerozezná přítomnost ani obrys velkých předmětů z bezprostřední blízkosti. Na rozdíl od předcházejících typů slepoty tedy nelze nikterak spoléhat na zbytky zraku, nelze je ani rozvíjet a používat v oblasti orientace v prostoru a sebeobsluhy.

Z pohledu sociální práce je důležitá klasifikace hodnotící poškození zraku vzhledem k dopadu na každodenní život jedince a zvládání běžných životních situací. Zde je možné setkat se s termínem sociální slepota (KVAPILÍKOVÁ, 1999). Ta je definována poklesem zrakové ostrosti v rozmezí visu 6/60 – 3/60, tj. částečně již v pásmu těžké slabozrakosti a výše definované nevidomosti. Jak termín sociální slepota sám napovídá, dopady takové vady spočívají především v míře závislosti osoby, a z toho plynoucí nutnosti pomoci vidících osob při obstarávání základních potřeb. Míra samostatnosti je

dále determinována věkem osoby se zrakovým postižením, jeho celkovým duševním i somatickým stavem a schopností adaptace na zhoršené životní podmínky.

Důležitým hlediskem pro hodnocení důsledků poškození zraku, a to dosti zásadním pro život osoby s těžkým zrakovým postižením, je vývojové období, v němž došlo ke vzniku závažného zrakového poškození. Rozlišují se vady:

- vrozené (zahrnují vady prenatální, perinatální a postnatální)
- získané.

Podstatnou roli u velkého množství závažných poruch zraku hraje dědičnost.⁵ V případě vrozených očních vad je již v průběhu nitroděložního vývoje položen základ pro budoucí poškození zraku. Za kritické období pro vývoj zrakového aparátu je považován 10. týden vývoje zárodku. V tomto období se z mozku oddělují buňky pro stavbu očních tkání. Zatímco matka nemusí zaznamenat žádné příznaky onemocnění, může vlivem viru nebo toxických látek dojít u plodu k ireversibilním anomáliím na očním aparátu. Nejznámější, a z hlediska plodu nejrizikovější, je onemocnění matky zarděnkami.

Výskyt zrakových vad je podmíněn také geograficky a historicky. Nejvyšší počet osob se zrakovým postižením žije v oblastech třetího světa (uvádí se až 8% populace), kde dosud nejsou rozvinuty možnosti léčby onemocnění, která mohou způsobit slepotu, ale v rozvinutých částech světa jsou s úspěchem léčeny. Typickým příkladem je šedý zákal - katarakta. Zatímco v rozvinutých zemích se její operace stala rutinní záležitostí, existují země, kde dodnes

⁵ K rozsáhlým výzkumům dědičnosti očních chorob docházelo v době druhé světové války. Oko považoval přední rasový hygienik, Otmar Vershuer, skrze svoji vědeckou činnost spojený s nechvalně proslulým J. Mengelem, za orgán nejlépe odrážející průběh dědičné patologie. Zaměřoval se proto na vyšetřování očních bulbů, zejména pak v případech dvojčat. Právě orgán zraku mu poskytoval nejvíce důkazů o vlivu dědičnosti v šíření chorob. Dle historických údajů žilo ve třicátých letech 20. století v Německu asi 33 000 nevidomých jedinců. (VERSCHUER, 1941, s. 143). Za příčinu slepoty považoval Vershuer v celé jedné třetině případů právě dědičnost. Výzkumný materiál mu z koncentračního tábora v Osvětimi zasílal jeho asistent, Dr. Mengele. Z hlediska etiky není bez zajímavosti, že později Vershuer uváděl, že opravdu netušil, odkud jemu zasílané výzkumné vzorky (oční bulby) pocházejí. (HILL-MÜLLER, 1989, s. 142).

způsobuje podstatné zhoršování zraku končící často oslepnutím. Na druhou stranu se vyspělé státy potýkají s očními chorobami, které se dříve nevyskytovaly a existuje předpoklad, že v budoucnosti se stanou závažným oftalmologickým problémem s přesahem do sociálního lékařství.⁶

Počet osob s těžkým zrakovým handicapem v České republice je běžně stanovován odhadem vycházejícím z procentuálního výskytu vad v populaci uváděných v zahraniční literatuře. Těžké postižení zraku se týká 0,6 až 1,5 % populace ve světovém měřítku; z toho pak vyplývá, že na území České republiky připadá zhruba 60 000 – 100 000 osob s tímto stupněm vady, což odpovídá procentuálnímu rozložení v české populaci 0,8 – 1 %. Počet osob nevidomých v České republice je asi 0,3 % z celkové populace. (KOCUR, Oftalmologie. Medicína, 2002 in VÁGNEROVÁ, 2008). Počet nevidomých žijících na území naší republiky se pak pohybuje okolo 7 000 – 12 000 osob. (Koncepte činnosti Sjednocené organizace nevidomých a

⁶ Typická je v tomto směru věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) postihující 10% populace osob starších 65 let. V současné době se v České republice vyskytuje asi u 515 000 obyvatel, což je srovnatelné s výskytem diabetu. Podle prognóz během následujících pěti let dosáhne počet osob s věkově podmíněnou makulární degenerací celkového počtu 280 000. Znamená to, že každému dvacátému občanu České republiky hrozí praktická slepota způsobená právě touto nemocí. Přesto je riziko VPMD stále poněkud podceňováno. Nemoc spočívá v odumírání pigmentových buněk, kapilár cévnatky a zevních segmentů smyslových buněk, což může znamenat vznik praktické slepoty v průběhu týdnů či měsíců. (KOLÁŘ, 2008).

Za vyvolávající vlivy VPMD jsou považovány faktory genetické, imunologické a civilizační. Jak název choroby napovídá, vyskytuje se u osob ve vyšším věku. Jedná o nejčastější příčinu ztráty zraku u seniorů významně ovlivňující kvalitu života. Zvláštní je, že výskyt VPMD je daleko častější u bílé rasy, zatímco u černochů je spíš výjimečný. Celý průběh nemoci je značně složitým procesem, který je v současné době v centru zájmu mnoha odborníků. Dostupná je zatím pouze symptomatická léčba. Pomocí laserové terapie doplněné podáváním antioxidantů a kortikoidů je možné vývoj choroby zastavit, nikoliv ji však zcela vyléčit nebo jí předcházet. (ERNEST; HEJSEK; NĚMEC; REJMONT, 2010).

slabozrakých České republiky po jejím 2. celostátním shromáždění, 1998, s. 6).

Pro práci s osobami s osobami se zrakovým postižením je důležité vědět, podle jakých měřítek mohou být poruchy funkce očního aparátu klasifikovány. V jednotlivých klasifikacích jsou často velké rozdíly, a to nejen v mezinárodním měřítku, ale i v názorech jednotlivých autorů stejné národnosti. SZO stanovuje pouze základní kritéria pro posouzení míry poškození zraku. V roce 1980 nabídla rozlišení disease – impairment – disability – handicap. Tyto pojmy mají vzájemně příčinný vztah, tj. z onemocnění plyne poškození, z něho nezpůsobilost a jako poslední v řadě omezení.

Vysvětlili jsme řadu termínů, které se vztahují k problému postižení v životě člověka. Právě terminologie velmi dobře poukazuje na proměnlivost společenských nálad určujících vztah majority k osobám s handicapem v závislosti na konkrétních historických i místních podmínkách.

2 Stigma a stigmatizace, kompenzace, destigmatizace, akceptace

V případě smyslového postižení může jít o rychle zjistitelnou nebo přímo viditelnou odlišnost jedince. Aniž bychom si toho byli vědomi nebo si to dokonce přáli, při setkání jedince s postižením s osobou bez postižení vzniká okamžitě nerovný a nikoliv partnerský vztah.

Celospolečensky rozšířené postoje k osobám odlišujícím se od průměru, kterými osoby s těžkým zrakovým postižením jsou, podporují ze sociálně psychologického hlediska specifickou formu stigmatu a stigmatizace. Osoba mnohdy začne vykazovat takové vlastnosti a rysy, které se od ní očekávají, třebaže očekávání jsou vytvořena na základě ne zcela přesného porozumění nebo dokonce zcela iracionálních předsudků. To bývá nezdědka důvodem pro vyloučení jedince z plného společenského přijetí, čímž dochází ke zproblematizování seberealizace osoby s postižením v majoritní společnosti.

V občanském životě osoby se zrakovým postižením vytvářejí zvláštní typ specifické minority. Vlivem existence jakkoliv odlišné skupiny vzniká riziko napětí nebo přímo konfliktu s majoritou. Na této rovině je třeba chápat komplikovaný vztah osob prezentujících se jako zdravé a silné vůči těm, které se vzhledem k postižení mohou cítit jako slabší a zranitelnější a mnohdy takovými opravdu jsou. (TITZL, 1998).

2.1 Stigma a stigmatizace

Termín *stigma* začal být používán v antickém Řecku pro označení určitých tělesných znaků poukazujících na něco neobvyklého a špatného v morálním statusu nositele. Někdy byly

znaky neobvyklosti jedince úmyslně vytvářeny, což umožňovalo rychlé a jednoznačné zařazení člověka do určité společenské skupiny a jeho okamžitou a přesnou identifikaci. Šlo o jasné sdělení, že daná osoba je otrokem, zločincem nebo zrádce. To bylo výhodné, neboť každý věděl, jak s takovým člověkem jednat, rámcově znal jeho možnosti a své jednání uzpůsobil situaci. Případné setkání s odlišnou, dokonce morálně delikventní osobou, hrozilo ostatním poskvrnou, která by mohla být překážkou účasti na rituálech. Proto bylo výhodné o stigmatizaci viditelným způsobem informovat okolí.

Jak se u historicky používaných termínů často stává, došlo k mutaci pochopení smyslu slova stigma. V současné době je ve slovníku cizích slov vyloženo slovo stigma jako znak o něčem svědčící, ve smyslu medicínském pak jako označení, znak, známka. Metaforické chápání termínu stigma bylo posilováno vlivem křesťanství, se zjevnou reminiscencí k religióznímu významu stigmat jako tělesných projevů svatosti, jimiž byly obdařeny některé osobnosti považované za svaté. Jejich spojení s Bohem bylo stvrzeno fyzickými ranami podobnými těm, které utrpěl Ježíš Kristus v závěru svého pozemského života. Odtud pochází význam slova v náboženském smyslu, tj. jako tělesné projevy hluboké meditace o utrpení Kristově u zvláště disponovaných jedinců. (KLIMEŠ, 2005). Jedná se m. j. o pozoruhodný důkaz nekonzistentní změny chápání termínu původně znamenajícího negativní konotaci k jednoznačně pozitivnímu významu, a tím i zásadní změnu postoje k osobám se stigmatem.

V sociologicky zabarveném chápání termínu stigma je zohledněn historicky spíše pejorativní význam slova. Jedná se o „*zvláštní případ sociálního předsudku vůči určitým osobám, jimž jsou pak díky tomu připisovány různé negativní vlastnosti; v širším a používanějším smyslu apriorní negativní vlastnosti.*“ (heslo stigma : Všeobecná encyklopedie, 1998, s. 233).

Stigmatizace vyvolává určité stereotypní vzorce chování aplikované na konkrétní skupinu osob nesoucích stigma. Důležité je v tomto kontextu upozornit, že jakkoliv stigma většinou znamená apriorní přisuzování negativních vlastností, u osob se zrakovým

postižením se nezřídka naopak jedná o připisování někdy téměř až nadpřirozených darů a vlastností pozitivních nebo alespoň praktických: „*Lidé, kteří přicházejí do styku se slepci, chovají celou řadu přesvědčení, jež jsou v tomto stereotypu zakotvena. Vedení představou, že slepec má na rozdíl od jiných k dispozici zvláštní informační kanály, mohou se například domnívat, že jsou ve styku s ním podrobeni jakémusi jedinečnému posuzování.*“ (GOFFMAN, 2003, s. 198).

Zároveň lze v chování veřejnosti k osobám se zrakovým postižením nalézt i další typické znaky, a to nejen z hlediska hodnocení jejich vlastností. Citovaný autor na stejném místě výstižně konstatuje: „*Někteří lidé se zdráhají slepců dotknout či vést je za ruku, zatímco jiní zobecňují zaregistrovanou nevidomost v celkovou neschopnost do té míry, že na ně křičí, jako by byli hluší, nebo se je pokoušejí zvednout, jako by nemohli chodit.*“ (GOFFMAN, 2003, s. 198).

V celkovém pohledu na stigma a stigmatizaci z hlediska etiky hraje velmi podstatnou roli otázka po původci stigmatu. V souvislosti se stigmatem se setkáváme s otázkou osobního prokletí nebo dokonce trestu: „*Proč právě já?*“ Pokud někdo chápe těžké zrakové postižení jako trest za určité provinění, což je známé z historie⁷ a není vzdálené ani myšlení moderního člověka v sekularizované společnosti, jeho jednání bude zřejmě odlišné v případě, kdy za viníka označí osobu s postižením nebo někoho jiného. Pokud je postižení spojené s vlastní vinou, pak by náprava měla být očekávána právě od osoby s postižením. Pokud je ale příčinou jeho stavu někdo jiný, nápravu je třeba požadovat po viníkovi.

Okolo stigmatu a stigmatizace, snad poněkud překvapivě, skutečně vyvstává spojitost postižení a viny. Stigmatizovaný se může pokusit, a při možnostech moderní medicíny v tom bude jistě podporován, aby napravil objektivní základ vady, a například

⁷ Na některých místech Bible představuje slepota trest Boží, a to jak přímo tak nepřímo (Jan 9, 1; Sk 13, 11). Explicitně počítá s předpokladem provinění a trestu za ně. V přeneseném smyslu je slepota chápána jako následný trest za korupci a podplácení soudce (Ex 23, 8).

podstoupil operaci očí. Nemusí potom nutně nabýt zraku, nemusí dokonce vůbec dojít ke změně stavu jeho vidění, ale dojde k zásadní proměně chápání jeho osobnosti v očích ostatních lidí z majoritní společnosti. Učinil totiž kroky k tomu, aby byl jako ostatní, a tím se jim, skrze jasně deklarovanou snahu o nápravu handicapu, přiblížil.

V době, kdy je jedinec nucen zaujmout stanovisko ke své vadě a naučit se ji akceptovat, dochází u něho rovněž k přeformulování vztahu k osobám bez postižení. Krom toho se dostavuje také nutnost vytvoření nového vztahu k osobám se stejným typem postižení. Doložit lze tuto skutečnost skutečným případem pocházejícím z mojí praxe instruktorky prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením v Rehabilitačním a rekvalifikačním středisku pro nevidomé na pražském sídlišti Dědina:

Třiadvacetiletý František, frekventant 3. ročníku ČVUT, si v době před úrazem zakládal na svém postavení úspěšného studenta. Krom toho celkem úspěšně podnikal v oblasti výpočetní techniky a již v dobách studia míval nadstandardní příjmy. K osobám s jakýmkoliv typem postižení zaujímal odmítavý postoj, sám přiznává, že na ně pohlížel jako na méněcenné, neboť nemohou podávat takové výkony jako osoby bez postižení. Osobám s postižením dokonce přičítal jejich podíl viny na jejich situaci a vnímal jako nespravedlnost, že on jako zdravý je bez své vůle zapojen do systému sociálního a zdravotního pojištění, jehož uživateli jsou např. právě osoby s postižením, resp. osoby s chronickými chorobami. Na jejich léčbu, rehabilitaci a materiální zabezpečení tak musí i on, nedobrovolně, vynakládat nezanedbatelné finanční částky.

Při silvestrovských oslavách, společně se svými přáteli, František odpaloval zábavní pyrotechniku. Nešťastnou shodou náhod došlo k výbuchu, který nenávratně poškodil Františkovi zrak, zachován zůstal pouze světlocit.

V průběhu dvouměsíčního pobytu v nemocnici si František postupně uvědomoval, že jeho život již nikdy nebude stejný jako v době před vznikem zrakového postižení. Nezakrývá, že se zaměstnával i

sebevražednými myšlenkami, které končily zoufalstvím, že ani sebevraždu není schopen uskutečnit.

Následovala dlouhodobá rehabilitace zaměřená na kompenzaci zraku. Podstatnou roli sehrálo dosahování dílčích úspěchů, které se ovšem především sám František musel naučit hodnotit jako úspěchy. Jen na jejich základě byl schopen pokračovat v rehabilitaci.

Možnou reakcí stigmatizované osoby na vzniklou situaci je snaha dosahovat nadprůměrných výsledků právě v těch činnostech, které jsou z povahy handicapu nedostupné. U osob s těžkým postižením zraku lze často takovou tendenci pozorovat. Věnují se činnostem, jejichž výkon si bez zrakové kontroly lze jen těžko představit. Například lyžují, provozují horolezectví, mají mnoho zájmů, přátel, vykazují zvýšenou pracovní aktivitu, finanční úspěšnost nebo politickou angažovanost. Za tím může stát snaha o nápravu handicapu a zvýšení společenské prestiže samotné osoby s postižením, stejně tak jako vytvoření pozitivní představy o osobách s podobným typem postižení. Konkrétní osoba se, krom svých dalších úkolů, stane reprezentantem skupiny. Tím je možné realizovat konkrétním způsobem svoji kariéru a posilovat tak kladné sociální hodnocení, které je nutné pro zachování míry sebevědomí a pocit seberealizace. To se někdy skutečně zdaří, svědčí o tom např. proslulost některých osob s těžkým zrakovým postižením, jejichž životní příběhy bývají často beletristicky zpracovávány.⁸ Ne zcela příznivým dopadem „příběhů slavných slepců“ je automatické přisuzování jejich vlastností všem osobám se zrakovým postižením. V tomto případě by sice byl

⁸ Např. v naší národní historii je znám Jan Žižka jako statečný husitský vůdce, který zřejmě přišel při dobývání hradu Rábí v červnu 1421 o zrak, přesto se ale údajně nevzdal aktivní účasti na bojových aktivitách. To je z dnešního pohledu dost těžko pochopitelné a vyvolává to pochybnosti o skutečné ztrátě zraku, protože při tehdejších způsobech boje, kdy byl zrak zcela nepostradatelný, by nevidomý vojevůdce byl svému okolí na obtíž. Slyšel by sice válečnou vřavu, ale výsledek bitvy by nemohl vůbec ovlivnit. Dochoval se však příběh o tom, jak nenávisť strážný nevidomý Žižka ubil palcátem kališnického kněze nesoucího svátost oltářní. Jedná se o těžko pochopitelný a nebezpečný čin, provedený zřejmě v afektu, který vypovídá o možných psychických změnách, za nimiž mohla stát právě Žižkova slepota. (PEKAŘ, 1992, s. 211).

položen základ pro stigma v pozitivním smyslu slova a kladnou společenskou akceptaci osob s těžkým zrakovým postižením, ale stále se jedná pouze o druh podmíněného předsudku nereflektujícího realitu.

Ve společenském kontaktu mnohdy stigmatizovaný získá pocit, že je přísněji sledovaný okolím. Jak již bylo uvedeno, v případě osob s těžkým zrakovým postižením je dokonce jednou z funkcí dlouhé bílé hole informativní funkce, tzn. záměrné vyvolání pozornosti a ostražitosti pro náhodné kolemjdoucí, případně pro účastníky silničního provozu. V některých situacích je zvýšená pozornost na místě, což potvrzuje nutnost vytvoření žádoucí stigmatizace.

Pro osoby se stigmatem je důležité cítit sounáležitost se sobě rovnými a eliminovat úzkost ze setkávání se světem osob bez postižení, případně ulehčit si vstup do tohoto světa a usnadnit socializaci. Existuje také šance setkání se s okruhem sympatizujících osob. Může se jednat o osoby stigmatizované stejným způsobem, tedy o lidi stejné kategorie. Americký antropolog a sociolog Robert Murphy používá pro označení osob ze stejné skupiny stigmatizovaných výstižného termínu „zasvěcení“. Zasvěceným se stává ten, kdo je sám osobou se zrakovým postižením nebo se angažuje v aktivitách směřovaných k osobám s takovým typem postižení. Někdy se spolu se zahájením institucionální péče o osoby s postižením dostávají pocity nesvobody a pocit omezené možnosti volby. Ostatní klienti se rázem stávají spolutrpiteli, kteří se snaží nově přichozí informovat a poučit o tom, jak stigma nejlépe zvládat.

Socializace v jakékoliv sociální skupině není automatickým a jednorázovým aktem, ale procesem s jasně definovanými body. Nejprve dojde k osobnímu přerodu a poté je teprve potvrzeno „plné členství“. Zpravidla je možné v průběhu celého procesu identifikovat tři fáze. Zprvu jde o izolaci, kdy jedinec už nepatří do původní skupiny, ale také ještě není považován za člena skupiny nové. Je postupně začleňován, poučován, zasvěčován. Poté je nově socializován jako novic v nové sociální skupině a nakonec se znovu

integruje do společnosti jako nositel nové role. Mezi zasvěcovateli a novici platí nepsané hierarchické uspořádání. Typická je rovnost mezi novici, kteří zcela opouštějí předchozí postavení ve společnosti a zařazují se jako ti, kdo jsou na začátku a sbírají informace od těch zkušenějších, tj. již zasvěcených. (MURPHY, 2001).

Současně s postižením a společenskou odlišností vzniká pro jedince nová sociální role. Z ní plynou očekávání většinové společnosti. To je důležité si uvědomovat, protože jinak osoba s postižením nebude zcela respektována a nebude možná její integrace. Člověk s postižením si nebude jist, jaká očekávání jsou do jeho osoby ze strany společnosti vkládána. Každá z níže popsanych rolí v sobě zahrnuje aspekt, jehož je možno využít v procesu integrace, ale zároveň obsahuje i předpoklad, který jedince s postižením může od společnosti separovat nebo zkušenosti s osobami s postižením zobecňovat a vytvářet si o nich nesprávné předpoklady. Hlavními rysy nově vzniklé role jsou následující skutečnosti:

1/ Jedinec s postižením nebývá zpravidla považován za viníka vzniklého stavu. Zároveň s tím je chápán jako ten, kdo není schopen si sám pomoci a stává se tak závislým na pomoci ostatních.

2/ Jedinci s postižením jsou společností přiznávána jistá privilegia, případně bývá zbavován běžných povinností. Na druhou stranu je ale implicitně považován za neplnoprávného.

3/ Od člověka s postižením se všeobecně očekává, že se bude chtít uzdravit, případně integrovat se do společnosti tím, že sníží dopad svého postižení na běžné činnosti. Pokud toto očekávání není splněno, nevznikne prostor pro respektování a toleranci, neboť společnost si takové jednání vysvětlí jako ignorování jejích pravidel. (VÁGNEROVÁ, 1999).

Vyjmenované mechanismy se uplatňují v procesu výchovy a vzdělávání, tj. např. ve školním kolektivu mezi vidícími dětmi nebo ze strany pedagogů, a rovněž v pracovní kariéře jedince, v kolektivu zaměstnanců a ze strany nadřízených.

Při práci s osobami s handicapem se lze setkat s mnoha symboly stigmatu. Pro osoby se zrakovým postižením se například může stát typicky stigmatizujícím předmětem bílá hůl. Společností i osobami s postižením je jednoznačně chápána jako pomůcka slepce, člověka, který vůbec nic nemůže vnímat zrakem. Může docházet k mnoha nedorozuměním vyplývajících právě z konfliktu představ o nevidomém a faktickém stavu vidění člověka s bílou hůlí. Pokud například člověk bez odborných oftalmologických znalostí uvolní v dopravním prostředku místo k sezení člověku s bílou hůlí, bude zřejmě překvapen, možná i pohoršen, pokud tento člověk ihned po usednutí začne číst noviny. Podstatná redukce zorného pole skutečně znemožňuje plnohodnotnou orientaci v prostoru, ale nevylučuje možnost čtení běžně používaného písma v zachované části zorného pole.

Snad právě z jistého studu a obav z reakcí okolí je některými osobami s těžším zrakovým postižením používání bílé hole odmítáno, bez ohledu na negativní dopady a ohrožení vyplývající z tohoto rozhodnutí. Svědčí o tom následující exkurz, opět z mojí vlastní praxe:

Exkurz

Pětapadesátiletá žena s progresivní makulární degenerací je postižena postupným a pomalu progredujícím omezením zrakové ostrosti a zrakového pole. Její zrakové schopnosti kolísají během dne a různých typů osvětlení. Zatímco za dne, kdy je dobrá viditelnost a neoslňuje ji slunce, je schopna nejen rozeznat např. začátek schodiště, obrubník, ale dokáže přečíst i běžnou lupou zvětšený text, v šeru nerozpozná zrakem ani podstatné terénní nerovnosti.

Žena odmítá nácvik chůze s klapkami na očích s instruktorem, stejně jako používání bílé hole. Žije již dvacet let na stejném místě a všichni vědí, že nikdy bílou hůl nenosila. Bylo by jí proto trapné se objevit s markantní známkou oční vady, za kterou se stydí a nechce jí přiznat. Klapky na očích v ní navíc evokují očekávání, že

v budoucnosti opravdu dojde k úplné ztrátě zraku, a toho se samozřejmě velmi bojí. Takové představa je pro ni nepřijatelná, a proto odmítá se v doprovodu instruktora na ulici v místě bydliště s bílou holí objevit a běžně ji používat pro svoji bezpečnost i pro informaci okolí. Aby se vyhnula možné kolizi, upřednostňuje pomalé a neefektivní testování terénu špičkou nohy.

Výše uvedený příklad není v praxi instruktorů prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením nijak výjimečný. Přináší s sebou dilema mezi svobodnou volbou klienta (tj. nenechat se stigmatizovat jako „slepec“) a jeho bezpečností. Instruktor může pouze soustavným vysvětlováním a citlivým přístupem pomalu eliminovat obavy ze stigmatizace, jejíž hlavní těžiště však mnohdy nespočívá v sociálním okolí klienta, ale v představách osoby se zrakovým postižením.

Z výše uvedeného vyplývá, že jakkoliv může být stigmatizace chápána negativně, v některých případech k ní dochází automaticky a je dokonce potřebná. Usnadňuje rychlou orientaci při setkání s jinou osobou a adekvátní chování.

2.2 Akceptace vady a kompenzace

Téma této práce se neomezuje pouze na osoby nevidomé, ale zahrnuje také osoby s takovou poruchou zraku, která významným způsobem ovlivňuje život jedince ve všech oblastech. Dopady očních vad se týkají oblastí přesahujících hranice oftalmologie a týkají se společenského uplatnění, případně oblasti mezilidských vztahů a profesní kariéry. V oblasti tyflor rehabilitace je proto třeba aplikovat poznatky psychologie, sociologie, pedagogiky a andragogiky.

Mají-li být tyflor rehabilitační služby efektivní, je třeba rozlišovat mezi stupni poškození zraku a jejich psychosociálními dopady. Více než empiricky zjistitelná míra poruchy zraku ovlivňuje

kvalitu života osoby se zrakovým postižením akceptace vady, případně její non-akceptace.

Míra akceptace vady je podstatnou determinantou poskytovaných služeb, neboť práce s klientem, který svoji vadu akceptuje, je nesrovnatelně efektivnější a pro poskytovatele svým způsobem jednodušší než v případě jedince, u něhož se akceptace vady v takové míře nedaří. Je třeba se také vyrovnávat s předsudky a množstvím silně zakořeněných mýtů, které ve vztahu intaktní populace k osobám s těžkým zrakovým postižením existují.

Často opakovanou chybou je použití termínu zdravý člověk jako oposita pro člověka s postižením. Osoby se zrakovým postižením mohou být momentálně klinicky zdravé nebo nemocné, a to podle stejných kritérií, jaká platí pro ostatní. Zrakové postižení je fakt, který je součástí stabilního zdravotního stavu člověka.

O osobách s těžkým zrakovým postižením panuje mezi lidmi mnoho nepravdivých představ a předsudků. Ty zpravidla negativně ovlivňují osoby pohybující se mimo obor speciální pedagogiky, např. náhodné kolemjdoucí.

Pro osobu bez postižení zraku však bývá představa náhlé ztráty zraku nepředstavitelná a mnohdy neslučitelná s uspokojivou kvalitou života. V této oblasti se v posledním desetiletí staly velmi populárními tzv. kavárny potmě. Jejich myšlenka ve velké míře odhaluje podstatu etického chování obou skupin osob k sobě navzájem. Osobám se zrakovým postižením dává příležitost vykonávat smysluplnou činnost a stát se průvodci těch, kteří v běžném životě poskytují pomoc jim. Pro osoby intaktní je zkušenost déletrvajícího pobytu ve tmě, kdy jsou ke stolu dovedeni obsluhou, mají možnost vypít šálek čaje či kávy, osvěžit se zákuskem a bez jakýchkoliv zrakových vjemů posedět s přáteli, velmi silná nebo slovy nepopsatelná. Jeden vidící návštěvník kavárny potmě uvedl:

„Pro mě to byla úplně nová zkušenost. V první řadě mi šlo o to, že zažiju něco neobvyklého a zároveň přispěju na dobrou věc. Myslel jsem si, že je to mnoho povyku pro nic: co je na tom vypít si kafe se zavázanýma očima. Ale ve chvíli, kdy jsem neviděl nic a musel

jsem se spolehnout na neznámého člověka, který mě oslovil, nabídl pomoc, usadil ke stolu a tázal se, co si dám, jsem se cítil zcela bezmocný. Litoval jsem, že jsem si před návštěvou kavárny nedošel na záchod, nekontroloval, kde mám uložené jaké bankovky a mince apod. Uklidňoval mě jen tlumený hovor od vedlejších stolů a neviditelná přítomnost obsluhy, která se, na rozdíl ode mě, pohybovala s přehledem a samozřejmostí. Za úspěch jsem považoval to, že se mi podařilo nasypat do kávy cukr, zamíchat ji a vypít, aniž bych se umazal nebo opařil.“

V etické rovině se jedná o určité vyrovnání pozic, kdy intaktní osoba pociťuje potřebu být doprovázena osobou s postižením. Obě strany se ocitají v ne zcela obvyklé situaci a vzájemně na sebe nějak reagují a mohou si sdělovat svoje pocity nebo pouze zakusit roli „z druhé strany“.

Jak bylo naznačeno v první kapitole, krom totální slepoty existuje velké množství dalších závažných postižení zraku, které život člověka také zásadním způsobem ovlivňují. Při nejrůznějších osvětových akcích je možné vypůjčit si tzv. simulační brýle, které velmi přesně navodí stav vidění např. při centrálním nebo periferním výpadku zorného pole. Kvalitu vidění při těžké slabozrakosti lze jednoduše simulovat pohledem zdravého oka přes čtyřikrát přeloženou mikrotenovou fólii.

Velmi silně zakořeněným a ustáleným předsudkem je, že namísto chybějící možnosti zrakového vnímání jsou osoby s těžkým postižením zraku automaticky od narození vybaveny nadprůměrně vyvinutým sluchem, mají neobyčejné schopnosti v oblasti hudby a hry na hudební nástroje apod. Podobné předsudky většinou vznikají na základě představ vidících lidí, kteří nejsou nuceni okolní svět poznávat ostatními smysly, a tudíž nedochází k rozvoji jejich činnosti a citlivosti tak jako u nevidomých dětí v průběhu celého jejich vývoje. Domněnky laické veřejnosti o „šestém smyslu“ nebo o schopnosti na základě zabarvení hlasu poznat charakterové vlastnosti osobnosti neodpovídají skutečnosti. Jejich vznik je často podpořen tím, že

veřejnost zná spíš úspěšné nevidomé, kteří kompenzační funkce ostatních smyslů dovedli k dokonalosti. Pak může dojít i k nadprůměrnému rozvoji hudebního sluchu, a ten pak může sloužit jako zdroj obživy.

Vrozená zraková vada se stává podstatnou determinantou vývoje, tj. od počátku mění vztah dítěte s těžkým zrakovým postižením k okolnímu světu, k sobě samému, zakládá vztahy již touto skutečností předznamenané apod. V důsledku sensorické deprivace dochází k omezení kognitivních procesů. Vývoj ostatních smyslů, stejně jako komplexní evoluční proces jedince, směřuje ke kompenzaci chybějícího nebo vážně porušeného zraku. Adaptace a akceptace vady u osob s vrozenou nevidomostí je tím usnadněna.

Kompenzační funkce ostatních smyslů se u osob s vrozenou vadou stává přirozenou součástí kognitivních procesů a např. i hry jsou akustické nebo taktilní, takže především sluch a hmat jsou rozvíjeny při všech činnostech. Zvýšená pozornost k nevizuálním podnětům umožňuje nevidomému jedinci získat co nejvíce informací o okolním světě. Již velmi malé děti vyhledávají různé podněty a kontakty, jak sociální, tak kontakty se vším, co náleží ke hmotnému světu. Vývoj automaticky směřuje k rozvíjení poznávacích procesů a lidská psychika potřebuje pro svůj rozvoj neustále nové podněty. Bylo dokonce prokázáno, že jedinec ponechaný uměle bez jakýchkoliv vjemů (především sluchových, zrakových a hmatových) strádá a pokud tento stav trvá příliš dlouho, může vést ke ztrátě psychického zdraví.

Velké zátěži je v případě narození dítěte se zrakovým postižením vystaveno především nejbližší sociální okolí, v první řadě samozřejmě rodiče. Ti jsou vystaveni vysoké psychické zátěži spojené s narozením dítěte s těžkým zrakovým postižením, stejně tak jako rodiče dětí s těžkým zdravotním postižením obecně. Sociální práce musí reagovat na potřeby dítěte s těžkým zrakovým postižením, ale stejnou měrou také na potřeby jeho nejbližších. Pozdější výběr kolektivních výchovných zařízení, stejně tak jako volba budoucí

profesní kariéry probíhá s ohledem na fakt postižení. (VÁGNEROVÁ, 1992).

Získaná oční vada je naproti tomu pro jedince situací vzniklou většinou náhle a ve spojitosti s ní lze hovořit o náročné životní situaci neboli krizi. Jedinec je konfrontován s podstatně změněnými životními podmínkami a je třeba se na ně adaptovat. Proces vyrovnávání se s traumatizující skutečností není jednoduše popsatelnou záležitostí. Vzhledem k tomu, že zrakem získáváme 70 – 90% veškerých informací (BÖLKE, 1997), bývá ztráta zraku považována za trauma srovnatelné s takovou životní situací, která nastane např. po sdělení infaustní diagnózy nebo úmrtí blízkého člověka. Na druhou stranu má později osleplá osoba zkušenosti s vnímáním prostoru, a tak jí nečiní příliš velké obtíže učinit si o něm představu. Rovněž je zvyklá rozeznávat barvy, takže slova pro jejich označení nepovažuje za prázdné termíny. Oproti osobám s vrozenou oční vadou je samozřejmě podstatný rozdíl ve zkušenosti s kompenzací těžce postiženého zraku. Ostatní smysly nebyly v mládí používány v takové frekvenci a veškeré kompenzační mechanismy je třeba cíleně rozvíjet a nácvikem upevňovat. Je prokázáno, že soustavným tréninkem lze vytvořit některé specifické schopnosti, s nimiž se setkáváme především u osob s těžkým zrakovým postižením, např. pohyb prostorem bez zrakové kontroly, odhadování vzdáleností a úhlů a v neposlední řadě tzv. smysl pro překážky, který je vyvolán zřejmě souborem kompenzačních smyslových vjemů. (WIENER, 1998).

U laické veřejnosti je často možné setkat se s přesvědčením, že ztrátou zraku je vyloučena možnost dosažení přijatelné kvality života. Realita je poněkud odlišná: osoba s těžkým zrakovým postižením může vykonávat mnoho činností, které vykonávají ostatní, ovšem postupy je třeba přizpůsobovat ostatním smyslům a ne zraku, jak na to jsou zvyklí vidící lidé. To je pro vidícího člověka neobvyklé. Pokud u vidícího člověka uměle navodíme slepotu, získá většinou právě ono mylné přesvědčení, že nevidomý člověk je nesamostatný a zcela odkázán na cizí pomoc a péči. Tohoto dojmu nabývá pod vlivem

náhlého vyřazení zraku, bez předchozího tréninku kompenzační funkce ostatních smyslů a zkušenosti pohybu bez zrakové kontroly.

Jak u vidících tak u nevidomých platí, že pokud mají být činnosti dobře prováděny, je třeba je procvičovat a opakovat. Stanou-li se zautomatizovanými úkony, nepředstavují žádný problém a jsou prováděny se subjektivním pocitem jistoty, rychle a přesně. Podobně jako hru na hudební nástroj nebo vrcholový sport, jsou-li prováděny na profesionální úrovni, je třeba od útlého dětství pravidelně a systematicky opakovat a cvičit. (ČÁLEK, 1985).

2.2.1 Specifika akceptace zrakových poruch získaných v dospělosti

Dojde-li ke ztrátě zraku v dospělosti, jde v první řadě o náhlou změnu a krizovou situaci. V takové fázi rehabilitace většinou nezačíná. Až později si osoba, která ztratila zrak, uvědomí, že je možné využívat efektivněji ostatních smyslů a tím zrak kompenzovat, ačkoliv se zpočátku mohou vyskytovat problémy. Vidící člověk do značné míry nevědomě redukuje vjemy pocházející z ostatních smyslů, neboť je nepotřebuje. Tréninkem je možno sluchové i hmatové vnímání zkvalitňovat.

Odlišností mezi osobou užívající zrak a osobou nevidomou je víc. Hlavními odlišnostmi, jimž se pak snažíme přizpůsobovat všechny běžné činnosti, by bylo možné vymezit následujícími body:

1/ Výrazně větší rozsah využívání zbývajících smyslů.

2/ Pohybové schopnosti uzpůsobené absenci zrakové kontroly.

3/ Orientační schopnosti založené na jiných než zrakových podnětech.

4/ Nutnost využívání paměti ve větší míře než u vidících osob. (ČÁLEK, 1985). Někdy se hovoří až o přetěžování paměti, stejně jako o přetěžování sluchu, a v důsledku toho vzrůstající psychické zátěži.

Všechny uvedené body se pochopitelně daleko obtížněji aplikují do každodenní praxe v pozdějším věku, a to jednak proto, že chybí

předchozí adaptace, jednak proto, že v dětském věku proces učení postupuje daleko přirozeněji a snadněji než v dospělosti.

Zrakové vnímání podstatně ovlivňuje lidskou psychiku. Ne vždy je vidění optimální, což zase někdy zpětně dokazuje opačný vztah, tj. kvalita vidění je ovlivněna psychikou. S rostoucí únavou nebo nedostatkem spánku se zhoršuje zraková ostrost také u intaktních jedinců. Získané těžké postižení zraku je obrovskou psychickou zátěží vyvolávající stresovou reakci, podobně jako tomu je v případě dalších životních okolností, které narušují psychosomatickou rovnováhu organismu (úmrtí blízkého člověka, rozvod manželství apod.). Psychologie hovoří o náročných životních situacích vyvolávajících typickou reakci člověka. (ATKINSON, 2003). V následující kapitole popíši, jakého typu je vlastně krize způsobená ztrátou schopnosti vidět, jaké má fáze a jaké jsou možnosti adaptace jako základního předpokladu pro akceptaci vady.

2.2.2 Ztráta zraku jako krizová situace

V psychologii se setkáváme s mnoha teoriemi, které se snaží co nejpřesněji definovat krizi. Používá se k popisu všech situací, *„při kterých se něco dramaticky mění a tato změna je provázena negativními emocemi.“* (ŠPATENKOVÁ, 2011, s. 15). Může přitom jít o změny individuální, tak o změny v komunitě. V zásadě lze říci, že krizi lze chápat jako *„subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny.“* (VODÁČKOVÁ, 2002, s. 28). Důležitá je právě subjektivita vnímaného ohrožení. V definicích krize se setkáváme se širokým spektrem hodnocení tohoto stavu. Většina autorů se shoduje na tom, že krize je především neočekávaný, a tedy nežádoucí stav vzrůstajícího napětí, kdy přestávají fungovat automatické adaptační vzorce. Toto pojetí vychází z přírodních věd, které ze své praxe znají pouze zákonitosti a každá výjimka se nachází mimo oblast předpokládaného. Je tudíž narušením původního řádu. (BAŠTECKÁ; GOLDMANN, 2001, s. 240).

Řada osob s těžkým postižením zraku hovoří o situaci ztráty zraku nebo jeho náhlého zhoršení jako o zlomovém okamžiku, kdy člověk přehodnocuje a rozhoduje o základních existenčních názorech a hodnotách a setkává se s lidmi, s nimiž by se jinak nikdy nesetkal. Podobně o tom svědčí zkušenost mnoha osob, které prodělaly např. těžkou chorobu. (WIENER, RUCKÁ, 2006).

Zamysleme se krátce nad tím, co je vlastně v případě ztráty zraku spouštěcím mechanismem vzniku následné krize. Je jistě neoddiskutovatelným faktem, že ztráta nebo vážné poškození tak důležitého smyslového orgánu, jakým je zrak, přináší vedle mnohých omezení a změn v dosavadním životě také bolest. Na mysli máme především bolest psychickou, která člověka uzavírá do kruhu otázek. Proč k něčemu takovému došlo, proč se to muselo přihodit právě mně a strachu z toho, jakým způsobem (a jestli vůbec) bude možné se s novou situací vyrovnat a žít plnohodnotný život? Vystávají také otázky týkající se nejbližšího okolí postiženého: „Budou příbuzní a přátelé schopni vytrvat dále ve stejném vztahu k tomu, kdo je najednou jaksi „jiný“? Nebudou se raději taktně stranit a snažit se nejtřířit čerstvou ránu? Budou moci přijmout to, že je náhle potřeba jejich pomoci a podpory tam, kde se od nich nic podobného dříve neočekávalo?“

Člověk se nachází náhle sám ve změněné situaci, mění se jeho sebepojetí, není už jedním z mnoha, ale je on se svým postižením a společnost osob bez smyslové vady, které nikterak nevybočují z „normálu“. To je následek stigma, jak o něm bylo pojednáno. Změněná situace vyžaduje nová řešení, neboť navyklé postupy jsou náhle nefunkční. To je zesilováno také faktem, že společnost, v níž žijeme, se utrpení a bolest odmítá jako něco nepatřičného, co se neslučuje s životem úspěšných moderních lidí. Za úspěch je všeobecně považován život bez jakéhokoliv omezení, život zdravého, aktivního, šťastného a soběstačného člověka, tak jak jej často prezentují reklamy a jak je vyžadováno např. na trhu práce. S tím

přímo souvisejí hodnoty plynoucí ze seberealizace, profesního růstu a sociální schopnosti zajistit sebe i svoji rodinu.

Exkurz:

Pětačtyřicetiletý Vladimír s vrozenou makulární degenerací se v době, kdy měl zachovaný správný světlocit a projekci světla, vyjádřil následujícím způsobem:

„Nikdo vám neřekne, jak je to skvělé oslepnout. A pokud ano, tak to nemyslí vážně. Samozřejmě, chybějící zrak se dá nahradit sluchem a dalšími smysly, takže i bez zraku je možné relativně spokojeně žít. Nikdo a nic ale nenahradí pohled na vlnící se lán obilí v teplém letním vánku.

Na druhou stranu, kdyby mi někdo teď nabídl, jestli bych chtěl znovu vidět, spíš bych řekl, že ne. Za dvacet let, co postupně ztrácím zrak, došlo k tak rychlému rozvoji všech možných technologií, že si myslím, že bych to nezvládl vstřebat a nejspíš bych se z toho zbláznil.

Navíc, kdyby mě nepostihla tahle nemoc, tak bych se asi nikdy nedostal k hudbě na profesionální úrovni, protože by mě nic nemotivovalo, abych se snažil vyniknout. Možná bych hrál rekreačně, ale cvičit tak, abych mohl být učitelem na konzervatoři, to by se mi nechtělo. Slepota učí člověka trpělivosti a pěstuje houževnatost. Z tohoto hlediska je to vlastně přínos. Kdo ví, kde bych skončil s bezvadným zrakem.“

Těžké postižení zraku lze považovat za situaci tzv. situační krize, kde převládají faktory nacházející se mimo osobu člověka (stejně jako ztráta zdraví, ztráta životního partnera, ztráta zaměstnání ap.). První reakcí je většinou šok, pak se objevuje nutnost bojovat s krizovou situací dostupnými prostředky a vyrovnávat se s ní, a to zpočátku bez ohledu na to, zda jsou používané taktiky efektivní nebo eticky oprávněné. Na druhou stranu ale právě takové nepředpokládané události často vedou k významným kvalitativním posunům. V případě krize se nejedná o patologický stav, ale o odraz snahy jedince

vyrovnat se s náročnou životní situací. Dochází sice ke zřetelné, a mnohdy subjektivně velmi nepříjemně vnímané nerovnováze, která ovšem stimuluje člověka k jednání. Vyžaduje hledání nových adaptačních mechanismů, které by v jeho psychice opět navodily harmonii. Rozšiřují také možnost připravit se a snáze se vyrovnat s dalšími náročnými situacemi v budoucnosti. Znamená to, že v souvislosti s krizí může dojít k zásadním změnám, které by jinak byly blokovány, takže kromě ohrožení může být krize také příležitostí. (ŠPATENKOVÁ, 2011).

Popisu celého procesu se věnuje celá řada odborných publikací (ČÁLEK, 1988; ČÁLEK, CERHA, HOLUBÁŘ, 1992; JESENSKÝ, 1977; a další). Není bez zajímavosti, že zřejmě nejvýznamnější z nich pocházejí z pera českého psychologa, O. Čálka, čerpají z osobní zkušenosti autora a zachycují významné introspektivní prvky.

V případě získané vady je dospělý jedinec postaven před problém zrakového postižení, které se ho najednou týká bytostně. Akceptace postižení není záležitostí krátkodobou, probíhá vlastně po celý život. V zásadě lze říci, že podobně jako rodiče reagují na postižení svého dítěte reaguje i jedinec sám na informace týkající se přímo jeho. Vychází přitom ze svého osobního názoru na osoby s postižením, který si formoval po celý předcházející život.

Velký problém ve smyslu akceptace vady představuje oblast progresivních zrakových vad a jejich neoddiskutovatelný dopad na psychiku člověka. Společně se zhoršováním zraku se většinou rapidně zhoršuje i psychický stav člověka. Zvláště výrazné je to u některých vad, které mají proměnlivý vliv na kvalitu zrakového vnímání (např. diabetes). Po prvotním šoku může lékařská věda způsobit eliminaci potíží a výrazné zlepšení zraku. Z toho důvodu může být pacient v relativně dobré pohodě, protože zjistí, že medicína jeho vidění byla schopna zlepšit. Nabude tak téměř neomezené důvěry v moc medicíny. Euforie ze zlepšení zrakových funkcí bývá pochopitelně velmi silná, takže potlačí myšlenku na možnost dalšího zhoršování. To ovšem z povahy věci samozřejmě nastává, a to i po předchozím

přechodném zlepšení. Při každém dalším zhoršování tak slábne účinnost lékařských zákroků, což způsobuje depresi a zároveň opadá nadšení mocí lékařské vědy. To vrhá osobu do stále prohlubující se deprese. Na to se ovšem při soustředění na hlavní problém (zhoršování vidění) a při superspecializaci dnešní medicíny velmi jednoduše zapomíná.

Prožívání krize je dlouhodobý proces, u každého jednotlivce poněkud odlišný, avšak některé jeho základní rysy se dají označit za obecně platné. V následujícím popisu se pokusím zachytit hlavní rysy reakce člověka na krizi a sled fází spojených s akceptací náhle vzniklé krizové situace. V první řadě vyvolá u většiny intaktní populace myšlenku o konci aktivního a plnohodnotného života.

Skutečná míra postižení se zde dostává až na druhé místo, primárním se stává potřeba zvládnout krizi, jejíž trvání zvyšuje stres a zhoršuje celkovou situaci osobnosti. Se ztrátou zraku mohou také spolupůsobit další závažné životní situace týkající se např. sociálního zázemí jednotlivce (změna rodinného stavu, ztráta životního partnera, změny v profesním životě) nebo další faktory z oblasti zdravotního stavu.

Akceptace náhlé ztráty nebo zhoršení zrakových funkcí je interindividuálně variabilní. Není jednorázovým dějem, ale postupným procesem, který lze přirovnat k akceptaci jiné neblahé životní skutečnosti. Fáze akceptace těžkého poškození zraku obsahují prvky nevědomých mechanismů, jejichž účelem je zmírnění akutního stresu a eliminace dopadů na psychickou integritu jedince. Stejně jako u ego obranných mechanismů zde dominuje snaha o únik, tzn. pasivní řešení situace, nebo forma agrese jako model aktivního řešení. Únik ani agrese se neobjevují osamoceně, ale bývají manifestovány a formovány různým způsobem, který závisí na mnoha vnitřních a vnějších okolnostech. (ATKINSON, 2003).

Jelikož zrak hraje v životě člověka zásadní význam, domnívám se, že psychickou reakci na jeho vážné poškození nebo dokonce ztrátu lze analogicky odvodit z prožívání náročných životních situací. Podobná přirovnání používají i ostatní autoři u paralelních případů,

obecněji v případě krizové situace. Popis průběhu krize v odborné psychologické literatuře bývá shodný s popisy uvedenými v textech týkajících se thanatologie. Celosvětově proslulá a uznávaná autorka publikací o smrti a umírání Elisabeth Kübler Rossová, definovala pět na sebe navazujících fází, jimiž člověk prochází v situaci vážného onemocnění. Každou z nich charakterizuje typické duševní rozpoložení a typické otázky zaměstnávající mysl člověka. Jednotlivé fáze trvají různě dlouhou dobu a mohou se vzájemně překrývat.

Jako první v řetězci reakcí na situaci závažného onemocnění bývá **fáze šoku**. Jedinec je zcela paralyzován nově vzniklou situací, většinou není schopen na ni adekvátně rozumově reagovat. Nová situace v něm vyvolává zmatek. Ten, kdo zrak ztratil, vnímá svoji situaci jako křivdu a nespravedlnost nebo jako zlý sen, mnohokrát jej napadá otázka: „Proč zrovna já?“

Postupem času se snaží nové okolnosti pochopit a táže se po jejich příčinách. Snaží se o racionalizaci, ale paradoxně dochází většinou ke zpochybnění a odmítnutí. Nemoc tak začne popírat a bagatelizovat, považovat vše za nedorozumění nebo omyl. Uzavírá se do sebe a izoluje se od okolí. Přechází do fáze nazývané **popření**.

„Racionální“ vysvětlení ve fázi odmítání se často týkají možností léčby všemi dostupnými prostředky. Nemocný si neustále uchovává důvěru v pokrok medicíny a účinnost léčebných postupů. Odmítá připustit, že právě on je tím, kdo do konce svého života ponese všechny následky ireverzibilní poruchy zraku. Pozitivní dopad fáze odmítání tkví v motivaci ke snaze a odlehčení situace, na druhou stranu však jde o únik před realitou a izolaci. To je z hlediska dalšího vývoje neudržitelné, a proto většinou dříve či později dojde k přijetí skutečnosti, jakkoliv je obtížná. *„Odmítání, popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, jenž tlumí účinky nenadálé a šokující zprávy, dovoluje pacientovi trochu se sebrat a s postupem času také zmobilizovat v sobě jiné, méně radikální obranné strategie“*. (KÜBLER-ROSSOVÁ, 1993, s. 36).

V rámci poskytování podpory by nebylo rozumné přesvědčovat osobu se zrakovým postižením o tom, že ztráta zraku je

trvalá a její reakce je pouhým psychologickým manévrem. Popírání se může objevit i v dalších fázích reakce na ztrátu zraku, např. ve formě bagatelizace problému. Takové odmítání později nebývá již tak silné ani radikální jako na počátku.

Není možné neustále se přesvědčovat o tom, že daná situace je cizí a netýká se přímo dotyčné osoby. Proto bývá popírání vystřídáno jasným vědomím vzniklé situace: „Jsem to skutečně já, koho se týká ztráta zraku. Zlepšení již patrně nenastane, a tak budu muset žít s tímto handicapem.“ Odmítání a popírání je vystřídáno pocitem opuštěnosti a **zlosti**, přichází na řadu snaha o aktivní řešení situace – agrese. Nejčastěji se projeví jako verbální agrese, nevlídnost, egocentričnost ve vystupování, cynické poznámky, snížená míra tolerance, negativismus apod. Bývá hledán viník, osoba, proti které by bylo možno obrátit všechnu agresi. Zástupně se jím stává celé nejbližší okolí. Běžně dochází k obviňování lékaře a celého zdravotnického personálu. Je to dáno množstvím současně se vyskytujícími emocí. Společnost, v níž žijeme, neposkytuje mnoho prostoru pro vyjádření emocí, zvláště, pokud jde o emoce negativní, proto je velmi obtížné touto fází projít.

Na jedné straně stojí osoba se zrakovým postižením, na druhé se ocitli všichni ostatní (rodina, přátelé, zdravotnický personál apod.). Opuštěnost tkví v tom, že handicapovaný vnímá všechny lidi jako ty, jichž se jeho situace netýká, nebo se jich týká jen jako určitá kauza, s níž se setkávají ve svém zaměstnání a více je nezajímá. Mohou odejít za svými povinnostmi, odstoupit od handicapu a spokojeně prožívat svůj život. To osoba s postižením nemůže, a tak zůstává sama.

Všichni, kdo se snaží pomoci, jsou vnímáni jako neschopní a nekompetentní, případně aspoň málo empatictí, protože oni jsou přece zdraví a nemohou pochopit, co prožívá jen sám nově postižený. Každá forma pomoci je nedostatečná a pro konkrétního člověka nevyhovující, takže i pokusy o rehabilitaci bývají odmítány jako neefektivní. Osoba se zrakovým postižením neustále opakuje, že od

této chvíle je zcela nesamostatná a odkázaná na svoje okolí, na které se ovšem současně zlobí, čímž vzniká začarovaný kruh.

Fáze zlosti je značně psychicky zatěžující zejména pro okolí nově osleplé osoby. Není lehké snášet všechny projevy zlosti bez toho, že by se vytvořil negativní postoj k postiženému. Ten ale navíc jen zvýší jeho původní agresivitu a hněv. Zlost není rozhodně vyvolána osobními důvody, nýbrž je namířena proti všemu a všem, nejvíce proti nejbližšímu okolí. Další radou pro pomáhající je vytvořit pro nově postiženou osobu takové podmínky, kdy může sama o sobě rozhodovat. To se může týkat právě prvních drobných krůčků v rehabilitaci a přivykání na nově vzniklou situaci.

V předešlých dvou obdobích se významně měnil postoj k postižení. Nyní dochází ke kolísání a nejistotě mezi oběma póly a nastává tzv. **fáze smlouvání**. Objevuje se posun v ochotě ke kompromisu. Situace je sice nelehká a život již nikdy nebude takový, jako byl dřív, ale osoba se zrakovým postižením se zpravidla snaží najít pomoc v jiných oblastech a hledá východiska poněkud jiného typu. (HAŠKOVCOVÁ, 2002). Představuje největší posun v adaptaci, neboť připouští možnost kompromisu.

Někdy smlouvání připomíná jistou formu výměnného obchodu. Je zajímavé, že v této fázi většina lidí bez ohledu na náboženské vyznání jeví tendence uzavírat podobné obchody s Bohem nebo obecně transcendencí. Lidé nepomohli, cítí proto logicky potřebu obrátit se na vyšší moc. Na základě popsané výměny může vzniknout nezdravý náboženský nebo pseudonáboženský postoj. Podobně bývají vyvozovány i závěry, s nimiž se často setkáváme při obhajobě ateismu: „Kdyby byl Bůh, nemohl by to dopustit“. Navíc bývá zdůrazňovaná nespravedlnost, neboť lidé, kteří se nějak provinili, vedou celkem spokojený život, zatímco nevinní trpí. (BRANTSCHEN, J., B., 1994; KUSHNER, H., S., 2005). Z hlediska etiky počítající s osobní svobodou a odpovědností neobstojí argument, že ostatní lidé jsou přece také zatíženi nějakou formou osobní viny, možná ještě větší.

Osoba se zrakovým postižením vyžaduje od autority, případně vyšší moci, uzdravení, někdy by si je dokonce ráda vynutila jako své přirozené právo. Mnohdy nabízí určitou náhradu a případně její kompenzaci, např. formou závazku, příkladem může být zasvěcení života službě druhým, finanční dar na dobročinnost apod. V pozadí stojí de facto výměna a víra, že takové nabídky nemohou zůstat bez náležité odezvy.

Protože selhaly pokusy vzniklou situaci odmítnout, hněv se jevil víc jako kontraproduktivní, výměna se neuskutečnila a člověk se tváří v tvář setkává se svým postižením jako neodvratnou realitou. To samozřejmě může vyvolat pocity smutku, z něhož není východisko - přichází **fáze deprese**.

Hlavním pocitem je bezradnost a hluboké přesvědčení, že už skutečně neexistuje žádná pomoc. Mnoho později osleplých hovoří o tom, že v této situaci uvažovali o sebevraždě jako východisku, neboť by se nemuseli sami trápit a zároveň by nebyli na obtíž svému okolí.

V této fázi, stejně jako v předchozích, je třeba být osobě s postižením nablízku, nebagatelizovat její pocity a spíše jim nechat volný průchod, vyslechnout všechny důvody smutku a všechny obavy.

Poslední fází je dle Kübler-Ross **fáze pravdy**, neboli smíření. Člověk si pomalu vytváří nový vztah k sobě a ke světu, což v sobě zahrnuje také postoj k vlastnímu postižení. Smiřuje se postupně se svým stavem, zohledňuje omezení a soustřeďuje se na zbývající životní možnosti.. Akceptace skutečnosti postižení je předpokladem pro smíření. (KÜBLER-ROSS, 1993).

Krize, jakkoliv je subjektivním stavem, s sebou přináší dopady na sociální vztahy člověka. Lidé s handicapem často prezentují odlišné hodnoty než osoby intaktní. Zkušenost postižené často vede k přehodnocení dosavadního žebříčku hodnot. (BLAŽEK; OLMROVÁ, 1985). Podobně jako chybějící zrak je částečně kompenzován ostatními smysly, přináší s sebou handicap pro osobnost člověka něco odlišného, unikátního a nevšedního. Handicapovaní mohou být i pro své okolí měřítkem toho, jak je možné vyrovnávat se s různými životními překážkami a dosvědčují, že

s vynalézavostí a vitalitou lze rozšiřovat své osobní hranice. Osoby s postižením mají osobitou zkušenost. Na základě setkávání s nimi může společnost intaktních osob získat možnost přehodnotit své postoje, předefinovat, co je pro život důležité, co je jeho smyslem a co je měřítkem úspěchu. Lidé se učí navazovat efektivnější dialog s osobami s postižením a jsou nuceni prokazovat vysokou míru empatie a citlivě reagovat na realitu bolesti. Sami se tak připravují na své vlastní životní boje, kdy snad na nich samých bude ležet úkol vyrovnat se s konkrétní nesnadnou situací. (EIS, 1999).

Žádoucím výsledkem smíření a akceptace vady je adaptace charakterizovaná jako *„schopnost handicapovaného jedince přizpůsobovat se sociálnímu prostředí, komunitě a sociálním podmínkám.“* (NOVOSAD, 2000, s. 19). Sama o sobě je značně širokým pojmem a zahrnuje v sobě poměrně stabilní postoj k postižení charakteristický složkou poznávací, citovou i volní (konativní).

Namísto akceptace může nastat nonakceptace. Je to prakticky nepřijetí a neuznání životních omezení a možností determinovaných vadou. Dominantním postojem bývá negativismus. Jedinec může dojít k přesvědčení, že od budoucnosti nemůže očekávat mnoho dobrého. To se projeví chyběním motivace k „vzepření se osudu“ a může dojít k rezignaci. Jindy je možné setkat se s aktivním řešením situace, kdy se veškeré síly napřou k jinému cíli a člověk začne pěstovat ty aktivity, v nichž ztráta zraku nebude tak citelná. Ale i zde je třeba si uvědomit snahu o únik před realitou.

K opravdu dospělému člověku patří jeho postoj k omezení a utrpení. Je poměrně složité stanovit míru tolerance jedince ke změněné situaci, která podstatně determinuje akceptaci vady. Někdy je tato schopnost nazývána jako tzv. resilience, tj. schopnost nenechat se zdeptat, zpracovat negativní skutečnost a nikoliv ji jen trpně přijímat jako nezměnitelnou realitu. Někteří lidé dokonce na překážky reagují zvýšeným úsilím a silnou životní vitalitou, s níž překonávají existující překážky. To u nich vede k akceptaci vady jako faktoru sloužícího k jistému rozvoji osobnosti, ke kterému by jinak s největší

pravděpodobností vůbec nemuselo dojít. (VÁGNEROVÁ; STRNADOVÁ; KREJČOVÁ, 2009).

2.3 Těžké postižení zraku a spiritualita

2.3.1 Víra, spiritualita a klíčové otázky lidského života

S rozvojem holistického pojetí člověka se v mnoha odvětvích lidské činnosti setkáváme s přívlastkem „duchovní“. Sám termín *duch* (lat. spiritus) svědčí o tom, že se zde dotýkáme skutečnosti stojící velmi blízko základní lidské funkci a projevu života - dýchání. V psychice člověka je potřeba víry v něco nebo někoho silnějšího velmi silně zakořeněna, souvisí se samotnou podstatou života. V současné době, kdy jsou často prezentovány materiální statky a konzumní styl života, se duchovní hodnoty stávají dokonce určitým druhem módy. Ve skutečnosti ale myšlenky o tom, zda existuje, případně jaké má vlastnosti ona člověka přesahující skutečnost, signalizují velmi důležitý rozměr lidské existence. Kromě těla, duše a sociálních vztahů se setkáváme se čtvrtým rozměrem – duchovním (spirituálním). „*Spiritualita je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a ve vědách o člověku se mluví o potřebě spirituality – každý potřebuje mít víru, mít smysl svého života (konání)*.“ (VODÁČKOVÁ, 2002, s. 316).

Uchopení spirituality nabývá nejrůznějších podob. V našich střeoevropských poměrech se nejčastěji setkáváme se spiritualitou křesťanskou. V jiných regionech je zase značně rozšířená spiritualita islámská, buddhistická a židovská. Nositeli těchto spiritualit jsou jejich přívrženci tvořící společenství a tím základ církví.

Tíhnutí člověka k náboženství, religióznost, patří k lidské osobnosti, je „antropologickou konstantou“, nelze ji potlačit ani vykořenit. Dotýká se samé podstaty lidského života, hledání jeho

smyslu a toho, co je v něm nejcennější a nejposvátnější. Touto charakteristikou disponuje každý jedinec, a je třeba ji brát v úvahu, stejně jako stránku fyzickou, psychickou a sociální. Krom klasického náboženství se může také jednat o tzv. kryptoreligiózní formy spirituality, kdy nejvyšší hodnotu pro člověka představuje určitá skutečnost, která se náboženství přímo netýká, např. politika, osobní úspěch, hromadění materiálních statků, oddanost myšlence apod. (KŘIVOHLAVÝ, 2007).

V dnešní době se navíc stále častěji setkáváme s lidmi, kteří se zpravidla nepovažují za věřící, ale nelze je také jednoduše označit za ateisty, neboť věří ve vyšší autoritu, třebaže ji nenazývají Bohem, věří, že „něco musí existovat“. Český teolog Tomáš Halík je proto nazývá „něcisty“. Takový postoj bývá manifestován převážně jako individuální a soukromý názor, jehož zastánci nepovažují pro sebe za důležité být součástí nějaké konkrétní církve. (HALÍK, 2005).

S obtížnými životními situacemi souvisejí otázky smyslu existence utrpení ve světě a v životě každého jednotlivce. Není ojedinělé, že lidé, kteří se sice pokládají za nevěřící, se v těchto chvílích obracejí na Boha, nebo jinak pojmenovanou vyšší transcendenci, jako na jedinou instanci, odkud by snad bylo možno očekávat pomoc. Každý z nás je nevyhnutelně ve svém životě konfrontován s takovými událostmi, jejichž vysvětlení, pochopení a zpracování nelze jednoduše zařadit do kategorie té či oné vědy. V existenciální filozofii se pro tyto situace rozšířilo používání termínu *mezní situace*, psychologie hovoří o *náročných životních situacích* nebo *krizích*. Stejně jako mezní situací může být úmrtí životního partnera, ztráta zaměstnání, výskyt nevléčitelné choroby ap., může být tato mezní situace vyvolána ztrátou zraku nebo narozením dítěte se zrakovým postižením. Vždy jde o okolnosti, které člověka nutí klást si znovu a znovu ve svém životě otázky po smyslu a opravdových životních hodnotách. Není možné se jim dlouhodobě vyhýbat a snažit se je vytěsnit. Nacházíme se na jisté „křižovatce“ a jsme nuceni přemýšlet o tom, co je možné dělat pro to, aby život neztratil některou ze svých zásadních hodnot. (OPATRŇÝ, 2000).

Mezi spirituálním rozměrem lidské osobnosti a mezními situacemi hledání nové stability existuje úzký vztah. Právě v konfrontaci s krizovou situací lze rozpoznat, zda je spiritualita člověka zralá. Stejně jako celá osobnost, prochází totiž i spiritualita vývojovými fázemi a každou krizi je možno pojímat jako impuls k dalšímu zrání a rozvoji. Má-li pro člověka být jeho spiritualita pevným bodem v době krizí, musí jít o spiritualitu zralou a zdravou.

V dnešní společnosti sice samotné slovo utrpení může znít značně nemoderně, zastarale a neosobně. Faktem zůstává skutečnost, že přes veškerou ochranu života a rozvoj věd se utrpení od lidského života zatím nepodařilo a asi nikdy nepodaří oddělit. Život bez utrpení není opravdovým životem, ale nedosažitelnou vizí. Nemoc k lidskému životu patří, vyskytne se prakticky v životě každého jedince. V situaci zdraví však na ni zpravidla nemyslí. Skutečnost onemocnění proto může být příležitostí přemýšlení a chápání reality, která člověka přesahuje. Sama nemoc není zlem, stává se příležitostí k hledání spirituálního rozměru lidského bytí a pro křesťana „*zastávkou před Boží tvář*“ (MACHOVÁ, 2005, s. 41).

V těžké životní situaci neuvažuje člověk o náboženských otázkách z pohledu filozofie, ale právě v souvislosti se smyslem života. Člověk v situaci krize vnímá ostřeji svoji závislost na vyšší autoritě, Bohu. Vyrovnání se s problémem zla je výsledkem zdravé religiozity.

Současná medicína zachraňuje životy, pomáhá narodit se dětem, které by jinak neměly šanci na přežití nebo by ani nebyly počaty. V celém světě rostou náklady na zdravotnickou péči, přesto se však počet nemocných nesnižuje. Krom dříve smrtelných diagnóz lékaři řeší množství chronických a civilizačních chorob. Podobně také prodlužuje lidský věk. Stárnutí populace ale zároveň způsobuje výskyt nových chorob typických pro seniorský věk. Medicína je omezena stavem stále se prohlubujícího poznání, ale také nedostatkem finančních prostředků (problém alokace zdrojů).

Každá odlišnost organismu od stavu zdraví s sebou přináší následky, ačkoliv nejsou patrné ihned nebo zřetelně. Dlouhodobá

nemoc s sebou přináší změnu životních podmínek. To vyžaduje adaptaci na stav nemoci a její akceptaci.

Z hlediska přístupu k člověku je přetechnizovaná a superspecializace medicíny kontraproduktivní a způsobuje vytrácení rozměru lidského vztahu v oblasti léčení. Právě za této situace vzrůstá potřeba a rozšiřují se možnosti spirituální péče, byť by šlo jen o vyslechnutí strastí pacientů, sdílení jejich obav a přítomnost člověka. To vše může znamenat ještě více než moderní medicína bez lidského přístupu. Spása a bytí nejsou jen filozofickými nebo teologickými pojmy. Významně se vztahují k holisticky pojaté medicíně respektující spirituální potřeby každého člověka. (MACHOVÁ, 2005).

V praktické části této práce jsem se m. j. zaměřila na zjišťování, zda je rozdíl mezi akceptací vady u osob, které se považují za věřící a u osob, které se považují za ateisty, případně je-li náboženská víra obecně vnímána jako pomocný faktor v situaci zvládnání náročných životních situací.

Narážíme-li na otázku vztahu spirituality a těžkého poškození zraku, opět se stává velmi důležitým období, kdy k takovému poškození došlo. Pokud je přítomné již od narození, celý vývoj a tedy i vývoj spirituality má v sobě zakomponován prvek postižení jako danost. Pokud dojde k náhlé ztrátě zraku, zvláště pak z plného vidění, jedná se o náročnou životní situaci a spiritualita člověka zde může hrát svou roli, neboť v oblasti krize a krizové intervence je spirituální téma obsaženo (víra a důvěra byly otřeseny a člověk opět hledá ztracenou stabilitu). Proto sociální pracovník, psychoterapeut, nebo kdokoliv, kdo se setkává s lidmi v těžkých životních situacích a hovoří s nimi, by měl být připraven na to, že se na něho klienti mohou obrátit právě s otázkami patřícími do kategorie spirituality. To zároveň znamená, že bez ohledu na své vlastní přesvědčení by měl být otevřený a znalý základů spirituality.⁹

⁹ Toto téma bylo systematicky zpracováno a rozvíjeno až v nedávné době. Např. LECHNER, M. *Theologie in der Sozialen Arbeit*. München : Don Bosco Verlag, 2000.

2.3.2 Role církve v oblasti péče o osoby s postižením

Chceme-li hovořit o angažovanosti církve v oblasti péče o osoby s handicapem, ocitáme se na poli praktické (pastorální) teologie. Je samozřejmé, že spirituální rozměr člověka je ovlivňován vším, co lze zařadit do oblasti fyzického stavu, psychiky a sociálních vztahů. Pastorce nesmí zapomínat právě na tyto spoluutvářející elementy. Stejně tak konkrétní pastorační aktivity nesmějí být útekem od světa. Nejde totiž o volbu mezi Bohem a světem, ale o rozhodnutí pro Boha ve světě, v konkrétní realitě každého jedince. (AMBROS, 2002).

Odhlízet v pastorační činnosti od utrpení, zlehčovat je nebo zavírat před ním oči, znamená totéž jako pastorační opovrhovat. Pastorce musí být vždy službou člověku, kterou lze charakterizovat jako pomoc směřující od církve k jednotlivci. Jde o pomoc a sdílení cesty při hledání smyslu života, objevování životního štěstí a svrchované hodnoty lidského života. (ZULEHNER, 1978). Pastorační péče předpokládá otevřený postoj k člověku, kdy je ponechán prostor lidské individualitě a svobodě. Týká se potřebného člověka a ze své podstaty přesahuje odbornou pomoc sociální, zdravotní nebo psychologickou. V mnoha svých úkolech se podobá sociální práci. Navíc ale úzce souvisí s vírou poskytovatele i příjemce pomoci. Ten, kdo pastorační péči vykonává, vnímá svět i člověka z pozice víry. Je nablízku tomu, koho svou péčí doprovází a pomáhá mu zvládnout obtížné situace lidsky důstojným způsobem. Respektuje přitom jeho individuální názory a stupeň rozvoje duchovního života. (LECHNER, 2000).

Co se týká pastorační péče jakožto aktivity církve, ta přesahuje všechny doposud uvedené kategorie. V užším smyslu by pastorační byla služba církve pro její členy, kteří církev respektují a jsou zapojeni v určité farnosti. Pro ně je farář duchovním pastýřem a vědí, že u něho mohou hledat pomoc. Avšak v širším slova smyslu je pastorec rozšířen na všechny lidi bez rozdílu, neboť církev nechce být

uzavřenou elitní společností a po vzoru Krista nikoho neodmítá. (BAŠTECKÁ; GOLDMANN, 2001). Soustředí se na péči o ducha člověka a rozumí tím péči o podstatu samotného lidství. Duchovní péče je spojena se základními projevy života církve, kterými jsou:

- kérygma – zvěstování smrti a vzkříšení Krista, vyznavačství, uřednictví
- koinonia – sdílení společenství, bohoslužebný život
- diakonia – služba společenství, kde každý má svoji funkci
- martyria – vydávání svědectví (SALAJKA, 1998)

Pastorace by především měla být službou a pomocí člověku na jeho cestě duchovního růstu. Ztráta zraku působí jako náhlé onemocnění – vytrhne člověka z běžného života. To je nepříjemné, neboť najednou je člověk konfrontován s tím, že dosavadní jistoty ve vztazích a běžné životní praxi jsou narušeny. Vzniká tím „nezaplněný prostor“, a to vyvolává pocity strachu a úzkosti. Není možné angažovat se jako dřív a dochází k uzavírání se do svého vlastního světa. Tomu by se nemělo bránit, neboť tam je možné setkat se s vlastní historií, hodnotami a vztahy. Dříve nebo později ale vznikne potřeba sdílet své prožívání s někým, komu lze důvěřovat, o svých pocitech a stavu hovořit. Napomáhá to k ujasnění myšlenek a odreagování smutku ze vzniklé situace. Krizi je pak možno využít jako cestu, která má vést dál. Úkolem pastorace je pak člověka na této cestě doprovázet a podporovat ho v tom, aby i krizi byl schopen využít jako možnost ke změně, která by jinak v jeho životě neměla prostor.

Zkušenosti posledních let dokazují, že v oblasti pastorace je vhodné nahrazovat pojem duchovní vedení pojmem duchovní doprovázení. To se týká pastorace obecně a chceme-li se soustředit na speciální oblast pastorace osob s handicapem, není tato zkušenost jiná. I v názvosloví speciální pedagogiky došlo k posunům, které poukazují na snahu nevyklouzat ze společnosti „zdravých“, neuzavírat do ghetta a nesnažit se vytvořit charakteristiku konkrétního člověka podle handicapu, což je stigmatizace. Fakt, že tělesná schránka může být

různým způsobem poškozena, nevládnout všemi funkcemi tak, jak se s tím setkáváme u většiny populace, přistupuje k prvotní a zásadní charakteristice jako jeden z akcidentů. Handicap je jistou podmínkou, ale není v žádném případě primární charakteristikou.

Je důležité položit si otázku, zda se pastore osob se zrakovým postižením nějak významně vymyká z celku pastorální teologie. Odpověď vysvětluje již z postavení teologie jako univerzální vědy. Pastorální teologie si nenárokují právo činit rozdíly mezi lidmi, každé osobě přiznává její lidskou důstojnost. Rozdíl tkví v metodách a způsobu přístupu k člověku jako k neopakovatelné individualitě v konkrétní situaci.

Křesťanská teologie je otevřená všem. Každý člověk žije nejen svým tělem, psychikou, vztahy, ale i duchovním životem. Toto tvrzení nevede nutně k otázkám víry v existenci vyšší autority, víru v Boha, ale zahrnuje všechny oblasti nacházející se za horizontem lidského života a tělesných možností. Pastorální teologie v tomto směru tedy nedělá rozdíly ani na základě rozdílnosti vyznání.

Římskokatolická církev ve svých dokumentech nehovoří o pastore osob se zrakovým postižením. To je vysvětlitelné, neboť pro oblast pastore je primární samo lidství a jeho důstojnost, ostatní charakteristiky jsou až na druhém místě a patří k podmínkám konkrétního člověka. To je samozřejmě třeba v pastore respektovat. Poměrně velká pozornost je věnována pastore nemocných. Domníváme se, že do této kategorie církev zahrnuje osoby trpící jakoukoliv nemocí a porušenou funkcí tělesné schránky. I pro lidi se smyslovými deficity tedy mohou být adresovaná slova určená nemocným.

V celocírkevním měřítku je nemocným věnována pozornost např. vyhlášením světových dní nemocných, vydávání papežských listů pro nemocné a v neposlední řadě také četnými modlitbami za tuto skupinu osob. Hlavním východiskem je zde křesťanský postoj k nemoci a k utrpení. V roce 1984 shrnul papež Jan Pavel II. v apoštolském listě *Salvifici doloris* myšlenky vztahující se ke smyslu

bolesti a utrpení. Nejde zde o glorifikaci bolesti, ale o vyjádření realistického pohledu na skutečnost nemoci. Hned na počátku je uvedeno, že bolest má spásitelný význam. Ne však pro ni samotnou, ale proto, že může sloužit k tomu, aby člověk „*překonal sám sebe*“ (JAN PAVEL II., 1995, s. 7). Zároveň odmítá myšlenku, že nemoc by byla trestem od Boha. Zcela vysvětlit smysl bolesti však není v možnostech člověka, ačkoliv církve respektuje a váží si všech vědeckých oborů, v rámci kterých je k lidskému utrpení přistupováno (lékařství, psychologie). Nejvyšší smysl utrpení zůstává tajemstvím, člověk se v utrpení stává podobným Kristu, a proto si kromě soucitu zasluhuje úctu.

Již Starý Zákon ve své knize Job obsahuje velmi hluboký a mnohostranný pohled na problém zla a utrpení. Jobovi přátelé pokládají zlo za trest Boží, tedy za jistou formu spravedlivého trestu za hřích. Jeho příčinu spatřují v pochybení člověka, v hříchu. Porušení morálního řádu s sebou přináší spravedlivou odplatu Boží, podle velmi rozšířeného názoru pak není možné, aby trpěl nevinný člověk. Kniha Job ale poukazuje na nepochopení obsažené v tomto zjednodušujícím názoru. Nakonec sám Bůh podpoří Joba a potvrdí jeho nevinu. Utrpení je zkouškou, nikoliv trestem, a proto je nutno chápat je jako tajemství.

I na jiných místech Bible je obsažen podobný pohled na utrpení. Dokonce ani Ježíšovi učedníci nenacházejí jiné vysvětlení a při setkání se slepým od narození se ptají: „*Mistře, kdo se prohřešil, že se ten člověk narodil slepý? On sám nebo jeho rodiče?*“ (JAN 9, 2). Ježíš odmítá zjednodušující vysvětlení, že by slepota byla následkem hříchu. Na otázku učedníků, která nepředpokládá žádné jiné vysvětlení, reaguje ospravedlněním slepého i jeho rodičů. Opravdovým smyslem tohoto konkrétního postižení je, aby se projevila moc převyšující pomýšlení člověka: „*Nezhřešil ani on ani jeho rodiče; je slepý, aby se na něm zjevily skutky Boží.*“ (JAN 9, 3). Otázka původu utrpení a nemocí, stejně jako samotná otázka po původu zla, je velmi komplexní. Nemoci provázejí lidstvo od jeho počátku a jsou znamením něčeho, co se nachází mimo kompetenci

člověka. V antice počínaje Hippokratem je lékař považován za moderátora zdraví. To je patrné i u křesťanských myslitelů.

V křesťanském středověku byl položen základ čtyřem profesím, kterým odpovídalo i zaměření fakult: lékař, učitel, soudce, kněz. Každá z profesí vytvořila i svoji stavovskou etiku. U lékaře se dominantním rysem stalo osobní nasazení, ochrana lidského života a upřímnost a pravdivost u lůžka nemocného.

V křesťanském učení panuje představa základního řádu vloženého Stvořitelem do světa. Ten je poznatelný každému člověku skrze svědomí a rozum. Všeobecný řád zahrnuje i elementární pokyny pro zacházení se životem jako doporučení. Úkolem člověka je pozorně naslouchání přirozenému Božímu řádu, respektovat jej a podílet se na něm. Služba lékaře je pak služba životu, která se uskutečňuje skrze poznání a lidský rozum a slouží ve smyslu všeobecného Božího řádu.

V Bibli se vyskytuje často pojem spása a spasení. Řecké „sótéria“ a latinské „sálus“ v sobě zahrnují i aktivní potlačování eventuálního ohrožení života. V popředí však stojí Boží zásah, který může lidskou existenci přiblížit Boží dokonalosti. Uzdravování v evangeliích je symbolem takového přibližování dokonalosti a napravování všeho, co ještě není vykoupené a ohrožuje život. (SALAJKA, *Křesťanské hledání zdraví a léčení nemocného života*, 1998).

Církev rozhodně odmítá zjednodušující vysvětlení přímé souvislosti mezi proviněním a nemocí. Zároveň však připouští, že utrpení, nemoc a zlo mohou spolu souviset v širším rámci. Apoštolský list *Salvifici doloris* v této souvislosti připomíná existenci dědičného hříchu a souvislost hříchu a smrti. Hovoří dokonce o „*spleti hříchu*“, tzn. hříchu pronikajícím všechny vazby a konání. (JAN PAVEL II., 1995, s. 12). Z této situace si člověk zjevně nemůže pomoci sám. Proto Ježíš ve svém hlásání Božího království slibuje osvobození. Sám na sebe nakonec bere lidské utrpení, čímž ho staví do nového světla. Neznamená to automaticky konec všem tělesným neduhům a útrapám, ale dává naději, že jejich moc není definitivní. Ačkoliv sám je nevinný, podstupuje utrpení za člověka, pro jeho spásu a

vykoupení, a je tedy hluboce spojen se všemi trpícími. Ježíš přinesl osvobození od nadvlády hříchu a smrti a má tedy moc i nad jejich nepřímými následky, třebaže nikoliv ve smyslu jejich okamžitého odstranění. V poselstvích evangelíí získává utrpení pro věřícího člověka i pro církve nový obsah a nezůstává beze smyslu. (JAN PAVEL II., 1995).

Utrpení nemá nechat člověka lhostejným. Má vyvolat soucit, který vede ke starostlivé péči a snaze o zmírňování utrpení. K tomu dával Ježíš za svého pozemského působení vlastní příklad a nabádal k tomu i v podobenstvích (např. Lk 10, 29 – 37, podobenství o milosrdném Samaritánovi). Pomoc trpícím je apoštolátem a sociální službou, která se děje po vzoru Krista. (JAN PAVEL II., 1995, kap. 5, odst. 21).

Osoby se zrakovým postižením zahrnuje církve ve své pastorační praxi do širšího kontextu nemocných, případně osob v náročných životních situacích. Na území pražské arcidiecéze byl specifickým úkolem pastorační práce osob se zrakovým postižením pověřen jeden kněz, s nímž byl uskutečněn rozhovor zaměřující se na téma pastorační práce osob s těžkým postižením zraku v katolické církvi.¹⁰ Věnuje se osobám s handicapem bez rozdílu jejich vyznání nebo náboženské příslušnosti. Jeho základní zásadou je postupovat čistě individuálně a respektovat svobodu a samostatnost každého člověka. Usiluje o to, aby nedocházelo k závislosti lidí se zrakovým postižením na konkrétní osobu, případně společenství handicapovaných, ale aby každý hledal spiritualitu i prostředí, které mu nejvíc vyhovuje a umožní duchovní růst. Z toho důvodu nezastává myšlenku např. výstavby kostela pro osoby se zrakovým postižením, nebo snad dokonce oddělené slavení liturgie. Zrakový handicap nepovažuje za zátěž pro duchovní život, a proto ani osoby se zrakovým postižením nepovažuje za skupinu osob vyžadující specifickou pastorační práci, ale spíše pastorační práci přizpůsobenou odlišnému způsobu vnímání. (TŮMA, Richard: osobní sdělení dne 3. 10. 2003).

¹⁰ Přepis rozhovoru s knězem pověřeným pastorační prací osob se zrakovým postižením obsahuje příloha č. IV.

3 Teoretická a historická východiska etiky v sociální práci s osobami s těžkým zrakovým postižením

Následující kapitola poskytuje pohled na základní etická zakotvení sociální práce s osobami se zrakovým postižením. Neodmyslitelnou součástí je přitom také oblast vzdělávání, rehabilitace a integrace, resp. reintegrace osob se zrakovým postižením do pracovního procesu a plnohodnotného společenského života. Pro současnou praxi by mohla být dobrou inspirací historická zkušenost.

3.1 *Křesťanství a judaismus jako základní východisko pro etiku v sociální práci ve prospěch osob s těžkým postižením zraku*

V biblickém textu, který je pro pochopení západní Evropy, kam kulturně náleží naše země významný, se setkáváme s popisem různých typů handicapů, mimo jiné i se slepotou. Septuaginta zná dokonce dva řecké termíny: *tyflos* (slepý) a *apotyflosis* (slepota). Lze předpokládat, že slepota v zemích Orientu byla poměrně častým jevem. Pokud pomíneme úbytek zraku v souvislosti s celkovou stařeckou sešlostí (Gen 27, 1), příčinami onemocnění očního aparátu byly zřejmě především hygienické a klimatické podmínky.

S problémem nevidomosti se setkáváme v poselství Písma svatého jak ve Starém, tak v Novém zákoně. Při čtení biblických příběhů, a platí to samozřejmě i o novozákonních příbězích o navrácení zraku, je třeba stále počítat s dvojí rovinou. Jednak je zde samotný příběh konkrétního člověka a jednak rovina obecného poselství, tedy to, co daný text sděluje všem svým čtenářům. Slepota je pak použita jako velmi výmluvný symbol, kdy jedinec není schopen

vnímat to, co je jinak zcela zřejmé. Důležitější nežli samotný fakt uzdravení je odkaz na nezměrnou Boží moc.

V Bibli se vyskytuje dokonce několik kategorií osob s postižením zraku:

- slepí od narození, např. Ex 4, 11; S 5, 6 – 8
- osleplí věkem, např. Gn 27,1; 1 S 3,2; 4,15; 1 Kr 14,4
- osleplí za trest (vlivem Boha nebo člověka), např. Dt 28,29; Pl 4,14; Sd 16,21; 1 S 11,2; 2 Kr 25,7
- částečně osleplí, např. Gn 29,17
- dočasně osleplí, např. Gn 19,11; 2 Kr 6,18-22.

Velmi inspirující je postoj světových náboženství k nemoci a utrpení. Evropská kultura byla ve vývoji ovlivněna převážně křesťanstvím, proto se v dalším textu věnuji křesťanskému pohledu na problematiku postižení. Křesťanství ovlivnilo pohled na člověka i na nemoc, stejně tak jako v Evropě ovlivnilo vztah k osobám s postižením. Zajímavý ovšem je historicky zakotvený a poněkud akcentovaný zájem o sociální lékařství namísto zaměření na lékařství. V oblasti vzdělávání lékařů a lékařské vědy křesťanství poněkud zaostává např. za islámem. Důvodem je možná vnímání nemoci jako Božího trestu a obava z glorifikace ryze tělesného pohledu na člověka z hlediska biologie. (SALAJKA, 1998).

Vztah k osobám s postižením v judaismu je dobře prezentován ve Starém zákoně. Důvody takových postojů je třeba chápat v poněkud širší souvislosti, protože jinak by se mohly jevit jako diskriminační. S problematikou slepoty se setkáváme například ve třetí knize Mojžíšově. Jedná se o knihu věnující pozornost především kultovním zásadám Izraele, takže i tematiku postižení zraku nacházíme pojednanou v rovině kultu a v souvislosti s praktikováním náboženských obřadů. Je zde řečeno, že slepý člověk nesmí být knězem (Lv 21, 18). Rovněž slepota u zvířat je důvodem jejich vyloučení z kultovních účelů a nesmějí být obětována. Obojí vychází z požadavku judaismu, aby Bohu bylo obětováno jen to, co v sobě

nenese žádnou vadu. Jak kněz tak oběť se nacházejí v posvátném prostoru, který je ze své podstaty dokonalý, stejně jako je dokonalý Hospodin. Nebylo myslitelné, aby se v blízkosti božské dokonalosti nacházelo cokoliv porušeného a nedokonalého.

Ve starozákonní knize Tobiáš 2, 10 se setkáváme dokonce se starověkým vysvětlením slepoty na základě tehdejší medicíny. Pro léčbu se používalo rybí žluči (Tob 6, 4), která sama o sobě byla považována pro svoji poměrně složitou dostupnost za velkou vzácnost, a snad proto jí byly připisovány léčebné účinky (Jan 9, 16).

Vada zraku byla v Izraeli vnímána hlavně jako sociální problém, neboť obecně panovalo přesvědčení, že ztráta zraku znamená znemožnění jakéhokoliv pracovního uplatnění, a tudíž i možnosti živobytí. Slepému tak zbývala vlastně jediná možnost, jak si opatřit prostředky k přežití, tedy prosit o almužnu, žebrat (Mk 10, 46). Ve třetí knize Mojžíšově 19, 14 je povinnost péče o slepé prezentována jako Boží příkázání. Na pozadí ztráty zraku stojí ve Starém zákoně předpoklad provinění a slepota představuje trest Boží, a to jak přímo, tak nepřímo (Jan 9, 1; Sk 13, 11). V přeneseném smyslu je slepota chápána jako následný trest za korupci a podplácení soudce (Ex 23, 8). V teologické rovině je ztráta zraku považována za jistý druh nezpůsobilosti a neschopnosti člověka, projevem vůle a moci Boží pak je, že Bůh může zrak vzít a zázrakem ho darovat nazpět. Prorocké knihy Starého Zákona chápou slepotu především v tomto přeneseném smyslu jako obraz nedostatečnosti člověka a moci Božího působení.

Podobný pohled zachovává následně i Nový zákon. Proto líčení Ježíše, který vrací slepému zrak, má teologický rozměr a je třeba je chápat jako znamení nadcházejícího času milosti a uzdravení. Slepý nemůže vidět, poznávat, a z tohoto stavu pro něho neexistuje bez Božího zásahu východisko. Ježíš přichází jako zachránce, reprezentant a nositel moci Boží. (STUBHANN, 1990). Důležitou součástí novozákonní zvěsti ukryté v příbězích o uzdravení slepých je

to, že uzdravený slepec je náhle vybaven pro vidění, tj. jasné poznání skutečnosti, a na jejím základě pro radikální změnu života. Svě budoucí bytí podřizuje právě události nabytí zraku – žil ve tmě, poznal Boží moc, byl skrze ni uzdraven a je tím uzdravena vlastně celá jeho existence.

K tomu je třeba také poznamenat to, co platí obecně pro Ježíšovo uzdravování. Chápat uzdravení v Novém zákoně jako pouhé zbavení určitého fyzického neduhu by bylo velkým nepochopením. Akt uzdravení úzce souvisí s příchodem Božího království. V Lk 4, 18 – 19 je dobře patrný sociální dopad příchodu království spravedlnosti. Ježíš zde čte starozákonní knihu proroka Izajáše (Iz 61, 1 – 2). Tělesné uzdravení je vlastně „průvodním znakem“ něčeho mnohem důležitějšího, ukazuje na příchod Božího království. Nejde tudíž primárně o odstraňování konkrétních chorob ve smyslu eliminace symptomů a syndromů nebo dokonce snahu o vymýcení nemocí tak, jak se o to dnes snaží lékařská věda např. v boji proti rakovině. Vedle nemoci těla jde hlavně o zkušenost s Božím slitováním a uzdravením duše. Uzdravení se pak týká především duše, pohledu na sebe, svět, bližní, Boha. Duchovní hledisko jakoby se tu částečně překrývalo s tím, čím se dnes zabývá psychologie a psychoterapie. Příběhy uzdravení opravdu také v mnohém připomínají postupy současných psychoterapeutů.

I znaky, jimiž se Ježíšovo uzdravení projevuje, poukazují na hlubší skutečnost skrývající se za příběhem uzdravení. Nejde o prosté nabytí poškozené tělesné nebo chybějící tělesné funkce, ale typické je získání svobody, a to ve dvou rovinách:

- svoboda a uzdravení od něčeho
- svoboda a uzdravení k něčemu.

Tělesné uzdravení se stává součástí důležitějšího celku, kdy je člověku v jeho starostech a mnoha ohledech omezené existenci nabídnuta alternativa získat podíl na životě v plnosti, který je přijímán jako dar. Uzdravení se pak týká přímo základu lidské existence. Připomeňme v této souvislosti fakt, že uzdravení musí být především

zájmem nemocného, musí být připraven přijmout novou realitu, čehož zdaleka ne každý je schopen. (KAUTZKY, R.; MAYER – SCHEU, J., 1980).

Bible přináší obraz nemoci nebo postižení také v přeneseném smyslu. Kromě konkrétních příběhů slepců a jejich uzdravení nacházíme rovněž výmluvné příklady slepoty jiného typu, totiž slepoty duchovní. Nový Zákon hovoří o farizejích, kteří se domnívají, že vidí a plně poznávají skutečnost. Cítí se dokonce způsobilí k vyučování ostatních. Jsou natolik přesvědčeni o své vlastní způsobilosti, že tím jsou i zaslepeni, takže jsou označováni za slepé, kteří chtějí vodit slepé (Mt 15, 14; Lk 6, 39). Tento typ slepoty ovšem není slepotou k oslavě Boží moci. Naopak usvědčuje člověka z nevěrnosti vůči Bohu a poukazuje na „boha tohoto světa“, čili satana (2 Kor 4, 4). Na jedné straně stojí požadavek věrnosti Bohu, jehož protipólem je odklon od Boha, nedostatek víry. V tom smyslu hovoří Jan 9, 39 o farizejích, jichž se zjevně týkají Ježíšova slova: *„Přišel jsem na tento svět, aby ti, kdo nevidí, viděli, a ti, kdo vidí, byli slepí“*. Slepota je používána jako protiklad přebývání ve světle pravdy.

Podle příslibu proroků nadchází doba milosti, kdy budou uzdravovány choroby a kdy slepí prohlédnou. V osobě Ježíše je naplněn mesiášský čas spásy a jeho uzdravení, jak již bylo vysvětleno, jsou chápána jednoznačně jako znamení nadcházející vlády Boží (Mt 11, 5). Proto také sám Ježíš odmítá tradiční judaistické pojetí slepoty jako trestu od Boha. Slepý člověk není automaticky nositelem Božího trestu, čili největším hříšníkem, ale je tím, kdo potvrzuje a je v něm uskutečňován Boží záměr spásy a uzdravení (Jan 9, 3). Slepota v tělesném smyslu není následkem hříchu, hříchem je právě farizejské přesvědčení o soběstačnosti. Kde existuje přesvědčení, že vlastními skutky je člověk schopen zajistit si spásu, tam nezůstává otevřen prostor pro působení Boží, a proto tato slepota, na rozdíl od té tělesné, je ze své podstaty pro člověka daleko tragičtější. Také naděje na uzdravení bývá menší, neboť nositel takové slepoty si nebývá vědom toho, že právě on potřebuje uzdravení. Je to stav uzavřenosti lidské

mysli před působením Božím (Jan 9, 41). (GRABNER-HAIDER, A., 1969).

V podobném smyslu pojednávají o slepotě Skutky apoštolů 13, 11. Nejde již o příběh uzdravení, ale naopak o ztrátu zraku na základě toho, že Elymas odmítal uvěřit zvěsti apoštolů. Biblická teologie v tomto případě hovoří o „trestných zázracích“. V příběhu Elyma je zřejmý hlavní cíl vyprávění: nejde o slepotu jako takovou, ale o teologickou výpověď, pro níž bývá slepota věrným příměrem. Oslepnutí Elyma čtenáři připomíná příběh obrácení Pavla před Damaškem (Sk 9, 8). Jako kontrast je zde využita příčina ztráty zraku. Saul byl oslepen velkým světlem, které najednou spatřil. To ale předpokládá nově nabytou schopnost vidět to, co předtím bylo v temnotě. Podle předcházejícího vyprávění o Saulovi, pronásledovateli křesťanů, bychom asi těžko uvěřili, že takové změny by byl člověk schopen tak rychle a vlastní silou. Je to vrchol výpovědi o moci Boží. Elymas, naproti tomu, žil v temnotě a odmítal vidět světlo, proto pozbyl i fyzického zraku a jeho duchovnímu stavu se přiblížil stav fyzický.

3.1.1 Exkurs - Výklad příběhu slepého Bartimaia (Mk 10, 46 – 52)

Jako východisko pro smysl podobenství o uzdravení uveďme příklad výkladu příběhu o navrácení zraku v Markově evangeliu. Pozbytí tak základního smyslu, jakým je zrak, odkazuje k daleko vyšším hodnotám než k pouhému vidění lidským okem. Při podrobnějším čtení nutně dojdeme k tomu, že ústředním motivem není fyzická slepota a její uzdravení, ale daleko hlubší skutečnost, při povrchním čtení skrytá. Příběh Bartimaia (Mk 10, 46 – 52) a následná analýza textu nám může pomoci ve správné interpretaci textu a případné aplikaci do dnešní doby.

„Přišli do Jericha. A když vycházel s učedníky a s velkým zástupem z Jericha, seděl u cesty syn Timaiův, Bartimaios, slepý žebrák. Když uslyšel, že je to Ježíš Nazaretský, dal se do křiku: „Ježíši, Synu Davidův, smiluj se nade mnou!“ Mnozí ho napomínali, aby mlčel. Ježíš se zastavil a řekl: „Zavolejte ho!“ I zavolali toho slepého a řekli mu: „Vzchop se, vstaň, volá tě!“ Odhodil svůj plášť, vyskočil a přišel k Ježíšovi. Ježíš mu řekl: „Co chceš, abych pro tebe učinil?“ Slepý odpověděl: „Pane, ať vidím!“ Ježíš mu řekl: „Jdi, tvá víra tě zachránila.“ Hned prohlédl a šel tou cestou za ním.“

Na začátku úryvku evangelia se čtenář dozvídá, že Ježíš s učedníky přicházejí do Jericha. Pro dnešního čtenáře, který nezná geografické poměry tehdejšího Judska, asi nepředstavuje pojmenování města nic konkrétního. V době Ježíšově bylo ale každému zřejmé, že jde o místo uctívání pohanských božstev ležící blízko u Jordánu, severozápadně od Jeruzaléma. Pro Židy bylo proto Jericho prokletým místem, kterému bylo lépe se vyhnout.

Uvědomme si dále, kdo je v příběhu hlavním aktérem. Především Ježíš hovořící se slepým Bartimaiem. Dále samozřejmě učedníci Ježíšovi a zástup lidí. Konkrétní jména, která se v úryvku vyskytují jsou pouze dvě – Ježíš a Bartimaios. Důležitější jsou ale tituly, jakými se oba hovořící v dialogu oslovují. Bartimaios používá pro Ježíše oslovení Syn Davidův. To je titul použitý v Markově evangeliu pouze na dvou místech. Lze jej chápat pouze v souvislosti s událostmi v následujícím textu, tj. cestou do Jeruzaléma, následným utrpením, smrtí a vzkříšením. Potomek Davidův měl být tím, kdo obnoví království Izraele, nastolí spravedlnost a ujme se vlády. Titul Syn Davidův má obdobný význam jako Mesiáš nebo Kristus – vždy jde o tituly, které jsou pochopitelné až ve světle zmrtvýchvstání. Později Bartimaios oslovuje Ježíše *rabbuni* – učiteli, Pane.

Bartimaios je aramejské jméno, znamená syn Timaiův. Jeho role i celý sociální statut je předurčen tím, že je slepý. Sedí u frekventované cesty, aby almužnou získal prostředky na živobytí. Není jiné možnosti, jak by se uživil, prakticky deklaruje pasivitu

člověka s postižením, který může pouze sedět a spoléhat na milosrdenství kolemjdoucích. Má oblečen plášť a žebrá, je zřejmé, co vyžaduje po ostatních a ti zase vědí, jakým způsobem na setkání se slepcem reagovat.

Ostatní vystupují jen jako dav, masa lidí, která ovšem prezentuje významnou změnu postoje v průběhu líčení. Učedníci jsou těmi, kdo jsou Ježíši fyzicky nejbližší, ale z předchozího textu¹¹ je také patrné, že jsou současně nejméně způsobilí pochopit to, co Ježíš v tomto konkrétním případě koná pro člověka.

Jakmile se slepý Bartimaios dozvídá o procházejícím Ježíšovi a davu, volá Ježíše. Lidé poblíž Ježíše se ho snaží umlčet. Ježíš ale naopak vyjadřuje přání s Bartimaiem mluvit. Zastavil se a nechal si ho přivolat. V tu chvíli se mění mínění přihlížejících a říkají Bartimaiovi: „*Vzchop se, vstaň, volá tě*“. Pobídka *vzchop se* byla v helenistickém světě povzbuzením k naději, jakýmsi ujištěním o Boží přítomnosti. Marek tak setkání s Ježíšem dává stejný význam jako setkání s Bohem. Slepý žebrák, třebaže ještě fyzicky není schopen vidět, vyskočí, vzdává se své dosavadní pasivity, která nebyla pouze jeho soukromým údělem, ale byla mu dokonce vyhrazena společností, odhazuje plášť, který jej charakterizuje jako žebráka a běží k Ježíšovi.

Pak se odehrává krátký, zato ale významově pestrý rozhovor. Ježíš se táže na zdánlivě jednoznačnou věc, která nepotřebuje dalšího vysvětlení. Každý věrný Žid přece ví, co mu nařizuje zákon, pokud se setká se slepcem. Ježíš překračuje rovinu běžných a osvědčených sociálních vztahů, nereaguje na zjevné očekávání žebráka, ale táže se, co si přeje, aby pro něho učinil. Nechává tím iniciativu na něm, vytrhuje jej z pasivity a naprosté závislosti na ostatních a ptá se na jeho přání. Ježíš, v pojetí Marka tedy Bůh, se zajímá o potřeby člověka, je ochoten mu naslouchat a brát jeho požadavky vážně.

¹¹ viz Mk 10, 35 – 46. Učedníci se poněkud nesmyslně přou o první místa v situaci, kdy Ježíš podstupuje riskantní cestu do Jeruzaléma, kde zemře, o čemž pravděpodobně velmi dobře ví. Petr otevřeně a velmi odhodlaně deklaruje svoji připravenost opustit všechno a jít za Ježíšem, ale později se prokáže diametrální odlišnost slov od jeho skutků.

Slepý osloví Ježíše jinak než ve chvíli, kdy ho volá. Oslovení *rabbuni*, jak již bylo řečeno, znamená učiteli, pane. V době Ježíšově se tak oslovoval především Bůh v prosebných modlitbách. Toto oslovení také vypovídá o vztahu mezi Ježíšem a jeho dvanácti učedníky v kontextu Markova evangelia, kdy on není jedním z nich, pomocí oslovení *rabbuni* je vyjádřen odstup. (BALZ, H.; SCHNEIDER, G., 1983).

Jakmile je vyslovena prosba, bez jakéhokoliv prodlení nebo dalších skutků dojde k tomu, že slepý prohlédne. Víra v Ježíšovu moc působí okamžitě a bezvýhradně. Nabytí zraku se uskutečnilo skrze samotnou víru. Fyzické uzdravení vlastně není zdaleka tak důležité jako moc víry, která dokáže jistě mnohem víc než navrátit zrak. Jako by jen důvěra v Ježíše byla tou správnou optikou, kterou je možné poznávat (vidět) Boha. Nabytí fyzického zraku má význam jen do té míry, že na základě vidění získává Bartimaios kapacitu k následování Ježíše. Vidí víc než fyzickými očima a vidí pod povrch věcí, což učedníci, ačkoliv mají oči zdravé, nejsou schopni. V evangeliu tím příběh Bartimaia končí, není zde pokračování o tom, zda skutečně šel za Ježíšem, nebo zda stál pod křížem. Spolu se čtenářem má uzdravený slepec možnost vidět vjezd do Jeruzaléma a další události a číst jejich význam. K tomu je zván a záleží na něm, zda takovou nabídku přijme. (POKORNÝ, P., 1974, s. 218).

Z toho, co bylo napsáno, je zřejmé, že při bližším studiu textu uzdravení ustupuje do pozadí. Jde jen o uschopnění k něčemu, konkrétně k následování Ježíše na cestě, která, jak se může zdát, končí naprostým neúspěchem a utrpením. Spor učedníků o prvenství je zjevně daleko od cesty utrpení, kterou Ježíš chce podstoupit. Ve skutečnosti jsou to oni, kdo nevidí pravý smysl a uniká jim tak to nejpodstatnější, zatímco slepý žebrák, navíc z města, které je pro zbožné židy klaté, chápe mnohem víc, neboť věří. Příběhy uzdravení v Markově evangeliu jsou především příklady moci víry. V případě navrácení zraku jde o prohlédnutí, možnost hlubšího poznání. Uzdravení se děje jednak od něčeho a jednak k něčemu. Zatímco

končí to, co bylo staré a špatné, otvírá se obzor pro nové a kvalitativně lepší. Mezi tím se odehrává proces, který je popisován právě v příbězích o uzdravení. (DREWERMANN, 1988).

Jádrem příběhu tak vlastně není příběh o konkrétním člověku, který neviděl a nečekaně a neuvěřitelně mu byl navrácen zrak. Jde opravdu o líčení zázraku, tedy toho, co se odehrává za možnostmi lidského zraku. Člověk, který se bojí o svoji budoucnost a usiluje o prvenství, se dostává do konfrontace s někým, jehož možnosti jsou zjevně ještě omezenější a životní situace vyloženě nepříznivá. Mohl by tak mít reálný důvod ke strachu a obavám. Skrze setkání s Ježíšem ale obdrží víru, která způsobí, že od obav a bídy dojde k radikální změně vyjádřené uzdravením. Najednou je schopen vidět a chápat, a tak může neohroženě následovat Ježíše na cestě, kterou jinak než skrze víru nelze pochopit. Je to cesta od strachu k pravé svobodě, kterou nelze očekávat od světa, ale je fenoménem nadcházejícího Božího království.

Celý smysl slepoty a následného uzdravení je třeba u Marka a koneckonců u všech evangelistů chápat na jiné než tělesné rovině. Evangelia přinášejí zvěst o Ježíšovi, který oznamuje příchod Božího království, příběhy o uzdravení jsou jakýmsi předznamenáním toho, co v plnosti je možno očekávat až v království Božím. Ačkoliv s příchodem Ježíše na Zem dochází k naplňování zaslíbení, nebudeme nikdy žít v ideálním světě, kde by neexistovala žádná choroba a žádné postižení. Jinak by uzdravení několika vybraných jedinců mohlo být považováno za nespravedlnost vůči nesrovnatelně větší skupině těch, kteří uzdravení nebyli.

Snažit se vytvořit svět bez utrpení a bolesti je utopie, už proto, že svět je hmotný a je poškozený hříchem, do něhož je následně zavláčen každý člověk. Ježíš, tak jak ho líčí evangelia, přišel proto, aby ukázal, že jakkoliv se realita světa a hříchu zdá tragická a lidsky neřešitelná, nemusí mít nakonec rozhodující význam. Víra otevírá člověku jiné obzory než je jen materiální skutečnost. Ostatně

k zázračným uzdravením i v současné době uvnitř katolické církve panuje velmi opatrný postoj.

Jakkoliv je složité naučit se přijmout svoji realitu, která může znamenat postižení zraku, ale právě tak jakékoliv jiné omezení či lidskou danost, postojem víry je přijmout skutečnost takovou, jaká je. Mnohdy se člověku mohou zcela neočekávaně otevřít jiné obzory a zjistí, že má více příležitostí vidět to, co je fyzickým zrakem neviditelné. To popisují mnohé knihy i filmy o lidech, kteří se přes všechny nesnáze naučili žít se svým postižením a objevili ve svém životě to, co pro vidícího člověka zůstává zahaleno v temnotě.

3.2 Tradice péče o osoby s těžkým zrakovým postižením v České republice

V České republice má tradice péče o osoby s handicapem poměrně bohaté kořeny, nejinak je tomu v oblasti tyflorehabilitace. Zrod institucionalizovaných snah, které bychom mohli přirovnat k dnešní sociální práci, případně speciálně pedagogickým aktivitám, se nacházejí na přelomu 18. a 19. století. Podstatně souvisejí s tendencí vytvářet spolky zaměřené na určitou oblast života. Na území naší republiky je třeba uvědomit si politický i společenský vliv Rakousko-uherské monarchie, která sice práva svých občanů podstatným způsobem omezovala, ale tendencím vytvářet profesní spolky věnující se péči o osoby s postižením, příliš nebránila. To je celkem logické, neboť práce v této oblasti byla, a zůstává, značně nákladnou záležitostí a výsledky ne vždy přiměřené vynaloženým prostředkům a úsilím.

V letech okolo rozpadu Rakousko-Uherska byly snahy o výchovu a vzdělávání osob se smyslovým postižením propojené s celkovým vývojem správního uspořádání a řízení na území monarchie. Celá společnost a její správa byla nutně konfrontována s minoritou osob s postižením a jejími problémy. Osoby s jakýmkoliv postižením nebo znevýhodňujícím onemocněním, se stávaly

marginální skupinou společnosti, obdobně jako chudina nebo delikventi a byli považováni za méněcenné a nevzdělatelné. Postižení v oblasti komunikace bylo kladeno na roveň mentální retardaci nebo tělesnému postižení. (SYNEK, 1920).

V péči o osoby s handicapem byly v době přelomu 18. a 19. století poměrně velmi aktivní církve. To lze vysvětlit motivací vyvěrající z evangelijních doporučení účinně pomáhat potřebným a celkové církevní tradici v péči o nemocné, opuštěné a chudé. Veškeré snahy nabízející jim pomoc souvisejí s mírou výše zmíněné společenské stigmatizace těchto sociálních skupin. Mnohé významné osobnosti tyflorehabilitace náležejí k duchovnímu stavu nebo se hlásí k církvi, případně jiné náboženské společnosti. Do konce 18. století byla církevní péče o osoby s handicapem jednoznačně převládající na celém území habsburské monarchie, s mnohdy striktními a omezujícími centrálními zásahy. Ty se v první řadě soustředily právě na spolčovací právo a podstatným způsobem korespondovaly se stavem tehdejší legislativy.

Snahy spadající do oblasti tyflopedagogiky velmi úzce souvisejí se zavedením povinné školní docházky Marií Terezií v roce 1774. Postupně se měnila délka zákonné povinnosti navštěvovat vzdělávací zařízení. Konkrétní aspekty, včetně případného zohlednění osob s postižením, byly předmětem až dalších zákonných úprav. Ze dne 26. 11. 1818 je známé nařízení vlády o povinné výchovné péči pro slepé děti, v němž dolnorakouská vláda výslovně doporučuje přijímání dětí se zrakovým postižením do veřejných škol. Rozhodně se nejedná o nevýznamný počin, zvláště pokud vezmeme v úvahu tehdejší úroveň realizace školní docházky u populace bez postižení.

V roce 1781 vešla v platnost pravidla pro zřizování institucí pro opuštěnou mládež, nemajetné a osoby choré, k výdělku nezpůsobilé. Do roku 1863 jsou zakládány tzv. farní ústavy věnující se dobročinným aktivitám osob ohrožených materiálním nedostatkem.

Od roku 1785 získávají farní ústavy statut veřejnoprávní instituce, kde v čele stojí správcové, tzv. otcové chudých. Financování

chudinská péče pocházelo z přímých obecních daní, což představovalo určitý typ regulace. (MUŽÁKOVÁ, 2008).

Ještě na začátku 19. století neexistovala na území Rakouska Uherska žádná instituce, která by se specializovala na pomoc osobám se zrakovým postižením. Vývoj v této oblasti se uskutečňoval zdola, nejprve ve formě spolkových aktivit rozvíjených nezávisle na sobě v Praze a ve Vídni, v letech 1804 – 1806. V roce 1807 zahájil činnost dobročinný spolek Soukromý ústav pro slepé děti a na oči choré, nazývaný Hradčanský ústav pro slepé.

Na území monarchie platily v 19. století dosti pokrokové sociální zákony, které počítaly s určitým typem pojištění ve svízelných životních situacích. Například zákon o úrazovém pojištění dělnickém z roku 1887. Legislativní normy ošetřující financování odborných specializovaných ústavů vznikají až na počátku 20. století.

Od druhé poloviny devatenáctého století hrál podstatnou roli v chudinské péči statut domovského práva. Chudinské zákony ukládaly obcím povinnost postarat se o své potřebné. Příslušnost k určité obci zakládala právo na pomoc od obce v případě chudoby. Příslušnost k domovskému svazku zůstávala do značné míry na libovůli obcí, což se ve výsledku pochopitelně působilo proti uznání domovského práva osobám s postižením. Pokud konkrétní obec nedisponovala dostatkem finančních prostředků pro poskytování chudinské péče, přecházela povinnost na okresy. Stát se pak finančně zapojoval do zakládání ústavů pro choromyslné, sirotčinců a dalších institucí. (NEUDÖRFLOVÁ, 2009).

3.2.1 Počátky institucionalizované péče o osoby s těžkým postižením zraku na území České republiky - Alois Klar (1763 – 1833)

Počátky systematicky pojatých snah o vzdělávání a výchovu osob s těžkým postižením zraku souvisejí na našem území se jménem

Aloise Klara (1763 – 1833), a to ve spojitosti s historicky první institucí pro pomoc osobám se zrakovým postižením v Evropě. Patří k celosvětově uznávaným osobnostem tyflopedagogiky. Měl vlastní zkušenost se získaným zrakovým postižením, od 23 let trpěl zřejmě kataraktou. Klar byl především velkým humanistou a štedrým dobrodincem studentů, kteří se potýkali s problémy materiálního rázu. Krom toho významně podporoval umění a profesně se zabýval řeckou filologií a českou literaturou na pražské univerzitě. (Heslo Klar, SMÝKAL, 1998).

Důležitost nespatoval pouze ve faktickém stavu svých svěřenců, možnostech jejich vzdělávání a zapojování do pracovního procesu. Jeho snahou bylo zajistit co největšímu počtu osob s postižením takové životní podmínky, aby bylo naplněno jejich lidství. Z dnešního pohledu bychom A. Klara mohli zařadit nejspíše mezi sociální pedagogy se silným etickým akcentem. (Heslo Klar Alois, Ottova encyklopedie, 2006, s. 249).

V roce 1807 se Klar stává spoluzakladatelem „*Soukromého ústavu pro slepé děti a na oči choré*“, kde v letech 1825 – 1828 zastává funkci ředitele. Jednalo o projekt sociálního lékařství, k němuž náleželo nejen zařízení výchovné, ale i léčebné, kde se prováděly na tehdejší dobu složité oční operace. Velkým přínosem jsou zkušenosti a poznatky v oftalmologii, kterou v ústavu provozoval Dr. Johan Fischer. Koncepce ústavu pojatá z části jako pedagogická a z části jako medicínská se pravděpodobně stala jablkem sváru a důvodem, proč samotný A. Klar opustil funkci ředitele ústavu poměrně záhy. Jádro záměru ústavu tvořila snaha o systematické pojetí péče o chudé děti s těžkým postižením zraku, v tehdejší terminologii děti „*slepé*“ nebo „*na oči choré*“, jak rovněž stálo v názvu ústavu. (SMÝKAL, 1998).

Své zkušenosti s vedením ústavu shrnul Klar v roce 1831 v knize *Denkwürdigkeiten des Prager Privat-Instituts für arme blinde Kinder und Augenkranke* (viz seznam literatury). V Klarově publikaci lze nalézt popis učebních osnov, finančních nákladů, personálního zajištění a veškerým podstatným aspektům fungování ústavu.

Záměrem ústavu v Klarově pojetí byla prevence žebroty chovanců skrze vyučování a výchovu, která vede k pořádku, pracovitosti a dobrým vztahům ke všem lidem, souhrnně řečeno řádný život. Na druhou stranu nepovažuje za nutné, aby se nevidomé děti učily všemu jako jejich vidící vrstevníci. Skrze znalosti a pracovní návyky měli být chovanci ochráněni před nedůstojným a nesamostatným životem, kdy by byli nuceni získávat finanční prostředky žebráním. Jakékoliv zaměstnání nebo činnost u chovanců hodnotí jako přínosné, protože znemožňuje nudu a odvádí děti s postižením od zhoubného návyku žít zahálčivým životem.

Ve spojitosti s těžkým zrakovým postižením popisuje hrozby pro jeho nositele: nudu, pocity marnosti, ztrátu tělesných sil, rozvoj škodlivých návyků. Klar vyjmenovává vyučované předměty: „*Stvoření Boží – kameny, zvířata, rostliny; lidské produkty, obvyklé materiály, váha; prostor, vzdálenosti, a vztah k tělu; pamětní počítání; základy mechaniky; nauka o společnosti; dietetika a nauka o zdravém životě; nauka o lidské duši (sebepoznání, náboženská výchova); základy společenského chování; základy vokální a instrumentální muziky; mluvnická cvičení, správná výslovnost; biografie nevidomých, kteří se proslavili díky své mravnosti, znalostem a zručnosti*“ (KLAR, 1831, s. 60).

3.3 Lidská práva a osoby s postižením

Lidská práva se opírají o myšlenku obsaženou ve všech velkých náboženských systémech, že každý člověk musí být respektován jako osobnost charakteristická svou podstatou a s ní spojenou důstojností. Podle toho musí být s každou lidskou osobností nakládáno bez ohledu na její akcidity. (IFE, 2001). Myšlenka lidských práv vychází ze dvou základních hodnot, lidské důstojnosti a rovnosti. Východiskem a zároveň zakotvením etiky v sociální práci je

koncepce lidských práv tak, jak ji dnes známe v legislativě států, které ratifikovaly Evropskou úmluvu o lidských právech, případně dalších dokumentech hájících nezadatelná lidská práva a svobody.

Vznik a vývoj konceptu lidských práv má poměrně hluboké historické kořeny. Bývá kladen do osmnáctého století, ale je důležité si uvědomit i hlubší kulturní a historické souvislosti, z nichž myšlenka lidských práv vychází. Potřeba kodifikace lidských práv do písemného a právně vymahatelného konceptu byla vyvolána především zkušeností druhé světové války a s ní spojeným nelidským zacházením s lidmi. Často se jednalo právě o osoby zranitelné, s omezenou možností ochrany vlastními silami. Osoby s postižením, stejně jako některé další skupiny osob, jsou ve svém přístupu k základním právům ohroženy více než ostatní.¹² Tématika ochrany práv znevýhodněných skupin obyvatel se tak objevuje jako praktické vyústění a důsledek obecně pojatých lidských práv v mezinárodním kontextu, na úrovni Organizace spojených národů nebo Rady Evropy. Tyto instituce vznikly v období po druhé světové válce jako reakce na ni a na zkušenost s nelidským zacházením s nejrůznějšími skupinami obyvatel, mezi které patřily m. j. osoby s postižením.

Logicky je třeba usilovat o prosazování lidských práv v oblasti práce s osobami, které jsou nejvíce ohrožené a vzniká riziko, že samy o sobě nedisponují možnostmi, aby svá práva hájily. Zvýšený zájem o aktivní ochranu lidských práv vyvolaný hrůznou zkušeností druhé světové války se v Evropě prohluboval zejména v sedmdesátých letech dvacátého století. V našich podmínkách, vzhledem k tehdejší politické situaci a pozdějšímu vstupu do Evropské unie, byl celý proces poněkud zdržen. Veřejnost je tak často informována jen o výrazných a medializovaných kauzách a na ostatní dění spojené se zapojováním naší republiky do nadnárodních celků jakoby nezbýval

¹² Nejjednodušším opatřením v dobách fašistického Německa se jevilo vyčlenění nositelů dědičných chorob ze společnosti a především zamezení jejich rozmnožování. Všechny tehdejší ústavy pro osoby s postižením měly dvojí význam. Jednak oddělovaly nemocné osoby od zdravých a jednak zamezovaly dalšímu šíření nemocí v populaci. Počet osob v nejrůznějších ústavech byl ovšem tak vysoký, že již pouhé jejich udržování bylo pro společnost velkou hospodářskou i sociální zátěží. Vědci v oboru rasové hygieny prosazovali potřebu rázného zásahu, tj. eliminaci množení osob s postižením, sterilizaci.

dostatek prostoru. V důsledku prohlubování a aplikace přístupů respektujících právo osoby na sebeurčení se v oblasti medicínské péče i u nás radikálně změnil vzájemný vztah lékaře a pacienta. Namísto po staletí tradovaného a osvědčeného paternalistického přístupu lékaře k pacientovi založeném na zcela nevyrovnaném postavení obou subjektů, je v současnosti stále více uplatňován vztah partnerský. V oblasti péče o osoby s postižením, a to zdaleka nejen ve smyslu medicínském, je tomu také tak. Poskytované tyflorehabilitační aktivity respektují potřeby svých adresátů a partnerský vztah poskytovatelů a příjemců vytváří také prostor pro vzájemný dialog a obohacování, které zpětně poskytované služby zkvalitní a vnese v do nich podstatný a potřebný prvek lidského vztahu.

V roce 1971 byla formulována Deklarace práv mentálně postižených osob a v roce 1975 Deklarace práv tělesně postižených osob. U nich je z důvodu povahy postižení snad nejvíce ohroženo zajištění rovného přístupu a dostupnosti služeb. Sedmdesátá léta dvacátého století tak znamenají důležitý počátek explicitního zájmu o ochranu lidských práv specificky ohrožených skupin, který umožnil v celospolečenském měřítku také jejich integraci. V souvislosti se vznikem specificky orientovaných dokumentů se objevila myšlenka vytváření dalších specializovaných kodexů pro osoby s handicapem. Ta postupně začala být aplikována v legislativě, aby byla právně závazná a vymahatelná. Zvýšená pozornost věnovaná odlišnostem a vymezení zvláštních práv pro specifické skupiny osob ve svém důsledku neodpovídá fundamentálním hodnotám důstojnosti lidského života a rovnosti, v nichž jsou lidská práva zakotvena a podporuje tak stigmatizaci. Snaha v nich obsažená vychází ovšem z nutnosti rozlišovat mezi osobami intaktními a osobami s postižením, a uskutečňovat tak integraci a inkluzi jako základní modely soužití obou skupin ve společnosti.

Souvislost mezi lidským zdravím, výzkumem a evropskou integrací nabývá v souvislosti s masívním pokrokem medicíny a praxí lidského konání stále zřetelnějších a konkrétnějších obrysů. Integrační proces se stal účinným nástrojem prevence opakování válečných

konfliktů v Evropě. Je nesporné, že mnohé lékařské objevy vznikají právě v době válečných konfliktů a v mírových podmínkách by cesta k nim byla pravděpodobně komplikovanější, pokud by nebyla zcela vyloučena. Na to v době zcela rutinního používání antibiotik a běžně provozovaných složitých lékařských zákroků zpravidla nemyslíme. I zde stojíme před složitým etickým dilematem, neboť pokusy uskutečňované na lidech přinášely mnoho utrpení a smrti. V době nacistického Německa byly osoby s postižením, stejně jako lidé jakkoliv odlišní, považovány za nehodné lidského života a jejich důstojnost byla zcela popřena. Otevřela se tak cesta jejich využití jako pokusného materiálu pro potřeby armády. (ALEXANDER, 2003).

S takto otevřeným popíráním lidské svobody a důstojnosti se dnes již naštěstí v Evropě nesetkáváme. Nutno ovšem poznamenat, že existují méně zjevné formy odmítání jakkoliv odlišných osob. Jsou nebezpečné, protože jsou skryté a vznikají plíživě, mnohdy spolu s humánními záměry a vznešenými myšlenkami eliminace nemoci, postižení, a z nich plynoucího utrpení.

Někteří současní autoři se ovšem netají svými postoji, které popírají např. právo osob s postižením na život. Děje se tak mnohdy po široké filozofické argumentaci, takže přesvědčivým a velmi silným argumentem zde bývá všestranná utilitarita takového jednání nebo prostě jen pozitivní ekonomický dopad. Jakmile se lidstvu podaří vyvinout takové teorie, existuje prakticky již jen malý krok k jejich aplikaci. Budou nás pak provázet napořád, stejně tak jako třeba vynález atomové energie. Náзор, že těžce postižené děti by po narození měly být zabíjeny, bude asi podporovat málokdo. Po uvedení všech pro a proti, důkladném rozboru všech biologických, psychologických a sociologických dopadů, je již hrozivě snazší podlehnout až svůdně jednoduchému řešení. (MUNZAROVÁ, 2005).

V době, kdy vyhledávanými hodnotami je mládí, krása, úspěch a samozřejmě zdraví se setkáváme s osobami, kterým nebylo přáno těšit se z nich, ale nepřestaly usilovat o to, aby i jejich život byl jedinečnou hodnotou a směřoval k naplnění. Zdraví není právem ani

zásluhou a neexistuje tedy důvod stavět bariéru mezi „zdravými“ a osobami si postižením.

Postupně se objevila myšlenka zvláštní ochrany osob, jejichž práva by mohla být ohrožena ještě více než u ostatní populace, a to z nejrůznějších důvodů. Reprezentanty osob ohrožených na základě věku a s ním spojené procesní nezpůsobilosti se staly děti. V roce 1990 je formulována Úmluva o právech dítěte. Ovšem existují i dospělé osoby, jejichž možnost svobodné volby by mohla být ohrožena nebo dokonce popírána. V první řadě se jedná o osoby psychicky nemocné nebo osoby s mentálním postižením. Zde lze najít počátky mnoha hnutí a organizací jako je např. mezinárodní organizace DPI (Disabled People International). Cíl této organizace je shodný s cílem dále pojednané konvence o biomedicíně. Připomíná důstojnost každého života, jeho nepopíratelnou hodnotu, právo osoby s handicapem na sebeurčení a stejné zacházení jako s osobou intaktní. To jsou požadavky zcela neslučitelné se zaměřováním důstojnosti člověka s jeho užitečností, případně ekonomickým přínosem pro společnost. Je nutno aktivně se zasazovat o ochranu osob v situacích, kdy by se zájmy vědy staly prioritními a ohrožovaly nebo byly povyšovány nad zájem člověka. (IFE, 2001).

Už samotná možnost postavit medicínský výzkum nad zájmy osoby a potřebu hájit práva osob zranitelnějších než ostatní, jakými mohou být právě osoby s handicapem, představuje ohrožení lidských práv. Každá iniciativa jasně definující mnohdy skrytá rizika je nesmírně cenná. Vychyluje příslovečný jazýček vah od pólu smrt do polohy život.

3.4 Osoby s těžkým postižením zraku a současná česká legislativa

Má-li dojít ke skutečnému začlenění osoby s postižením do společnosti, je třeba zajistit jisté ekonomické zázemí, což většinou souvisí s příležitostí k pracovnímu uplatnění, vzdělání a přístupu k dalším oblastem života. Proto je v české legislativě téma zrakového

postižení průřezové a týká se ho i několik zákonů ze souvisejících oborů. Občany se zdravotním postižením je nutno v některých situacích, a mezi ně patří jednání se státem, požadavky občana na stát, souhrnně tedy především legislativní záležitosti, chápat jako minoritu. Nejedná se o žádné segregáční či snad stigmatizační snahy, ale o skutečnost, že jistá skupina osob má oproti majoritě specifické podmínky a možnosti, na jejichž základě uskutečňuje své potřeby.

Mnohdy je složité sladit rovný přístup ke všem osobám a současně osobám s postižením poskytovat ve všech oblastech zvláštní pozornost, která by jejich handicap kompenzovala. Jedním z velkých problémů týkajících se práv zdravotně postižených občanů v naší republice je neinformovanost veřejnosti o skutečných potřebách osob s konkrétním zdravotním postižením. Nízká informovanost se odráží i v malé míře politického zájmu o osoby se zdravotním postižením, z čehož bohužel vyplývá, že pomoc nabízená těmto osobám bývá nedostatečně systematická, což má neblaze ovlivňuje její efektivitu. Zlepšení nepřinesl ani Národní plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, který byl v květnu 2002 projednáván vládou a jeho cílem bylo právě dostatečné legislativní zohlednění osob s handicapem v našem právním řádu. (MICHALÍK, 2003). Dlouhá příprava a projednávání textu zákona o sociálních službách vedlo k tomu, že tento zákon nepřinesl to, po čem organizace poskytující sociální služby volaly. Mnohdy působí naopak kontraproduktivně a poskytování péče značně komplikuje.

Osoby se zdravotním postižením mají dle platných zákonů v naší republice právo na sociální dávky a některé další výhody. Pro osoby se zrakovým postižením jsou důležité především zákony týkající se sociálního a vzdělávacího systému. V následujícím textu se pokusíme vyjmenovat nejdůležitější zákonné normy, o nichž by osoby se zrakovým postižením, případně jejich rodiny, měly být informovány. Pro legislativní účely je třeba míru zrakového postižení přesně definovat. Rozlišování stupně postižení zraku a zachovaných zrakových funkcí pro účely vymezení právních nároků může

vykazovat jisté odlišnosti od klasifikace zrakových vad, která je uvedena v první kapitole této práce.

Užitečné informace týkající se platné legislativy pro osoby se zdravotním handicapem lze najít v publikaci Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené, jejíž aktualizovanou verzi vydává každý rok Národní rada zdravotně postižených. Ta ve své organizační struktuře rovněž zahrnuje Komoru zrakově postižených.

3.4.1 Konvence o biomedicíně

V souvislosti s obrovským rozvojem medicíny ve druhé polovině dvacátého století se objevila nutnost ochrany člověka v kontaktu s vyspělou medicínou a výzkumem. Některé medicínské zásahy dokonce představují přímou hrozbu pro zachování důstojnosti lidské osoby a jejího práva na sebeurčení.

Z iniciativy Rady Evropy vznikl mezinárodní dokument *Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny*. Protože konvence je dokumentem obecným a platí bez rozdílu pro všechny, bez ohledu na jejich zdravotní stav nebo případná omezení, nenajdeme v ní o skupině osob se zrakovým postižením žádnou explicitní zmínku. Přesto má konvence pro osoby s postižením velkou důležitost, neboť právě jich se ve zvýšené míře mohou týkat nejrůznější zásahy moderních lékařských technologií v oblasti léčby poruch zraku. Následující text je reflexí konkrétních důsledků konvence pro osoby se zrakovým postižením, případně postižením kombinovaným.

Abychom mohli hovořit o souvislostech Konvence o biomedicíně s osobami s postižením, je třeba nejprve popsat podstatu dokumentu samotného, čemu se věnuje, z jakých kořenů vychází. Až poté je možné zaměřit se na užší oblast jejího působení, v tomto případě důsledky v oblasti života osob s handicapem.

3.4.1.1 Historie a obecná východiska konvence

Konvence o biomedicíně je vsazena do širšího rámce integračního procesu v Evropě. Ten je od svého počátku v poválečných letech nesen myšlenkami demokracie, úcty k lidskému životu a svobody. Legislativní dokumenty Evropské unie čerpají mnohdy z dokumentů jiných nadnárodních institucí, např. Rady Evropy. O té se někdy s nadsázkou říká, že je institucí s obrovským rozsahem zájmu, ale minimální možností vymahatelnosti. Stejně tak celá oblast lidských práv je značně rozsáhlá, a někdy bývá největším problémem plíživé ohrožení práva na sebeurčení a popírání důstojnosti lidské osoby jasně rozpoznat, vymezit a vytvořit účinné mechanismy ochrany.

Od roku 1992 připravoval mezinárodní a interdisciplinární tým odborníků sestavený z popudu Rady Evropy text, který primárně reaguje na politickou situaci v Evropě. Proces integrace se rozšiřuje na různé oblasti a m. j. umožňuje volný pohyb kapitálu, zboží, služeb a osob. Volně se pohybující osoby se mohou stát pacienty, případně se jedná o zdravotníky. V obou případech je velmi praktické mít rámcově vymezená a pro všechny země stejná nebo alespoň obdobná pravidla. (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Dne 16. listopadu 1996 byl kompletní text *Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny* přijat Výborem ministrů Rady Evropy ve Štrasburku a v dubnu 1997 předložen členskými státy Rady Evropy. Ratifikace byla nabídnuta také jiným než evropským státům, které se na přípravě dokumentu podílely (např. USA, Kanada, Japonsko, Vatikán). Platnost konvence nastala ratifikací na území pěti států, z nichž čtyři byly členskými státy Rady Evropy.

Vzhledem ke značné délce celého názvu konvence je možno setkat se s řadou jeho různých variací: např. „Konvence o bioetice“, „Bioetická konvence“, „Úmluva o biomedicíně“, „Úmluva o bioetice“ nebo podle místa vzniku „Štrasburská deklarace“ nebo také „Oviedská úmluva“ podle místa předložení textu státům Rady Evropy. (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

Obecně pojatý dokument, jakým Konvence o biomedicíně bezesporu je, musí zahrnovat informace o základních právech, která je třeba přiznat všem občanům, ať už se ocitnou kdekoliv v rámci společenství a v jakékoliv situaci. Jakkoliv jsou nemoc nebo postižení jistě nepříjemnými a zatěžujícími faktory v životě člověka, k životu patří a je třeba s jejich existencí počítat. Je s nimi tedy počítáno i v rámci integračního procesu. Ten s sebou m.j. přináší garanci zajištění volného pohybu osob v rámci Evropské unie, pochopitelně nevyklučuje ani osoby s postižením a je třeba vytvořit podklady pro rovný přístup k těmto osobám ve všech státech společenství a v dalších státech, které se ke konvenci přihlásily. Konvence se stala součástí probíhajícího integračního procesu v Evropě, který spolu se svým rozšiřováním a zrychlováním ovlivňuje stále více oblastí lidské činnosti.

Na první pohled by se mohlo zdát, že ratifikace konvence bude bezproblémovým aktem členských států Rady Evropy, které pociťují potřebu rozšiřovat proces integrace na oblast medicíny a výzkumu. Minimální možnost vymahatelnosti doporučení Rady Evropy se potvrdila i v procesu ratifikace konvence. Některé státy s přijetím dokumentu vyčkávaly. Jednalo se např. o Rusko a Velkou Británii, tedy země, které m. j. značnou měrou ovlivňují dění u nás; připomeňme související tematiku, např. reformu sociálního systému podle modelu Velké Británie a další. I v dalších členských státech Rady Evropy bylo přistoupení ke konvenci předmětem kritiky a sporů, a to od samého počátku. První návrh konvence vyvolal v polovině devadesátých let dvacátého století v sousedním Německu vlnu protestů ze strany nejrůznějších sdružení, občanských iniciativ, církevních sdružení a dalších hnutí. Kritiky se vesměs shodovaly v tom, že v konvenci spatřují ohrožení ochrany pacienta, případně přímý útok na léty osvědčené mechanismy vztahu lékař – pacient. V první řadě se setkáváme s nedůvěrou ke změně praxe fungování vztahů mezi člověkem – pacientem, a těmi, na které se obrací v případě obav o svůj zdravotní stav.

V České republice nebyla ratifikaci konvence věnována náležitá pozornost, informace o povaze a smyslu dokumentu, stejně jako o jeho ratifikaci totiž k české populaci téměř nepronikly. To způsobilo absenci potřebných informací o konvenci a jejím postavení v našem právním řádu, a to bohužel i u zdravotnické veřejnosti.

3.4.1.2 Účinnost konvence a právní řád ČR

Konvence hraje v České republice roli dokumentu nejvyšší legislativní síly, a to jak pro oblast diagnostiky, terapie nebo výzkumu. Od doby podpisu textu představiteli České republiky v roce 1998 a následné ratifikace v r. 2001, kdy se konvence stala naším nejvyšším zdravotnickým zákonem, by neměl existovat v našem legislativním systému dokument, který by s touto úmluvou byl v rozporu. Pokud by se takový dokument objevil a vyvstal rozpor, musí být situace řešena podle dikce konvence.

Základ Konvence o biomedicíně je vlastně do značné míry shodný s Listinou základních práv a svobod České republiky. Ta je součástí našeho nejvyššího legislativního dokumentu, tedy Ústavy. Podobně je tomu ve členských státech OSN, jež se hlásí k univerzální deklaraci lidských práv. Deklarace ve svém šestém článku, odst. 1 obsahuje větu: „*Každý má právo na život*“. Život se stal subjektem práva a legislativní nástroj mu tímto zajišťuje ochranu. Osoba, jakožto držitel práva na život, má právo o svém životě rozhodovat. Jako je toto právo nepopiratelné, je také nepřenosné na kohokoliv jiného. S tím úzce souvisí především dnes hojně diskutovaná problematika eutanázie a její trestně právní postižitelnost, neboť se vlastně jedná o podíl jiné osoby na sebevraždě. Paradoxně dochází k posunu chápání práva na život, které se prakticky stává právem na smrt.

Na jiném místě Listiny základních práv a svobod stojí: „*Každý má právo na ochranu zdraví*“. Znamená to obecnou možnost občana využívat možností medicíny k tomu, aby jeho život odpovídal

charakteristice zdraví SZO, tedy stavu dokonalé tělesné, psychické a sociální rovnováhy.

Právo na život a právo na ochranu zdraví spolu souvisejí. To, že tato dvě práva jsou zahrnuta v ústavním dokumentu, znamená, že odpovědnost za garanci těchto práv na sebe alespoň částečně přebírá stát. Pod pojmem *každý* pak právo rozumí kteroukoliv fyzickou osobu, bez ohledu na její zdravotní stav nebo na eventuální zdravotní postižení. (CÍSAŘOVÁ; SOVOVÁ, 2002).

Staletími byl prověřen a s úspěchem aplikován paternalistický vztah lékaře k pacientovi. Jelikož lékař byl zpravidla nezměrně vzdělanější osobou než pacient a jeho rodinní příslušníci, byl jediným specialistou na všechna onemocnění a očekávala se od něho jednoznačná rozhodnutí, pacient k němu automaticky chovat téměř bezmeznou důvěru. Tento stav se ovšem vzhledem k rozsáhlým společenským i kulturním změnám stal dále neudržitelným. S rozvojem poznání a rychlostí šíření informací medicína začala pronikat do takových oblastí, které se přímo týkají svobodné existence člověka. Nutně pak vyvstává otázka, do jaké míry může medicína zasahovat do lidských životů, aniž by popírala principy lidské důstojnosti a ideály svobody. Postupem času se začaly objevovat otázky, které cílové skupiny přicházejí v úvahu a jaké zvláštnosti je potom třeba mít na paměti. V první řadě jde samozřejmě o ty skupiny osob, které se zdají být v nevýhodě, protože jejich možnosti jsou jaksi omezené. Jsou to „ti slabší“, např. děti. Jinou skupinou osob v nevýhodě jsou také lidé s onemocněním, chronicky nemocní nebo lidé s handicapem.

Zaměříme se nyní na jednotlivé články konvence a témata, která se mohou týkat osob se zrakovým postižením, případně postižením duálním.

3.4.1.3 Konvence a lidé s postižením

Skupinu osob, jichž se týká lékařství a medicínský výzkum, tvoří jen zdravotníci a osoby akutně nebo chronicky nemocné, které

se potenciálně mohou volně pohybovat po Evropě a vyhledávat lékařskou pomoc nejen ve svém domovském státě. Patří sem i osoby s postižením, jimž je v konvenci také věnována pozornost.

Postižení zraku je širokým pojmem zahrnující v sobě vlastně všechny vady vidění. Od nejlehčích mnohdy nedignostikovaných a neléčených forem slabozrakosti až k totální nevidomosti. Kterákoliv z forem poškození zraku může vzniknout již v době nitroděložního vývoje (prenatálně), v průběhu porodu (perinatálně) nebo po narození (postnatálně). Rozvinutá lékařská věda disponuje poměrně širokými možnostmi, jak vývoj jedince ve všech jeho fázích ovlivnit, umožnit početí a narození, případně narození jedince s postižením zabránit. V tom případě se ovšem jedná o stanovení jisté hodnoty života. Ta však by neměla být stavěna nad právo na život jako takové. Jak tedy v tomto případě uchopit právo na život zachycené v závazném legislativním dokumentu?

Právo se zakládá na velmi přesných termínech, u nichž je jasné, co označují. Zajímavé je, že právě v souvislosti s pojmy typu „člověk“ a „osoba“, což jsou pojmy na první pohled zcela jasné, se setkáváme s výhradami a nejasnostmi. Nedostatečné terminologické vyhraněnosti a definovanosti využívá především polemika zpochybňující život před narozením. Přirozeně se pak nabízí otázka, v jaké fázi vývoje je již možné hovořit o lidské osobě. Ještě dnes se v některých tradičních postojích setkáváme s přesvědčením, že například embryím a osobám s mentálním postižením nelze přiznávat lidská práva. (TAUPITZ, 2002).

Handicap je chápán jako jistá skutečnost ovlivňující lidský život, avšak v žádném případě jej nedegraduje na ne-život. Možná právě zde spočívá důvod širokého záběru konvence. Na půdě Evropského parlamentu se v souvislosti s Konvencí o biomedicíně živě diskutovalo o tom, zda je třeba osobám s postižením přiznávat ještě další práva a vytvářet pro ně jiná pravidla než jaká platí pro ostatní. Samotný fakt existence těchto diskuzí je zajímavý, neboť odkrývá existující rozpor mezi potřebným rozlišením a ideály integrace. Na jedné straně v Evropě panují mohutné integrační snahy a

humanizace přístupu k osobám s postižením, podobně jako k dalším ohroženým osobám. Na druhé straně však tendence vytvářet jakési zvláštní zákonodárství pro osoby s handicapem o integraci nesvědčí. Pokud osoby s postižením vnímáme jako rovnoprávné, není pak opodstatněné zavádět různá pravidla. Pokud existuje legislativní norma stanovující stejná práva pro všechny, není zřejmě na místě paralelně vytvářet zákonné normy pro specifické skupiny obyvatel. Ihned v prvním článku konvence stojí, že „*Smluvní strany budou chránit důstojnost a identitu všech lidí*“. Nečiní se zde tedy poukaz na případné odchylky od zdravotního stavu či postižení.

3.4.1.4 Dostupnost a přiměřenost kvality péče

Ve třetím článku konvence je zakotven spravedlivý přístup k osobám, který všem zajistí dostupnou zdravotnickou péči v dostatečné kvalitě. Ponechme prozatím stranou otázky, co přesně znamená zdravotnická péče v dostatečné kvalitě. V současné době je usilováno o komprehenzivní přístup jak v oblasti léčby nemocí, tak v celém oboru speciální pedagogiky. (JESENSKÝ, 2000). V medicínské péči se setkáváme s nedostatečnou propojeností s institucemi, které by zahájily včasnou navazující péči rehabilitační, o psychologickém a psychoterapeutickém poradenství nemluvě. Právě na tuto skutečnost často poukazují organizace poskytující služby osobám se zrakovým postižením (u nás především Tyfloservis a jím zřízená Tyflocentra). Člověk se získanou oční vadou se po poskytnutí všech možností lékařské péče ocitá v situaci, kdy je postaven před fakt zrakového postižení a zpravidla netuší, jaké jsou další možnosti. Na vadu není dostatečně adaptován, což je další překážkou v získávání informací a přístupnosti následné tyflorehabilitační péče mimo zdravotnická zařízení. Přitom právě např. včasná psychoterapie by v případě nově osleplých osob byla oprávněným požadavkem potřebné kvalitní péče.

Vážnou otázkou všech států s vyspělou úrovní zdravotní politiky je určení hranice dostupnosti standardně poskytované péče. Ekonomické možnosti jsou a vždy budou omezené a s nimi je nutno omezovat i standardně poskytovanou zdravotnickou péči. Medicínské úkony se staly významným obchodním artiklem; tak by mohlo dojít k vytvoření elit, které si jej mohou zakoupit, a dále těch, kdo takovou možnost nemají. V souvislosti s ekonomickou situací resortu pomáhajících profesí i ekonomickou situací osob s handicapem by determinace situace v těchto oblastech byla zcela jednoznačná.

Medicínský pokrok, který už dokázal najít léky proti mnoha nemocem a objevit nejrůznější možnosti operací, se zasloužil velkou měrou o redukci počtu osob se zrakovým handicapem. Na druhou stranu se však musí vyrovnávat s vadami zraku podmíněnými civilizačními vlivy a prodlužováním lidského věku. Krom toho pomáhá narodit se dětem, jejichž šance na přežití by ještě před desítkami let byly nulové, případně by ani nebyly počaty. Nedostatečné vyvinutí očního aparátu se tak stává častou příčinou celoživotního postižení zraku u předčasně narozených dětí. Možnosti lékařské vědy zůstávají nadále omezeny aktuálním stavem poznání a nedostatkem finančních zdrojů, respektive jejich alokací. Při celosvětově rostoucích nákladech na lékařskou péči se počet nemocných nesnižuje.

Medicína se pro obrovské množství poznatků rozdělila do mnoha specializovaných oborů, v nichž zaniká integrita člověka jako celku, která je tolik potřebná při léčbě jakékoliv nemoci. Problémem medicíny není nedostatek znalostí a postupů, ale postupná dehumanizace. Lidský přístup k pacientům či klientům je jistě měřítkem kvality péče. Ani v době rozvinutých medicínských technologií nelze zapomínat, že fyzický stav a psychická pohoda spolu velmi úzce souvisejí. Člověk musí pro medicínu zůstat jednotou složky biologické, psychologické, sociální a v neposlední řadě také spirituální. V tomto kontextu pak musí být poskytována veškerá péče i opravdová komprehenzivní rehabilitace.

V současné době existuje výrazná tendence veškeré dění vyčíslovat penězi. Výhodou je jistě celkem jednoznačné a rychle srozumitelné vyjádření hodnoty. Zároveň ale tento trend vyvolává jakousi apatii a brání pochopení problémů osob s postižením. Nejvíce se snad podobný fenomén projevuje v politickém životě obecně.

3.4.1.5 Informovanost a souhlas

Konvence zahrnuje právo na informace, a to informace dvojího druhu. Jednak se může jednat o informace o zákroku, který se má uskutečnit, a dále o informace o vlastním zdravotním stavu. Právo na pravdivé informace souvisí s otázkou úcty k osobě a s filozofickým pohledem na fakt pravdy samotné. (ŠIMEK; ŠPALEK, 2003). Nesdělení pravdy, milosrdná lež nebo sdělování polopravd může v určitém smyslu znamenat totéž co degradaci osoby na ne zcela svéprávnou bytost. V praxi to tak pacienti skutečně vnímají, protože nápadně opatrných postojů lékařského personálu si většinou nelze nevšimnout. Velmi osvědčenou metodou sdělování informací o zdravotním stavu, případně následcích, které s sebou přináší prakticky každá odchylka, je sdělování pravdy po menších částech. To s sebou nepochybně přináší požadavky na celkovou úroveň komunikace mezi lékařem a pacientem. Krom toho je třeba také respektovat rozhodnutí pacienta neznat informace o svém zdravotním stavu, případně seznámit s nimi jinou osobu. (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

Konvence pamatuje v článku 8 na naléhavé případy, kdy by souhlas stanoveného zástupce znamenal život nebo zdraví ohrožující časovou prodlevu. Zákrok může být proveden bez souhlasu a bezodkladně.

V článku 9 je navíc pamatováno na předem vyslovené přání pacienta. V případě, že pacient již není schopen sdělit svá současná přání, má rozhodování respektovat jeho přání vyslovená ve stejné souvislosti předem. V České republice však nastává s předem vysloveným přáním komplikace spočívající v absenci tradice tohoto

institutu a jeho legislativního zakotvení. V praxi pak může chybět osoba, která by dříve vyslovené přání pacienta znala a sdělila jej lékaři. Otázkou zůstává rovněž forma sdělení předem vysloveného přání, kdy se jako nejsnadněji doložitelné jeví písemné sdělení.(HAŠKOVCOVÁ, 2007).

V článku 5 konvence, obecných pravidlech, je zahrnuto právo pacienta svůj souhlas kdykoliv odvolat. V praxi není pacient vázán povinnostmi sdělovat své důvody pro změnu stanoviska.

V našich podmínkách, ke škodě věci, nedošlo k dostatečné informovanosti veřejnosti o konvenci a jejím obsahu. Pokud člověk v situaci pacienta neví o tom, že konvence je součástí našeho právního řádu a klade si za cíl hájit jeho zájmy, všechna opatření s konvencí spojená může vnímat jako nepříjemné, ale nutné byrokratické úkony. Nejčastěji snad v ordinaci lékaře, kdy mnohdy bez jakéhokoliv vysvětlení dostane od zdravotní sestry za úkol seznámit se s textem tzv. informovaného souhlasu a podepsat jej.

U osob se zrakovým postižením může být problematický již jen samotný fakt seznámení se s textem. Osoba se zrakovým postižením bývá v lepším případě odkázána na přečtení textu asistentem nebo zdravotnickým personálem, v horším případě, pro „zjednodušení a zrychlení procesu“, pouze vyzvána podepsat. S dokumentem v reliéfně bodovém písmu se v ordinaci lékařů, včetně očních, zřejmě v dohledné době nesetkáme. Tuto skutečnost lze v jistém smyslu chápat jako diskriminující, neboť možnost seznámit se s textem, který mají podepsat, není u osob vidících a nevidomých rozhodně stejná.

Právně je obtížné zpětně dokazovat, jakým způsobem došlo k poučení pacienta o plánovaném zákroku, a to zejména za situace, kdy se tak nestalo písemnou formou. Vedle ní je možné akceptovat také souhlas udělený ústně nebo konkludentně, což ovšem s sebou přináší riziko pozdějšího popření ze strany pacienta. Jakkoliv udělování písemného souhlasu k úkonům zvýší objem administrativy, pro svoji prokazatelnost se k němu lékaři uchylují jako k jistotě i při běžných vyšetřovacích a léčebných postupech s minimálním rizikem

vedlejších dopadů na zdraví pacienta. U závažných, a zpravidla invazivních, terapeutických a diagnostických metod, se podpis písemného informovaného souhlasu stává nutností. (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

V souvislosti s podáváním informací osobě, která má podstoupit určitý výkon, přichází v úvahu u osob se zrakovým postižením další, z povahy poruchy zraku, vyplývající problém. Formuláře informovaného souhlasu zpravidla nejsou v ordinacích lékařů k dispozici v bodovém písmu. Krom toho zejména osoby se získaným těžkým postižením zraku bodové písmo nemusejí ovládat a běžný černotisk je pro ně rovněž nedostupný. Velmi často se setkáváme s politováníhodným zvykem zdravotnického personálu nehovořit přímo s osobou, které se celá věc týká (tj. s osobou s postižením), ale např. s jejím průvodcem. Proti tomuto zvyku je třeba rozhodně bojovat, neboť vidící průvodce není žádným zákonným zástupcem ani mluvčím, ale jen osobou, která má usnadňovat realizaci praktických úkonů. Zrakové postižení není faktorem, které by omezovalo způsobilost svého nositele k právním úkonům a omezovalo jeho právo na informace. Ačkoliv toto si většinou všichni uvědomují, zvyk obracet se v hovoru na průvodce je hluboko zakořeněný a bohužel velmi často v praxi prováděný v oftalmologických odděleních. Zde je možné najít souvislost se třetí kapitolou konvence, která se věnuje soukromí a právu získávat informace.

Právo získávat informace o vlastním zdravotním stavu je v mnohém podobné tomu, co bylo řečeno výše. U osob se zrakovým postižením hraje důležitou roli nejen sdělení současného stavu vidění, ale také informování o prognóze. Mnoho zrakových vad (makulární degenerace, glaukom apod.) je progresivního charakteru. Z pohledu lékaře tedy přichází v úvahu informace o nepříliš dobrém současném stavu a zároveň informace o nedobré prognóze. Pro pacienta to tak znamená dvojí zátěž. Nestačí přizpůsobit se stavu zhoršených zrakových funkcí, ale je potřeba začít se učit žít bez jakékoliv zrakové kontroly. V praxi, zvláště z hlediska tyflorehabilitace, mohou být tyto

dva požadavky v rozporu. Zatímco využívání zbytků zraku je velmi žádoucí a doporučuje se jich využívat a zvětšovat možnosti jejich využití, zařazuje se trénink v podmínkách uměle navozené slepoty, kdy se využívání zbytků zraku cíleně zamezuje.

3.4.1.6 Osoby s mentálním postižením

Jak už bylo řečeno, žádná specifika pro osoby se zrakovým postižením nejsou v konvenci obsažena. Zvláštní postavení v ní však zaujímá postižení mentální, neboť významným způsobem ovlivňuje rozhodování o vlastní osobě, stejně tak jako případné zpracování informací o vlastním zdravotním stavu a uskutečňování spouřozhodování ve věcech týkajících se diagnostiky a léčby, případně participace na medicínském výzkumu. V článku 6 a 7 se úmluva přímo vyjadřuje k situaci osob, jejichž způsobilost k rozhodování o sobě samotných je omezena. V této souvislosti připomeňme, že velká část těžkých vrozených zrakových vad bývá kombinována s postižením dalším, nejčastěji právě mentálním (např. dětská mozková obrna, Turnerův syndrom apod.). V budoucnosti počet osob s takto kombinovaným postižením pravděpodobně poroste, zejména díky pokroku medicíny a možnosti přežití novorozenců stále menší porodní hmotnosti. U nich nedochází k dostatečnému vyvinutí příslušných korových center. Důsledkem toho zrakové centrum nezpracovává informace ze zrakového analyzátoru a mozek není celkově dostatečně připraven pro bezproblémový rozvoj v oblasti intelektu.

Někdy také dochází k situaci, kdy bývá osobě se zrakovým postižením mentální postižení diagnostikováno, ovšem ve skutečnosti se jedná pouze o omezení vývoje intelektuálních kapacit zapříčiněných např. sociální situací jedince nebo nedostatečně stimulaující výchovou. Tento fakt sám o sobě může být zdrojem stigmatizace a z toho plynoucích etických problémů.

Spolu s tématem duálního postižení se můžeme setkat s rozporem v přístupu společnosti k osobám s postižením. K osobám s mentální retardací se majorita osob bez postižení chová ostražitě a mnohdy je patrná tendence nebrat je vážně. Mentální postižení je majoritní společností vnímáno jako vůbec nejhorší typ postižení, což potvrzuje praktická část této práce. To spočívá zřejmě v omezené možnosti navázat kontakt a porozumět osobě s mentálním postižením. Jako druhý nejtěžší handicap bývá vnímáno zrakové postižení, a to především v případě úplné nevidomosti. Na druhou stranu ale může být zrakový handicap přijímán velmi pozitivně, a to především díky kultuře, působení osob se zrakovým postižením a dobrými historickými zkušenostmi s nimi.

Je-li možnost rozhodovat o své osobě omezena zásadním způsobem, legislativně bývá stanovena osoba opatrovníka (dle Konvence, čl. 6. paragrafu 3: „*zástupce, zákonně stanoveného orgánu či osoby*“). Ten přebírá povinnost souhlasit s plánovaným zákrokem a přechází na něho odpovědnost za právní úkony, kterých osoba s postižením není schopna. Náleží mu pak také právo kdykoliv souhlas odvolat. Povinnost souhlasu zástupce nezpůsobilé osoby může být snadno opomenuta, a to z důvodu zkušenosti s obtížně vymahatelným právem osob zbavených způsobilosti k právním úkonům. Proto je v rámci ochrany nezpůsobilých osob v Konvenci uváděna varianta duševní poruchy jakožto příčiny nezpůsobilosti rozhodovat o své osobě.

Podobný postoj, s jakým se u intaktní populace setkáváme ve vztahu k osobám s mentálním postižením, je možné zaznamenat vůči osobám s duševní chorobou (článek 7). Souhlas není vyžadován v případě, že by zanedbání provedení výkonu mohlo znamenat závažné poškození zdraví.

3.4.1.7 Význam konvence

Základním přínosem konvence, bez ohledu na výhrady, které ji provázely, je snaha Rady Evropy soustředit svoji pozornost na člověka a vyzdvihnout jeho hodnotu. V centru zájmu tedy není věda, medicína a výzkum, ale člověk a jeho důstojnost. Jde o důstojnost založenou na podstatě lidství samotného a náležející tedy všem osobám bez rozdílu. Osoby se zrakovým postižením, ačkoliv nejsou explicitně v konvenci uváděny, mají stejná práva jako všichni ostatní. To z toho důvodu, že zrakové postižení samo o sobě nemá vliv na rozhodování o své osobě a na možnost dát souhlas k provedení lékařského zákroku. Odlišná je situace u postižení mentálního, a to z důvodu přímého vlivu na možnost rozhodování.

Jako pozitivní lze hodnotit skutečnost, že konvence vznikla a byla ratifikována jako dokument závazný pro všechny osoby, osoby s postižením nevyjímaje.

4 Praktická část

4.1 Teoretická východiska výzkumu

Osoby s těžkým poškozením zraku lze považovat za specifický druh minority, třebaže se nejedná o specifickou menšinu kulturní, jako je tomu např. u osob s těžkým poškozením sluchu.(HRUBÝ, 1999). Rozdíl spočívá především ve sdílení stejného jazykového kódu k dorozumívání a z něho plynoucí kultury srozumitelné a přístupné i pro osoby vně, stejně tak jako v absenci snahy osob s těžkým zrakovým postižením tak vystupovat. Nevidomí sice nevytvářejí specifickou kulturu, ale v souvislosti s jejich specifickými možnostmi poznávání se objevují např. slova, jejichž významu běžně intaktní osoby nerozumějí (např. Pichták¹³, pražská¹⁴, šestibod¹⁵, vepéenka¹⁶ apod). Převážně se jedná o jistý druh slangu, tj. výskyt specifických názvů a označení používaných běžně v prostředí osob se zrakovým postižením nebo o termíny profesního jazyka v oboru tyflořehabilitace. Odlišnost komunity osob se zrakovým postižením od ostatní populace tkví ve specificky upravených postupech sloužících k získávání informací o okolním světě bez vizuálních podnětů a ve facilitaci práce, vzdělávání a výkonu každodenních životních úkonů s redukovanou nebo dokonce žádnou zrakovou kontrolou.

Etické aspekty vztahu k osobám s těžkým zrakovým postižením se často skrývají v přístupu majority k osobám s postižením a je možné sledovat dějinnou i místní oscilaci postojů mezi ostrakizací jako naprostým vyloučením, až po snahy o plnou integraci do světa osob normálně vidících. V obou případech se jedná o extrémní postoje, které vyvolávají nerealistická očekávání u

¹³ Pichtův psací stroj pro záznam Braillova písma.

¹⁴ Přesněji tzv. pražská tabulka pro ruční zápis pomocí Braillova písma.

¹⁵ Kombinace šesti bodů, na jehož základě L. Brail vytkl záznam reliéfní abecedy.

¹⁶ Vysílačka typu VPN 01 používaná pro aktivaci hlasových výstupů v dopravních prostředcích, v budovách apod.

většinové společnosti, stejně tak jako u osob s těžkým zrakovým postižením. Úplné vyčleňování nejen odporuje principu lidských práv, ale odporuje i základním požadavkům na kvalitu života osob s postižením. Rovněž odmítnutí přiznat určitou „jinakost“, třebaže ve snaze o dokonalou integraci, působí kontraproduktivně.

Etická dilemata v životě osob s těžkým postižením zraku a tyflorehabilitaci se nacházejí právě ve výše uvedených postojích. Jedná se přitom vesměs o kombinaci vlivu mravu, morálky a práva. Formují m. j. vzájemné chování intaktních a osob se zrakovým postižením, jehož odraz se nachází nejen v zákonodárství, ale i rovině mravu a morálky. (SOKOL, 2010).

Veškeré postoje k osobám s postižením jsou velmi silně vázány na výchovu, kulturní prostředí a velkou měrou na celou historii dané kulturní lokality, třebaže si to jednotlivec většinou příliš neuvědomuje. Jelikož používáme termínu postoje, který je vlastní sociální psychologii, je třeba brát v úvahu složku emocionální, kognitivní a konativní. (NAKONEČNÝ, 1999). Ve všech vyjmenovaných složkách se běžně setkáváme s interindividuálními diferencemi a dalšími faktory. Všechno dohromady významně determinují postoj majority k osobám s postižením, stejně jako k jiným minoritám, konkrétní postoje jednotlivců i charakteristické chování skupin. Je třeba mít na paměti značnou propojenost všech vyjmenovaných rovin a jejich možnou variabilitu na základě vývoje osobnosti a zvláště na základě osobní či zprostředkované zkušenosti s faktem postižení. Běžně se setkáváme např. se situací, kdy intaktní osoba není příliš solidární s lidmi se zrakovým postižením, ale ve chvíli, kdy se v příbuzenstvu nebo v užším okruhu známých objeví těžká zraková vada, dochází k přehodnocení postojů a mnohdy i k vlastnímu zapojení se do specifických forem služeb. Zřetelně to dokládá následující příklad ženy z Pobytového rehabilitačního a rekvalifikačního střediska v Praze:

Exkurz

Pětadvacetiletá Klára s radostí očekávala narození svého druhého dítěte. Byla absolventkou střední průmyslové školy dopravní a nežli nastoupila na mateřskou dovolenou se svým prvorozeným synem Davidem (3, 5 roku), pracovala u Českých drah jako průvodčí. Svoji práci měla ráda, v kolektivu byla vždy oblíbena, žila ve spokojeném manželství a svůj život považovala za šťastný a naplněný. Ona i její blízcí byli zdraví, v rodině se nikdy nevyskytla závažná porucha zraku nebo jiné postižení.

Druhé dítě (Romana) se narodilo koncem šestého měsíce těhotenství. Dívenka byla zdráva, z důvodu nedovyvinutí očního aparátu však bylo ihned po narození jisté, že zrak bude po celý její další život těžce postižen.

Dnes je Romaně sedmnáct let. Disponuje zbytky zraku a správným světlocitem, z velké blízkosti je schopna rozlišit výraznější barvy a v kontrastu obrysy větších předmětů. Pohybuje se za pomoci bílé hole. Jedná se o aktivní dívku studující konzervatoř (kytara a sólový zpěv) se zájmem o studium psychologie. Pracuje jako dobrovolnice v občanském sdružení pro podporu osob se zrakovým handicapem.

Romana často hovoří o své matce, která se po jejím narození začala velmi zajímat o výchovu a vzdělávání dětí s těžkou slabozrakostí.. Díky množství kontaktů a informací poskytovala dceři od útlého věku tyflopédagogickou péči na vysoké úrovni. Dokonce absolvovala kurz pro instruktory prostorové orientace a samostatného pohybu osob s těžkým zrakovým postižením. Později dokonce zcela změnila dosavadní profesní kariéru a prakticky od dokončení kurzu vyučuje prostorovou orientaci a samostatný pohyb ve škole pro žáky s poruchami zraku.

Klára otevřeně přiznává, že si nikdy nepomyslela, že by se stala učitelkou ve škole pro žáky se specifickými potřebami. Ve svém původním povolání byla zcela spokojena. Narození dítěte s postižením hodnotí jako náročnou životní situaci, kterou překonala s podporou

manžela a celé širší rodiny. Ta se stmelila a přijala Romanu jako svého člena, který jen „občas potřebuje vidět rukama“. Uvádí, že kdyby se sama nestala matkou dcery s těžkým zrakovým postižením, nejspíš by se k práci instruktorky prostorové orientace vůbec nedostala a její pracovní život by se ubíral zcela jiným směrem.

V praktické části, krom porovnání vnímané závažnosti různých typů postižení ze strany intaktních osob a osob s postižením, považuji za potřebné pokusit se přesněji definovat také vztahy majoritní populace k osobám s těžkým zrakovým postižením. Kvalita života osob s postižením totiž velkou měrou závisí právě na tom, jak jejich vadu vnímá sociální okolí a do jaké míry mají možnost aktivní participace. S tím souvisejí témata adaptace, akceptace, možnosti seberealizace, profesního růstu apod. Těmto tématům je věnována teoretická část práce a dále se na ně zaměřuji v části praktické. Vycházím přitom z dříve realizovaných výzkumů a jejich výsledků.

4.2 Východiska výzkumu

Výzkum v praktické části této práce se z velké části inspiroval výsledky výzkumu uskutečněného v rámci magisterské práce nazvané *Handicap a společnost* (KEHÁROVÁ, 1992). Jednalo se výzkum prováděný v rámci stejnojmenné diplomové práce obhájené na katedře speciální pedagogiky Pedagogické fakulty UK v Praze. Jeho výsledky jsou uváděny v mnoha odborných publikacích věnovaných speciální pedagogice, případně sociální politice a tyflorehabilitaci (např. VÁGNEROVÁ, 2008). Význam výzkumu spočívá především v jeho tematické jedinečnosti spočívající v monitoringu vztahu majoritní společnosti k osobám s postižením a vztahu osob s handicapem k majoritě, vyhodnocení vzájemných očekávání, míře tolerance a empatie. Výzkumy s podobným zaměřením se sice objevují, jejich pojetí však bývá obecnější. Krom toho nejsou do výzkumu Kehárové zahrnuta témata spojená s některými dílčími aspekty charakteristiky

vztahu osob s postižením a osob intaktních k samotnému faktu postižení, tj. k omezení vyplývajícího z porušené nebo absentující funkce zraku, sluchu, intelektu, případně tělesné schránky, souvislosti spirituality s adaptací či akceptací, případně souvislost věku, pohlaví a dosažené vzdělání s akceptací vady. Jedná se o témata dosud neprobádaná.

V praktické části se tak pokusím o doplnění realizovaných výzkumů o nastíněná témata, ověření stávajících výsledků a komparaci dat. Dalším tématem je pak vnímání handicapu osobami s těžkým zrakovým postižením a jejich názor na možnost akceptace ostatních postižení.

4.3 Výzkumy realizované v minulosti

Existující výzkumy týkající se osob se zrakovým postižením je možno pracovní rozdělit do dvou kategorií. Jedná se o obecněji orientované projekty zaměřující se na otázky tolerance společnosti k různým minoritním skupinám, a mezi nimi k osobám s postižením, a projekty cílené přímo na konkrétní skupiny osob s postižením.

Nevýhodou obecnějšího pojetí je skutečnost, že neposkytuje dostatek prostoru pro rozlišování mezi jednotlivými typy vad. Osoby s postižením jsou mnohdy označeny souhrnně termínem lidé s postižením nebo invalidé. Příkladem průzkumu tolerance české většinové společnosti k nejrůznějším minoritám je v pravidelných intervalech opakovaný průzkum tolerance Centra pro výzkum veřejného mínění.

Další obecněji pojaté výzkumy jsou také realizovány orgány státní správy působící v oblasti sociální politiky. Například Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR provádělo v letech 1986 – 1990 výzkum v rámci projektu Zdokonalování soustavy sociálního zabezpečení. Cílem byl monitoring situace a detekce problematických bodů v systému sociální péče o osoby se zdravotním postižením.

Z výzkumu vzešly podněty pro úpravu legislativních norem týkajících se osob s jakýmkoliv zdravotním znevýhodněním. Mimo jiné však výzkum poukázal na riziko vyplývající z terminologie. Pojem péče působí značně paternalisticky a mnohdy neodpovídá očekáváním osob s handicapem. Proto také došlo ve speciálně pedagogické terminologii k posunu používaných označení.

Výzkumy zaměřené konkrétně na skupinu osob zrakovým postižením jsou zpravidla realizovány institucemi pracujícími v oboru tyflorehabilitace. Výsledky pak slouží jako ukazatel vyhodnocení dosavadní činnosti a vodítko pro další směřování aktivit. Proto bývá jejich zaměření velmi specifické.

4.3.1 Handicap a společnost (KEHÁROVÁ, 1992)

Jedná se o jediný výzkumný projekt svého druhu uváděný v České odborné literatuře. Byl uskutečněn v rámci diplomové práce vzniklé na Fakultě speciální pedagogiky PF UK v Praze. Obsahuje mezinárodní prvek a respondenty se stali studenti intaktní a studenti s tělesným postižením. Výzkumu se účastnilo celkem 133 respondentů a byly porovnávány názory českých a belgických studentů na různé aspekty akceptace postižení ve společnosti a míru empatie mezi skupinami osob s postižením a osob intaktních. (KEHÁROVÁ, 1992).

Kvantitativní výzkum byl prováděn metodou zadávání dotazníku s uzavřenými, otevřenými a strukturovanými možnostmi odpovědí. Otázky směřovaly ke zjištění mínění osob intaktních o osobách s postižením a naopak, o míře jejich vzájemné empatie a informovanosti.

Výsledkem popsaného výzkumu bylo zjištění, že 45% respondentů považuje mentální postižení za nejtěžší handicap vůbec. Druhé místo obsadil handicap zrakový. Za nejzávažnější ze všech jej považovalo 30% respondentů, a to především jeho nejtěžší formu, tj. nevidomost. Dále vyplynulo, že převládajícím pocitem osoby bez

postižení při setkání s osobou s těžkým zrakovým postižením je soucit. Ten je vázán především na vlastní zkušenost s množstvím zrakových vjemů, které jsou intaktním jedincem vnímány jako zcela nepostradatelné. Nevidomého z toho důvodu považuje za zásadně ochuzeného na úrovni veškerého poznávání okolního světa, třebaže jeho možnosti komunikace se světem osob bez postižení zůstávají zachovány a k dorozumění s ním není potřeba žádného specifického způsobu dorozumívání, jakým je třeba u osob se sluchovým postižením znakový jazyk.

Intaktní osoby ve výzkumu kladly velký důraz na osobní nezávislost, zatímco jako přání pro vlastní život osob s postižením není tato tendence nikterak výrazná. Intaktní osoby také preferují ve vztahu k osobám s postižením rovnocenný a partnerský vztah namísto vztahu nerovného „pečovatelského“. Osoby s postižením podezírají intaktní populaci z nedostatku zájmu o vzájemné soužití a absenci aktivního zájmu ze strany osob intaktních, ačkoliv výsledky výzkumu dokázaly, že ten ve skutečnosti nechybí. Pokud se však objevily náznaky lhostejnosti k osobám s postižením, ta se ve větší míře projevovala u studentů z Belgie. (KEHÁROVÁ, 1992).

V otázce prožívání radosti ze života osoby s postižením uváděly, že ji prožívají bez vedlejších starostí. Na rozdíl od nich intaktní osoby projevovaly méně spontaneity v prožívání životních radostí a zároveň se ani nedomnívaly, že osoby s postižením jsou schopny radovat se intenzivněji než oni.

Bylo také zjišťováno, zda se osoby bez postižení domnívají, že osoby s postižením jsou dostatečně materiálně zabezpečeny. V této oblasti projevovali intaktní respondenti nejvíce obav a materiální zajištění osob s postižením považovali většinou za zcela nedostatečné.

Krom toho byla intaktním osobám položena otázka, co by navrhovaly zajistit pro osoby s postižením. Nejčastěji uváděnou odpovědí byla realizace v oboru, materiální zabezpečení, zapojení do společenského dění, zlepšení chování osob bez postižení, případně zřizování ústavů a para center. (KEHÁROVÁ, 1992).

Výsledky výzkumu Handicap a společnost nebyly dále ověřovány v navazujících výzkumech s účastí většího počtu respondentů, případně respondentů bez vzdělání v oblasti speciální pedagogiky. Dalším nezanedbatelným faktorem, který mohl výsledky výzkumu v roce 1992 ovlivnit, je historický kontext jeho realizace. Uskutečnil se pouhé tři roky po zcela zásadní změně politické situace v České republice, tedy v době, kdy standardně dochází k nárůstu zájmu o problematiku, které předtím byla věnována pozornost jen okrajově, a to s důrazem na vybrané aspekty. Poněkud stranou zůstávala před rokem 1989 sociální složka lidské osobnosti a kontakt světa osob s postižením s většinovou společností. Důsledkem odhlížení od tohoto vztahu je riziko izolace osob s postižením do specifického světa vrstevníků se stejným postižením a profesionálních pracovníků věnujících se práci s osobami s postižením. V důsledku prosazovaného světového názoru byl v době před rokem 1989 zcela přehlížen spirituální rozměr lidské osobnosti, který však s faktem postižení a akceptací vady může velmi úzce souviset, což jsem se rozhodla prověřit ve výzkumu této práce.

Od provedení rozsáhlejšího šetření s větším časovým odstupem a zapojením více respondentů bez znalostí oboru speciální pedagogiky lze očekávat odlišné výsledky. Proto jsem se rozhodla na výzkum Handicap a společnost navázat a rozšířit jej o vyjmenované aspekty.

4.3.2 Tolerance obyvatel ČR, Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR, 1995 - 2007

Od roku 1995 provádí Centrum pro výzkum veřejného mínění Akademie věd ČR¹⁷ v pravidelných intervalech opakované výzkumy zaměřené na míru tolerance obyvatel České republiky k osobám odlišujícím se od majority. Je hodnocena a porovnávána míra

¹⁷ Dále jen CVVM AV.

tolerance ke specifickým skupinám občanů, např. alkoholikům, osobám závislým na drogách, homosexuálům, Romům, Židům, lidem s kriminální minulostí, k lidem bohatým nebo naopak chudým, k politikům, k osobám s jiným náboženským přesvědčením, cizincům a také k invalidům. Výzkumy CVVM AV patří mezi obecněji orientované, a proto se nespécializují na zjišťování postojů společnosti k osobám s jednotlivými typy postižení. Není přesněji specifikováno, které konkrétní osoby jsou do kategorie „invalidé“ zahrnuty. V roce 2007 došlo dokonce v posunu v tom smyslu, že pro účely výzkumu byl termín *invalidé* nahrazen slovním spojením *lidé tělesně postižení*. Osoby se smyslovými vadami do této kategorie nespádají explicitně ani implicitně. Jako zvláštní kategorie osob jsou ve výzkumech CVV AV navíc uváděni také lidé s mentálním handicapem.

Pro výzkum tolerance jsou respondentům pokládány dvě otázky. Jednak otázka zjišťující sociální distanci: které osoby z vybraných skupin obyvatel by nechtěli mít za sousedy. Další otázka je projektivní, respondenti určují míru tolerance lidí v ČR k daným skupinám obyvatel. Dotazovaný podvědomě podává informaci o své vlastní toleranci. Vyhodnocován je přitom vliv různých sociodemografických charakteristik (např. věk, vzdělání, lokalita) respondentů na jejich odpovědi. V odpovědích na obě otázky byla v dosavadních výzkumech prokázána přímá úměra. O osobách, jejichž sousedství není respondenty považováno za nežádoucí, zpravidla soudí, že jsou rovněž tolerovány společností. Právě naopak je tomu u osob, které nejsou akceptovány jako sousedé.

Mezi nejvíce odmítané skupiny obyvatel patří osoby závislé na alkoholu (79% respondentů v roce 2010) a drogách (86% respondentů v roce 2010 by je nechtělo mít za sousedy). Podobně 75% respondentů by nechtělo bydlet v sousedství osob s kriminální minulostí.

K osobám označovaným jako invalidé, stejně jako k osobám jiného náboženského nebo politického přesvědčení a mladým lidem, byla opakovaně zjištěna vysoká míra tolerance české společnosti. Ta v průběhu uskutečňování výzkumů stále stoupá. 70 – 80% populace je dlouhodobě přesvědčeno o toleranci k invalidům, přibližně stejné

procento od roku 2007 k osobám s tělesným postižením. Podle výsledků z roku 2003 by v sousedství invalidů nechtělo žít pouze asi 5% dotazovaných, v roce 2005 to byla dokonce již jen 2%. V této otázce se odpovědi příliš nelišily. To svědčí o nízké míře sociální distance majority k invalidům, což by se analogicky dalo vztáhnout také k osobám s dalšími typy postižení.

Odlíšná situace je však v oblasti tolerance k osobám s psychickými nemocemi. ovšem ve společnosti nepanuje tak vysoká míra tolerance jako k invalidům. Kladně se k otázce jejich tolerance společností vyjadřovalo v opakovaných výzkumech 41 – 45% respondentů. Více než polovina respondentů by osoby s psychickým onemocněním nechtěla mít za své sousedy. (ČERVENKA, 1995).

Opakované průzkumy vykazují u české populace poměrně vysokou míru tolerance ke skupině osob označovaných jako invalidé, případně lidé tělesně postižení. Od roku 1995 nejsou patrné žádné velké výkyvy, cca 75 – 77% respondentů považuje obyvatele České republiky za tolerantní k invalidům. Výjimkou jsou výsledky výzkumu z let 2003 a 2005. Zde došlo k citelnému propadu tolerantního přístupu. Zatímco v roce 2003 považovalo českou společnost za tolerantní k invalidům 83% respondentů, v roce 2005 se takto vyslovilo již jen 75% dotázaných. Protože se jedná o projekční otázku, bylo by možné předpokládat celkový pokles tolerance právě mezi rokem 2003 a 2005. (DIMITROVÁ, 2007).

Interpretace dlouhodobě zjišťované míry tolerance k daným skupinám osob může spočívat v hodnocení společenské nebezpečnosti chování, případně v předpokladu vlastní viny na příslušnosti k dané skupině. Alkohol a drogy významně determinují lidské chování, takže není snadné jej předvídat. Do stavu závislosti se dostal sám závislý. Pokud se nesnaží o nápravu, není společností přijímán. Náprava daného stavu je logicky očekávána u toho, kdo jej způsobil. Podobně osoby s kriminální minulostí jsou odpovědné za své chování, které navíc ostatní lidi může ohrožovat. Ani u nich nepřekvapuje nízká míra tolerance a vyšší sociální distance.

U skupiny osob nazývaných invalidé, nebo později osoby s tělesným postižením nenacházíme společenskou nebezpečnost jejich chování a navíc zpravidla nepředpokládáme ani vlastní zavinění. Analogicky by situace mohla platit u osob s dalšími typy postižení. Předpoklad, že rovněž osoby s těžkým postižením zraku budou nejspíš obecně přijímány, se jeví jako logický a reálný.

Jako poněkud jiná se jeví situace v případě společenské tolerance psychicky nemocných osob. Ani zde sice nemusí nutně existovat předpoklad vlastního zavinění, ovšem může panovat obava z nepředvídatelnosti jednání takového člověka. Tím by bylo možné vysvětlit větší společenský odstup a nižší míru tolerance. Podobné postoje by se snad daly očekávat také u osob s mentálním postižením, které chování člověka rovněž ovlivňuje. To se stalo inspirací pro výzkum předkládaný v této práci: zjištění míry akceptace jednotlivých typů postižení. Psychická onemocnění tvoří samostatnou problematiku, proto nebyla do výzkumu zahrnuta. (TABERY, 2010).

4.3.3 Průzkum odborného sociálního poradenství pro zdravotně postižené, 2009

Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených¹⁸ v Olomouci funguje od roku 2003. V roce 2009 provádělo na základě zadání Asociace poraden pro zdravotně postižené průzkum odborného poradenství pro osoby se zdravotním postižením. Cílem průzkumu bylo přinést aktuální údaje sloužící k monitoringu situace v oblasti specifických sociálních služeb definovaných v rámci zákona č. 108/2006, o sociálních službách.

Výzkum byl prováděn formou kvantitativního šetření a porovnával potřeby občanů se zdravotním postižením s úrovní nabízených služeb v oblasti sociálního poradenství. Zaměřil se na četnost zařízení sociálního poradenství v jednotlivých krajích, jejich

¹⁸ Dále jen VC IZP.

zřizovatele, dostupnost pro uživatele, míru vybavenosti a bezbariérovost.

Výzkumu se účastnilo 246 respondentů z řad klientů s různými typy postižení a 80 poskytovatelů služeb odborného sociálního poradenství.

Z hlediska zde předkládané práce jsou velmi zajímavé výsledky výzkumu orientované na služby pro různé podskupiny osob se zdravotním postižením. V otázce dostupnosti a kvality byly jako nejlepší hodnoceny služby odborného sociálního poradenství pro osoby se sluchovým a tělesným postižením (průměr 1, 83, resp. 1, 92 na pětistupňové škále, kde hodnota 1 představuje nejvyšší kvalitu). Dále to byly poradenské služby pro osoby se zrakovým postižením (průměr 2, 15). S průměrným hodnocením 2, 48 byly hodnoceny služby sociálního poradenství pro osoby s mentálním postižením a celkovým průměrem 2, 54 služby pro osoby s duševním onemocněním. (VC IZP, 2009).

Výsledky průzkumu

Výše uvedené výsledky jsou pro zde předkládanou práci inspirující a lze je interpretovat z hlediska specifičnosti sociálního poradenství a jeho postavení mezi ostatními typy služeb. Vypovídají totiž m. j. o míře zájmu poskytovatelů sociálního poradenství o jednotlivé cílové skupiny. Ve shodě s předcházejícím výzkumem tolerance dokládají, že smyslové a tělesné vady nejsou vesměs hodnoceny jako důvod k sociální distanci. Za předpokladu využití kompenzačních pomůcek jsou fakticky pokládány za relativně málo omezující a při řádné informovanosti jejich uživatelů lépe akceptovatelné nežli mentální postižení nebo duševní onemocnění. V případě využití dostupné kompenzace nemusí sluchové a tělesné postižení znamenat zásadní překážku v oblasti uspokojivé komunikace s osobami bez postižení, poskytování sociálního poradenství a de facto rovněž integrace do běžné populace. Omezení sluchu je celkem dobře kompenzovatelné nejrozličnějšími naslouchadly a implantáty, které zesilují vnímaný zvuk a zároveň nejsou nápadné, takže uživatele neodlišují od jeho okolí. Lze také komunikovat ve znakovém jazyce.

U intaktní populace o těchto možnostech existuje povědomí, děti s vrozeným poškozením sluchu dokonce často navštěvují kolektivní zařízení běžného typu, což doporučují odborníci jako podpůrný prostředek pro korekci komunikačních dovedností, především učení správné výslovnosti pomocí nápodoby mluvy osob bez sluchového postižení. Zároveň se intaktní děti učí vnímat kamaráda se sluchovým postižením jako běžnou součást kolektivu, a to tvoří dobrý vstupní předpoklad pro úspěšnou integraci v průběhu dalšího života.

Pro osoby s tělesným postižením je třeba s ohledem na jejich handicap Specifika se týkají především úpravy prostor, kam klienti mohou docházet. V případě osob s tělesným postižením zpravidla nebývá nijak zásadně narušeno porozumění a běžná komunikace s intaktními osobami. V intelektuálních aktivitách se neliší od intaktní populace a komunikace s nimi nevyžaduje žádná zvláštní opatření.

V případě mentálního handicapu je situace odlišná. V komunikaci s intaktními osobami může docházet k nepochopení právě z důvodu deficitu inteligenčního potenciálu. Existuje možnost komunikace s rodinnými příslušníky, ovšem pak nastává otázka stavu způsobilosti k právním úkonům osoby s mentálním postižením a ochrany osobních údajů těchto osob. Chybějící intelektové schopnosti nelze kompenzovat tak jako nedostatky v oblasti smyslových analyzátorů nebo tělesné vady. Je třeba soustředit se na maximální využití mentálních kapacit, které jsou k dispozici. To ovšem může pro sociální poradenství znamenat zásadní omezení, a je možné, že právě proto se v této oblasti vyskytuje nejvíce obav službu poskytovat.

Ve shodě s výzkumem CVVM AV je možné analogicky předpokládat možné obavy poskytovatelů sociálního poradenství vůči osobám s psychickými chorobami.

4.3.4 Výzkum rehabilitačního a rekvalifikačního střediska pro nevidomé v Praze 6 Dědině, 2010

Na absenci výzkumu zaměřeného na problematiku osob se zrakovým postižením reagují specializované organizace na základě

svého poslání. Například Rehabilitační a rekvalifikační středisko v Praze na Dědině je jediným zařízením svého druhu v České republice. Od svého vzniku v roce 1994 se ve své činnosti orientuje na sociální a pracovní rehabilitaci osob s těžkým zrakovým postižením, především pak získaným. Ti se především potřebují vyrovnat s těžkým postižením zraku a naučit se s ním žít, což zahrnuje používání základních i složitějších kompenzačních pomůcek. Na takový zácvik pak u některých klientů navazuje také vhodně zvolený rekvalifikační program.

Pro potřeby střediska byla v roce 2010 realizována anketa mezi bývalými klienty, která se zaměřovala na faktický stav zaměstnanosti a uplatnitelnosti bývalých klientů na trhu práce. (SCHIFFEROVÁ, Marie: osobní sdělení dne 8. 2. 2011). Hodnocena byla hlavně efektivita poskytovaných služeb a klienti mohli také poskytnout své postřehy a návrhy pro zkvalitňování služeb. Při realizaci výzkumu se objevily etické nesnáze znemožňující získání přesných statistických dat. Klienti pro svůj pobyt uzavírají se střediskem časově omezený kontrakt, takže jejich další spolupráce se zařízením je po absolvování rehabilitace nebo rekvalifikace čistě dobrovolná (příloha č. VII).

Za 10 let činnosti se pobytových programů sociální rehabilitace a pracovní rekvalifikace účastnilo 302 osob. Ty byly na výročním setkání požádány o vyplnění dotazníku zaměřeného na porovnání očekávání při vstupu do programu a evaluaci po jeho absolvování, včetně vlivu na kvalitu života a profesní spokojenost. Dotazník vyplnilo pouze 66 osob. Vzhledem k relativně nízké návratnosti dotazníků vzešly z výzkumu pouze orientační výsledky, které alespoň částečně vypovídají o důležitosti služeb poskytovaných střediskem Dědina a o jeho dalším směřování. Výsledky proto nebyly nikde publikovány a slouží pro vnitřní potřebu střediska.

Převážná část respondentů se vyjádřila ve smyslu spokojenosti s kvalitou svého současného života a spokojenosti s úrovní služeb poskytovaných střediskem. Výzkum poukázal také na poměrně vysoký podíl zaměstnanosti bývalých klientů střediska, a to jak formou zaměstnaneckého poměru tak samostatného podnikání. Lze

ovšem předpokládat, že společensky, a tedy i profesně, více angažovaní jedinci projeví také více zájmu o spolupráci se střediskem, které jim v minulosti poskytlo služby.

Výzkum Rehabilitačního a rekvalifikačního střediska v Praze částečně reaguje na absenci výzkumu zachycujícího stav zaměstnanosti u osob s těžkým zrakovým postižením. Hlavní překážkou realizace takového výzkumu je nedostatek relevantních údajů, tj. kolik osob pobírajících invalidní důchod z důvodu těžkého postižení zraku je fakticky zaměstnáno, případně na jaký úvazek, a kolik osob pracovat chce a zaměstnání neúspěšně hledá, tak aby splňovaly podmínky pro definici nezaměstnanosti. Reálnou možností se jeví zjištění míry zaměstnanosti u poživatelů invalidních důchodů ve spolupráci s Českou správou sociálního zabezpečení. Neexistuje však evidence informací o tom, z jakých důvodů je invalidní důchod přiznán. Z pohledu instituce státní správy, jakou ČSSZ je, by se jednalo o neetický postup a nedodržení mlčenlivosti v oblasti osobních údajů klientů.

S osobami se zrakovým postižením jsou dále nejvíce v kontaktu sociální odbory orgánů veřejné správy, případně Úřad práce, který vyplácí dávky, tj. příspěvky na péči a další příspěvky na pořízování kompenzačních pomůcek. Vzhledem k uspořádání veřejné správy je sociálních odborů v celé České republice značné množství a spolupráce na potenciálním výzkumu by byla opět klasifikována jako prolomení mlčenlivosti.

Bývalí klienti rehabilitačního a rekvalifikačního střediska podali rovněž cenné informace o spokojenosti s kvalitou vlastního života a o souvislosti profesního uplatnění s celkovou životní spokojeností. Z celkového počtu 66 respondentů uvedlo 27 z nich, že je s kvalitou svého života zcela spokojeno a 23 spíše spokojeno. Pouze 5 osob vyjádřilo spíš nespokojenost a 1 člověk značnou nespokojenost. To koresponduje i s naplněnými očekáváními klientů. Lze se tedy domnívat, že pobyt ve středisku, ať již rehabilitační nebo rekvalifikační, kladně ovlivňuje kvalitu života frekventantů.

Zajímavé odpovědi přinesla otázka, co by klientům pomohlo zlepšit jejich život. 7 osob uvedlo, že by uvítali méně předsudků od většinové společnosti a její větší pochopení. Stejný počet respondentů uvádí zlepšení zdravotního stavu. Klienti tedy přikládají vztahu s většinovou společností přibližně stejný význam jako vlastnímu zdravotnímu stavu, zatímco pouze 4 respondenti by očekávali zlepšení svého života na základě lepšího finančního zabezpečení. V dalších odpovědích se objevovala snazší potupnost kompenzačních pomůcek, zejména osobních počítačů, více možností pro zrakově postižené na trhu práce, lepší podmínky bydlení a také přátelé a optimismus.

Byť šlo o interní anketu pro potřeby rehabilitačního a rekvalifikačního střediska, výsledky jsou inspirativní pro výzkum uváděný v této práci. Pokusím se dále přiblížit oblast vztahů většinové společnosti k osobám s těžkým zrakovým postižením, především ve smyslu definování pocitů, jaké mají intaktní osoby při náhodném setkání s osobou s těžkým zrakovým postižením, dále jejich motivaci k nabídnutí případné pomoci a případné překážky takové pomoci. V kvantitativním i kvalitativním výzkumu se také budu věnovat otázce zaměstnanosti a hlavních obav, které se na straně intaktních osob v této oblasti vyskytují.

4.4 Cíle výzkumu

Sociálnímu dopadu postižení na život jedince ve společnosti je od roku 1989 věnována poměrně značná pozornost. Jak vyplynulo z již realizovaných výzkumů, především pak výzkumu tolerance České společnosti CVVM AV, invalidé, eventuelně lidé s tělesným handicapem, jsou ve společnosti ve velké míře tolerováni. V průběhu času nedocházelo k podstatnějším změnám v toleranci a sociální distanci. V dnešní době hodnotí respondenti celkově společnost jako tolerantnější než tomu bylo v polovině devadesátých let. U všech sledovaných skupin buď došlo k posílení v oblasti tolerance, případně nedošlo ke změně postojů. V kratším časovém horizontu došlo od

roku 2007 naopak k velmi pozvolnému poklesu přesvědčení o toleranci k vybraným skupinám obyvatel. (CVVM AV, 2010). Tolerance k osobám se zrakovým postižením zjišťována nebyla, lze na ni usuzovat pouze analogicky. V průběhu času se také míra tolerance může měnit.

Proto byl ve zde předkládaném výzkumu vytyčen hlavní cíl, a krom něho několik dílčích cílů, kterým pak odpovídají použité metody a stanovení hypotéz. Především hodlám provést komparaci názorů intaktních osob na míru akceptovatelnosti postižení zrakového, sluchového, tělesného a mentálního. Specializuji se především na srovnání celkového posuzování dopadu jednotlivých typů postižení na jednotlivce a jeho komunikaci s intaktními osobami. Cíle práce jsem pracovně rozdělila na hlavní a doplňující (dílčí).

Hlavní cíle:

- Zjistit, jak populace intaktních osob hodnotí zrakové postižení ve srovnání s postižením sluchu, tělesným a mentálním postižením.
- Zjistit, jak osoby se zrakovým postižením posuzují svůj handicap ve srovnání s ostatními typy postižení.
- Definovat nejčastější pocity, které zažívají intaktní osoby při setkání s osobou s těžkým zrakovým postižením.
- Stanovit, zda je náboženská víra vnímána osobami se zrakovým postižením a osobami intaktními jako pomocný faktor v akceptaci těžkého postižení zraku.

Dílčí cíle

- Zjistit, zda a jakým způsobem vlastní zkušenost s postižením, případně výskyt postižení v rodině nebo profesní specializace v oboru tyflopédie ovlivňuje celkový pohled respondenta na zrakové postižení

- Zjistit stanovisko respondentů k aktivitám církví na poli tyflorehabilitace a tyflopédie.
- Stanovit míru povědomí respondentů o roli církví v práci s osobami se zrakovým postižením
- Zjistit stanovisko respondentů k aktivitám církví na poli tyflorehabilitace a tyflopédie

4.5 Výzkumný rámec

S rostoucím důrazem kladeným na kvalitu života zahrnující v sobě jak subjektivní prožívání konkrétního jedince tak sociální aspekt a udržitelnost života jsem se v praktické části práce zaměřila na některé otázky soužití osob s postižením a osob intaktních.

4.5.1 Stanovení hypotéz

Na základě výsledků již prováděných výzkumů a popsáných dopadů zrakového postižení byly pro výzkum stanoveny následující skupiny hypotéz:

Hypotézy týkající se hodnocení postižení intaktními osobami:

- Osoby s těžkým postižením zraku jsou, vzhledem k historickým a tradicím uchovávaným zvyklostem, v porovnání s osobami s dalšími postiženími nejspíše společensky akceptované.¹⁹
- Postižení, které je vnímáno jako nejvíce ohrožující kvalitu života, je současně pro intaktní populaci nejhůře akceptovatelné.
- Za postižení nejvíce negativně ovlivňující kvalitu života je považováno postižení mentální.²⁰

¹⁹ Hypotéza odvozena z výzkumu KEHÁROVÁ, 1992.

²⁰ dtto

- Za nejsnáze akceptovatelné postižení je intaktními osobami považováno postižení sluchu.²¹
- Hlavním postojem intaktních osob k osobám s těžkým zrakovým postižením je především soucit.²²
- Náboženská víra je vnímána jako významný pomocný faktor v mezních životních situacích, jakou je konfrontace člověka s těžkým postižením zraku.

Hypotézy týkající se hodnocení postižení osobami s těžkou zrakovou vadou:

- Osoby s těžkým zrakovým postižením vnímají svoji vadu v porovnání s dalšími postiženími jako nejsnáze akceptovatelnou.
- Náboženská víra je osobami s těžkým zrakovým postižením vnímána jako významný pomocný faktor v akceptaci vady.

4.6 Použité metody výzkumu

Povaha otázek orientujících se na zjištění postojů většího množství respondentů vyžadovala použití kvantitativní metody, která by zajistila rychlý sběr dat. Velkou slabinou typické kvantitativní metody, dotazníkového šetření, bývá nízká návratnost vyplněných dotazníků. V sociologických výzkumech je za úspěch běžně považována již 50 % a návratnost. (DISMAN, 2008). Zároveň dotazník při větším výzkumném vzorku neumožňuje přímý kontakt tazatele s respondentem a řadu skutečností tak nezachytí.

Dotazník je standardně považován za metodu typickou pro kvantitativní výzkum. Tento názor v sobě skrývá nejedno riziko plynoucí ze zjednodušení a oploštění pochopení přínosu metod kvalitativních i kvantitativních. Kvantitativní metody mohou být někdy nesprávně chápány jako striktně a jednoznačně vědecké,

²¹ Hypotéza odvozena z výzkumu KEHÁROVÁ, 1992.

²² dtto

zatímco metody kvalitativní jako ryze zkušenostní, fenomenologické, klinické nebo terénní. Důsledné rozlišování obou metod by mohlo vést k zavádějícím výsledkům, a proto realizovaný výzkum neodhlíží od vzájemné propojenosti a možnosti vzájemného doplnění. Kvantitativní výzkum totiž vždy předpokládá jistou kvalitativní znalost a vypovídá pouze o distribuci zkoumaných hodnot. (PETRUSEK, 1999).

Krom zjištění kvantitativních dat se zde předkládaný výzkum zaměřuje také na změny postojů a hodnocení služeb. V tomto případě se jedná spíše o kvalitativní údaje nejlépe zjistitelné od osob, které mají zkušenost s tyflorehabilitačními aktivitami před rokem 1989 i nyní, a mohou posoudit nálady ve společnosti týkající se integrace osob se zrakovým handicapem. Proto byla kvantitativní metoda doplněna metodou kvalitativní, a to formou expertního šetření mezi osobami zapojenými do současných tyflorehabilitačních aktivit.

4.7 Kvantitativní výzkum

4.7.1 Východiska dotazníkového šetření, skupiny respondentů

Jako výzkumné metody kvantitativního výzkumu bylo použito šetření pomocí dotazníku (příloha č. V). Protože výzkum zahrnuje zjišťování postojů osob intaktních a osob se zrakovým postižením, byly modifikovány dva typy dotazníku, a to pro každou z cílových skupin.

Dotazníkové šetření se uskutečnilo v období od 1. 11. 2008 do 31. 1. 2010. Na otázky odpovídalo celkem 935 respondentů, z toho 35 osob s těžkým postižením zraku a 900 osob intaktních, případně osob, jejichž stav nezpůsobuje závažnější omezení v běžném životě.

Jednalo se záměrně o studenty vysokoškolských oborů, které mají k problematice osob s postižením určitý vztah. Z respondentů studentů se za několik let stanou absolventi, a ti se s velkou pravděpodobností ve své praxi budou s osobami s nejrůznějšími typy

postižení setkávat a podílet se na práci s nimi, ať již jako terapeuti, lékaři, učitelé, sociální pracovníci, nebo jako reprezentanti dalších pomáhajících profesí, případně jako zaměstnavatelé. Zapojí se do společenského života jako jedinci disponující možností zásadně ovlivnit konkrétní aktivity v oblasti legislativy, ekonomie, lékařství, sociální práce, pastorační služby a dalších aktivit, které se zásadním způsobem dotýkají kvality života osob se zrakovým postižením.

Respondentů bez těžkého zrakového postižení z akademického prostředí vysokých škol na území hlavního města Prahy bylo celkem 865, z toho 857 studentů a 8 vyučujících.

Zadání dotazníků posluchačům vysokých škol také přispělo k zajištění vysoké návratnosti dotazníků. Vyplnění dotazníku bylo možné po dohodě s vedením daných fakult zařadit jako součást výuky, čímž se problém s návratností dotazníků podařilo podstatným způsobem eliminovat.

Výběr respondentů z řad vysokoškolských studentů směřuje k poměrně vysoké sociální i lokální diferenciaci vzorku respondentů. Jedná se sice o skupinu jednotlivců srovnatelného věku a vzdělání, studenti však nezřídka pocházejí z různých měst, obcí, dokonce i států, odlišných sociálních poměrů a tvoří tak do jisté míry různorodou skupinu, kterou spojuje společný studijní obor. Hlavní město lze v tomto směru považovat za centrum výše popsané infrastruktury pro vysokoškolské studium osob se specifickými potřebami. Vysokoškolští studenti s postižením zároveň tvoří důležitou součást komunity osob s postižením, neboť vytvářejí intelektuální základnu, a tím rovněž významnou společenskou reprezentaci osob s postižením.

Studenti pražských vysokých škol tvoří značně různorodou sociální skupinu. Jsou mezi nimi také studenti s těžkým zrakovým postižením, neboť v hlavním městě dostatek podpůrných aktivit pro integraci vysokoškolských studentů. I oni patří do referenční skupiny studentů určitého oboru, mnohdy se účastní stejných volnočasových aktivit jako jejich vrstevníci, avšak jejich studium je uzpůsobeno právě specifickým potřebám souvisejícím s postižením. Vzhledem

k nim potřebují poměrně propracované technické zázemí v celém procesu získávání znalostí a kompetencí vyžadovaných konkrétním studijním oborem, resp. fakultou.

Do výzkumu byli zapojeni také sociální a pedagogičtí pracovníci institucí, které se ve své činnosti specializují na pomoc osobám se zrakovým handicapem. Jednalo se o 14 zaměstnanců rehabilitačních a rekvalifikačních středisek a školských zařízení. Čtyři respondenti, sociální pracovníci, mají vlastní zkušenost s těžkým zrakovým postižením, a proto jsou i v tabulkách uváděni zvlášť v této kategorii respondentů.

Aby nebyl výběr respondentů omezen pouze na studenty a specializované pracovníky institucí pro osoby se zrakovým postižením, byli jako kontrolní skupina zařazeni také respondenti bez specifického vztahu ke konkrétnímu zaměstnání ve prospěch osob se zrakovým postižením. Celkový počet respondentů v této skupině, nazývané pracovně jako „ostatní“, byl 125 osob. Jednalo se vesměs o členy různých zájmových sdružení nebo o pracovníky firem či institucí, bez specifického zaměření nebo vzdělání v oboru speciální pedagogiky nebo sociálních služeb. Zajištění jejich účasti se uskutečnilo převážně pomocí tzv. techniky sněhové koule.

Dotazník byl zaměřen na otázky každodenního života, toleranci a soužití, neboť právě v nich se nacházejí mnohá etická dilemata specifická pro soužití intaktních osob s minoritou osob se zrakovým postižením. Proto se otázky týkaly hodnocení různých typů postižení, vlastní zkušenosti s postižením, otevřenosti respondentů k zaměstnávání osob s těžkým zrakovým postižením, obav z integrace do pracovního procesu, posouzení dostatečnosti pomoci v běžných situacích a některých faktorů spjatých se spiritualitou jedince v korelaci k akceptaci vady.

Celkové početní rozložení respondentů ze skupiny osob bez vlastní zkušenosti s těžkým zrakovým postižením zobrazuje následující tabulka č. 1 a graf č. 1.

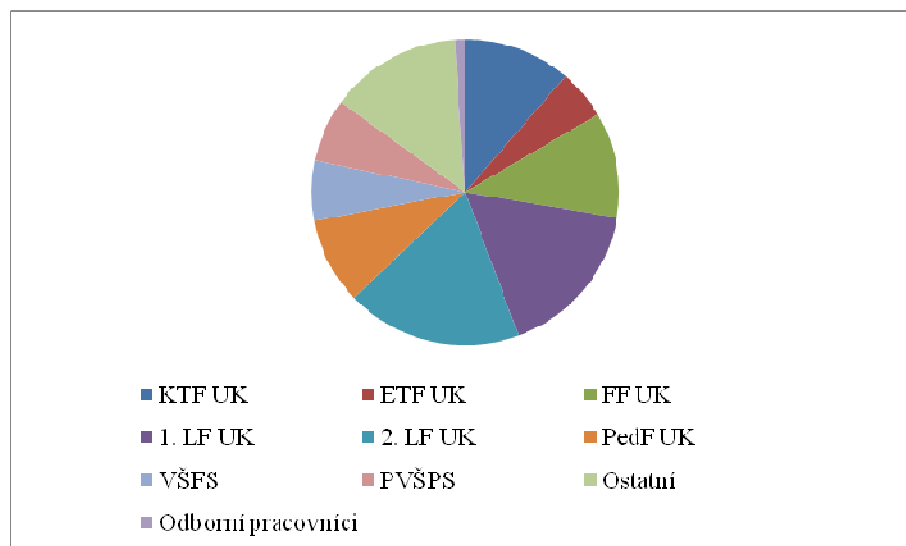
Tabulka č. 1

Počet intaktních respondentů zapojených do kvantitativního výzkumu

Intaktní respondenti z kategorie	celkem	ženy	muži
KTF UK	102	61	41
ETF UK	47	26	21
FF UK	100	81	19
1. LF UK	150	126	24
2. LF UK	167	102	65
PedF UK	82	81	1
VŠFS	57	40	17
PVŠPS	60	45	15
Ostatní	125	63	49
Celkový počet respondentů	900	634	253

Graf č. 1

Rozdělení intaktních respondentů.



Protože v některých otázkách bylo cílem výzkumu zjistit rozdíly mezi odpověďmi respondentů bez vlastní zkušenosti se zrakovým postižením a naopak respondentů, kterých se zrakové postižení osobně týká, byl mírně modifikovaný dotazník distribuován také osobám s těžkým zrakovým postižením. Jednalo se o celkem 37

respondentů s těžkým zrakovým postižením. V osmi případech se jednalo o integrované studenty výše uvedených fakult, tedy osoby, které s vidícími vysokoškolskými respondenty pojí stejný obor studia a výhledově snad i podobná profesní specializace.

V rámci dotazování byl modifikovaný dotazník předložen také respondentům s těžkým zrakovým postižením, případně dalšími vadami. Výzkum se zaměřil na praktické aspekty vztahů mezi osobami se zrakovým postižením a osobami intaktními. Konkrétně se jednalo o vnímání faktu postižení a jeho vliv na život osoby s postižením ve společnosti, uplatnění na trhu práce, obavy obou skupin osob při vzájemném kontaktu v běžných situacích ap.

Popsaný výběr respondentů byl zvolen pro předejití možnému zkreslení výsledků výzkumu skutečností, že by respondenty byli pouze vysokoškolští studenti, případně osoby pohybující se v akademickém prostředí, nebo osoby pracující v oblasti sociálních nebo vzdělávacích služeb určených osobám se zrakovým postižením.

V dalších osmi případech se jednalo o frekventanty dvouleté praktické školy neprofesního typu při škole Jaroslava Ježka v Praze, tedy v pedagogickém zařízení zaměřeném specificky na žáky se zrakovým postižením.²³

Cílem dvouletého prakticky orientovaného studijního programu navazujícího na základní školní docházku je příprava žáků na samostatný život, případně na studium profesního oboru nebo kvalifikační studium. V případě devatenácti respondentů se jednalo o frekventanty rehabilitačního a rekvalifikačního programu v Rehabilitačním a rekvalifikačním středisku pro nevidomé v Praze 6.

Počty respondentů s těžkým zrakovým postižením obsahuje následující tabulka a graf.

²³ Ve škole Jaroslava Ježka v Praze funguje, krom mateřské a základní školy s internátem, v současné době také dvouletá praktická škola provozující edukaci na základě individuálních vzdělávacích plánů reagujících na specifické zdravotní, sociální nebo jiné potřeby frekventantů.

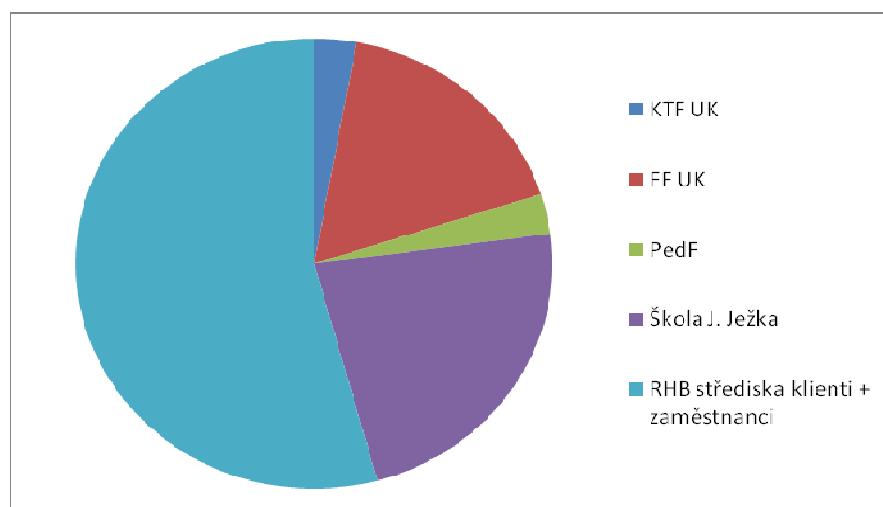
Tabulka č. 2

Počet respondentů se zrakovým postižením zapojených do kvantitativního výzkumu

Respondenti se zrakovým postižením	celkem	ženy	muži
KTF UK	1	1	0
FF UK	6	6	0
PedF	1	1	0
Škola J. Ježka	8	0	8
RHB střediska klienti + zaměstnanci	19	12	9
Celkový počet respondentů	37	20	17

Graf č. 2

Rozdělení respondentů se zrakovým postižením



V případě osob s těžkým zrakovým postižením bylo původně konkrétní zadání dotazníku zamýšleno v několika verzích, z nichž by si respondenti vybrali formu, která jim nejvíce vyhovuje:

- dotazník v Braillově bodovém písmu, který předpokládal odpovědi ve stejné formě
- dotazník v elektronické podobě na PC s hlasovým výstupem nebo Braillovým řádkem

- přečtení otázek z dotazníku tazatelem a zaznamenávání ústně sdělených odpovědí do dotazníku (prakticky forma strukturovaného rozhovoru)

V pilotním projektu se metoda jmenovaná na posledním místě osvědčila jako nejvhodnější, neboť ne všichni respondenti ovládají Braillovo písmo nebo práci s počítačem v takové míře, aby jim vyplnění dotazníku nepůsobilo nepřiměřeně velké nesnáze a nebylo ve výsledku překážkou v účasti na výzkumu. Dotazník byl tedy s respondenty vyplňován formou strukturovaného rozhovoru a zaznamenáván do černotiskového dotazníku tazatelem. Tato forma vyplňování dotazníku se osvědčila jako výhodná mimo jiné také proto, že umožňuje bližší vysvětlení jednotlivých otázek a dalších komentářů k tématu, případně zachycení neverbálních projevů respondenta.

4.8 Postup vyhodnocení výzkumu

4.9 Vyhodnocení dat kvantitativní části výzkumu

Při vyhodnocování dat získaných vyplněním dotazníku od 937 respondentů byly postupně vyhodnocovány jednotlivé odpovědi. Aby bylo možné odpovědi přehledně kvantitativně vyhodnotit, byla jim přiřazena číselná hodnota. V případě některých otázek respondenti již formou číslice uváděli své odpovědi. Odpovědi všech respondentů byly zaznamenány formou číselných hodnot do tabulek, a to podle referenčních údajů uvedených skupin (osoby se zrakovým postižením, intaktní osoby, profesionální pracovníci, ostatní, a u otázek 12 – 17 také podle uváděného vyznání, resp. aktivní příslušnosti k církvi či náboženské skupině). Každý řádek tabulky tak představoval odpovědi jednoho respondenta. Ve sloupcích byly obsaženy číselnými hodnotami vyjádřené odpovědi na jednotlivé otázky v dotazníku.

K vyhodnocení bylo použito následujících indikátorů:

- výpočet aritmetického průměru²⁴ je vhodný u číselně vyjádřených odpovědí týkajících se zjištění pořadí závažnosti jednotlivých postižení, jak ji vnímají respondenti, míry akceptovatelnosti a vyjádření míry ztotožnění se s určitou výpovědí (odpovědi na otázky č. 1; 2; 3; 8; 10; 12; 13; 16; 17; 18).
- stanovení absolutní četnosti konkrétního typu odpovědi, tj. počet respondentů, kteří odpověděli shodným způsobem a pro odpověď použili stejnou hodnotu z nabízené číselné škály.
- výpočet Pearsonova koeficientu korelace (REKTORYS, 2000; HENDL, 2004) byl použit proto, aby bylo možné posoudit souvislost mezi sociálně-demografickými charakteristikami respondentů a typem jejich odpovědí, případně mezi jednotlivými odpověďmi. Na tomto místě je třeba podotknout, že se nejedná o výzkum fyzikálních veličin, ale míru závislosti na uměle vytvořených stupnicích nezávisle proměnných. Při interpretaci korelací dat bylo proto třeba jisté opatrnosti. Záměrně byly korelovány všechny sloupce, a to i když v daném případě bylo již z teoretického hlediska pravděpodobné, že vztah korelace zde nejspíš neexistuje. Nepřímo tak byla získána zpětná vazba v oblasti validity odpovědí respondentů a také vznikl prostor pro nalezení korelací poukazujících na vztahy mezi odpověďmi.

²⁴ Aritmetický průměr je nejčastěji používanou statistickou veličinou. Omezuje se na vyjádření centrální tendence. To s sebou přináší nepřesnosti a rizika. Pro jejich eliminaci bylo proto použito stanovení dalších indikátorů.

4.9.1 Akceptace různých typů vad

První otázka v dotazníku je zaměřena na základní hodnocení a srovnání čtyř typů vad (tělesné, mentální, zrakové, sluchové) z pohledu intaktních respondentů a respondentů s těžkým zrakovým postižením. Zadáním bylo nejprve vybrat postižení, které každý z respondentů považuje za nejtěžší, resp. nejvíce omezující a další vady číselně označit podle pořadí, v jakém vnímá jejich závažnost. Platilo přitom, že číslice 1 znamená v subjektivním hodnocení respondenta nejhorší postižení a číslice 4 naopak nejméně závažné postižení. Je zřejmé, že vytvoření pořadí ve smyslu závažnosti jednotlivých postižení je značně relativní a závisí také na představách každého člověka o handicapu, případně jeho osobních či zprostředkovaných zkušenostech. K tomu bylo přihlédnuto v otázce 4 a 5 v dotazníku.

Další dvě otázky rozvíjejí otázku první. Druhá otázka se blíže zaměřuje na vztah respondenta k osobám s různými typy vad, resp. k vadám samotným. Respondenti měli sdělit, která z vad pro ně představuje největší překážku zejména v komunikaci, případně vyvolává odmítavé reakce.

Poslední otázka podobného druhu byla formulována tak, aby respondent zhodnotil akceptovatelnost a možnost adaptace na jednotlivá postižení. Respondenti byli dotazováni, v jakém pořadí by byli schopni uvedená postižení akceptovat u sebe, případně vlastního dítěte, pokud by byli postaveni před nutnost volby. Předpokládala jsem, že výsledky budou shodné jako u předchozích otázek, neboť pokud někdo považuje za nejhorší určité postižení nebo mu nejvíce vadí, pak by pro něho bylo zřejmě rovněž stěžejí akceptovatelné. Cílem otázky bylo prokázat a ověřit postojoyou koherenci respondentů, a tím i validitu odpovědí.

Odpovědi na první tři otázky byly samostatně vyhodnoceny a porovnány:

1/ stanovením aritmetického průměru vyjádření ke každému typu postižení

2/ výpočtem absolutní četnosti shodných odpovědí,

a to zvláště u skupiny osob bez postižení a osob s těžkým zrakovým postižením.

4.9.1.1 Akceptace vad intaktními osobami

Tabulka č. 3

Aritmetický průměr hodnot přiřazených intaktními respondenty k otázce č. 1: „*Za nejhorší typ postižení (nejvíce omezující) považuji postižení tělesné, zrakové, sluchové, mentální*“ (hodnotící škála 1 = relativně nejvíce omezující; 4 = relativně nejméně omezující)

Typ postižení	zrakové	tělesné	sluchové	mentální
Osoby intaktní	2,2	2,6	3,1	1,8

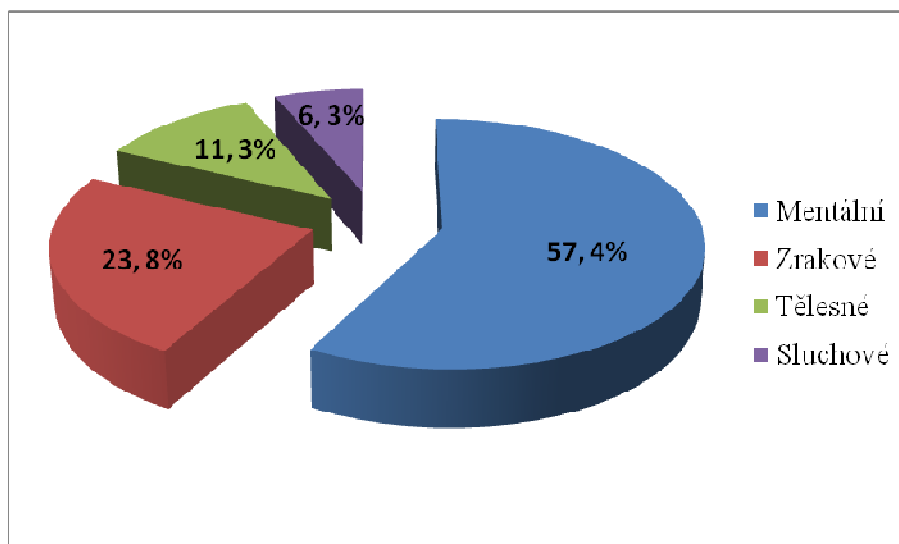
Tabulka č. 4

Absolutní četnost odpovědí intaktních respondentů na otázku č. 1

Postižení	tělesné	zrakové	sluchové	mentální
1. nejvíce závažné	102	215	57	517
2.	297	328	142	113
3.	248	271	259	103
4. nejméně závažné	6	67	424	149

Graf č. 3

Procentuální zastoupení absolutní četnosti odpovědí intaktních respondentů: „*Za nejhorší (nejvíce omezující) postižení považuji*“:



Více než polovina intaktních respondentů (57, 4%) považuje mentální handicap v porovnání s vadou zraku, sluchu a tělesným postižením za vůbec nejtěžší typ vady.

Jako druhé nejtěžší postižení bylo intaktními respondenty označeno postižení zraku. Celkem 215 (23, 8 %) intaktních respondentů považuje postižení zraku v porovnání s ostatními za nejtěžší vadu. Jedná se téměř o čtvrtinu dotázaných, a tím i významnou část respondentů z intaktní populace. Z porovnání výsledku s tabulkou č. 3 (průměrná hodnota odpovědi u intaktních respondentů činí 2, 2), vyplývá, že zrakové postižení představuje pro běžně vidící populaci vada zraku druhé nejtěžší postižení, a tedy značné omezení kvality života.

Ohledně zrakového postižení z hlediska aritmetického průměru odpovědí i z výpočtu absolutní četnosti následuje postižení tělesné. 11, 3% intaktních respondentů považuje tělesné postižení za nejvíce omezující. Jako vůbec nejhorší bylo hodnoceno 102 respondenty, celkové skóre vyjádřené aritmetickým průměrem odpovědí je 2, 6.

Z hlediska závažnosti jednotlivých typů postižení hodnotí intaktní respondenti jako nejméně závažné poruchy sluchu. Pouze 57 , tj. 6, 3% respondentů uvedlo sluchové postižení jako nejzávažnější ze všech uvedených vad. Tomu odpovídá aritmetický průměr přiřazený

sluchovému postižení intaktními respondenty 3, 1 (viz tabulka č. 3 a 4). Oproti tomu jako jednoznačně nejméně závažné označilo sluchové postižení 424 intaktních respondentů.

4.9.1.2 Akceptace vad osobami se zrakovým postižením

V odpovědích respondentů s těžkým zrakovým postižením jsou, oproti respondentům intaktním, patrné určité rozdíly. Aritmetický průměr hodnot odpovědí respondentů s těžkou zrakovou vadou, absolutní četnost shodných typů odpovědí a její grafické znázornění obsahuje tabulka č. 5 a 6 a graf č. 4.

Tabulka č. 5

Aritmetický průměr hodnot přiřazených respondenty s těžkým zrakovým postižením k otázce č. 1: „*Za nejhorší typ postižení (nejvíce omezující) považují postižení tělesné, zrakové, sluchové, mentální*“ (hodnotící škála 1 = relativně nejvíce omezující; 4 = relativně nejméně omezující)

Typ postižení	zrakové	tělesné	sluchové	mentální
Osoby se zrak. postižením	2,5	2,2	2,4	1,8

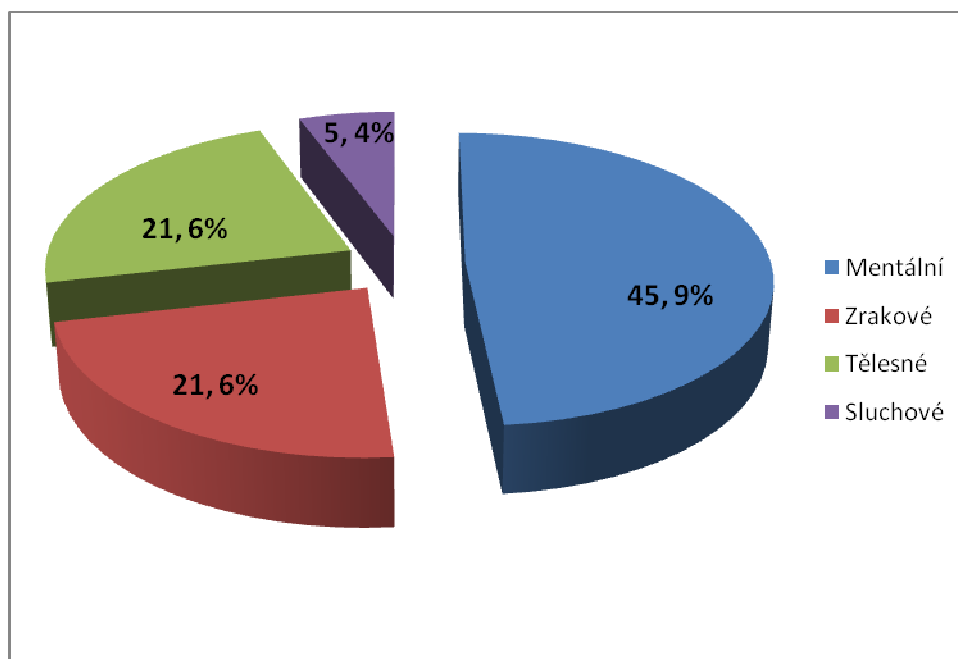
Tabulka č. 6

Absolutní četnost odpovědí respondentů s těžkým zrakovým postižením na otázku č. 1

Postižení	tělesné	zrakové	sluchové	mentální
1. nejvíce závažné	8	8	2	17
2.	9	4	16	6
3.	12	8	9	5
4. nejméně závažné	6	13	7	5

Graf č. 4

Procentuální zastoupení absolutní četnosti odpovědí respondentů se zrakovým postižením: „Za nejhorší (nejvíce omezující) postižení považují“:



Za celkově nejhorší typ postižení považují respondenti se zrakovým postižením v naprosté většině případů handicap mentální (17 osob z 37, tj. 45,9 %). Centrální tendence hodnocení závažnosti mentálního postižení intaktními respondenty, stejně jako respondenty s těžkým zrakovým postižením, je 1,8 (viz tabulka č. 3 a 5). Jasně a názorně to dokládají také grafy č. 3 a 4. Mentální postižení je tedy hodnoceno jako vůbec nejtěžší typ postižení jak u respondentů intaktních tak u respondentů se zrakovým postižením.

Rozdíl mezi intaktními respondenty a respondenty s těžkou zrakovou vadou nastává v hodnocení závažnosti smyslových postižení. Zatímco intaktní respondenti jej kladou na druhé místo, hned za postižení mentální, osoby se zrakovým postižením hodnotí jako druhé nejtěžší postižení handicap tělesný (viz tabulka č. 3 a 5). Pak pro ně z hlediska aritmetického průměru následuje sluchové postižení. Zrakové postižení mají jeho nositelé tendenci považovat za

vůbec nejlehčí formu handicapu (viz tabulka č. 5). Zároveň ale shodný počet respondentů s těžkým zrakovým postižením, celkově 8 z 37, hodnotí tělesné a zrakové postižení stejným stupněm jako vůbec nejhorší typ vady. Z hlediska absolutní četnosti odpovědí respondentů se zrakovým postižením je tak tělesné a zrakové postižení hodnoceno shodně a v celkovém pořadí hodnocení závažnosti postižení tato dvě zaujímají druhé místo.

Rozdíly mezi osobami intaktními a osobami s těžkým zrakovým postižením nacházíme také v oblasti akceptace sluchového handicapu. Pouze 2 ze 37 respondentů se zrakovým postižením označili za vůbec nejtěžší typ postižení vadu sluchu. To v daném vzorku představuje asi 5,4% respondentů (viz tabulka č. 6 a graf č. 4).

4.9.2 Míra odstupu k osobám s postižením

Na akceptaci vady se zaměřovala také druhá otázka dotazníku, která byla záměrně položena poněkud sugestivním způsobem: respondenti měli uvést, které postižení jim osobně nejvíce vadí při setkání s jedinci s handicapem, a to např. v komunikaci, osobním kontaktu. 52 intaktních respondentů v tomto případě neodpovědělo. Někteří buď s komentářem, že jim nevadí žádné postižení, jiní však možná proto, že se nemohli rozhodnout, což se většinou projevilo také v absenci odpovědí na otázku první a třetí.

4.9.2.1 Míra odstupu intaktních respondentů k osobám s postižením

Tabulka č. 7

Aritmetický průměr hodnot přiřazených intaktními respondenty k otázce č. 2: „*Při setkání s osobou s postižením mi osobně nejvíce vadí (v komunikaci apod.)*“

Typ postižení	zrakové	tělesné	sluchové	mentální
Osoby intaktní	2, 8	2, 7	2, 4	1, 5

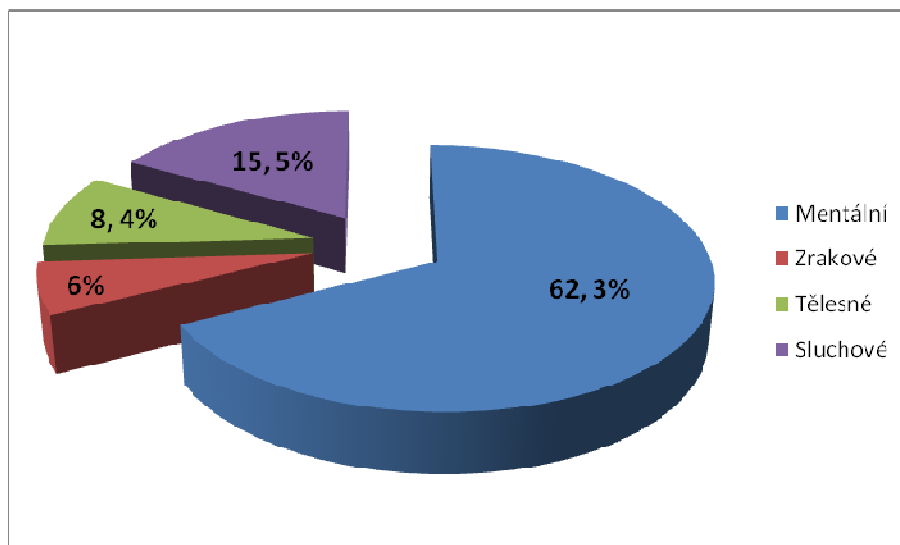
Tabulka č. 8

Absolutní četnost odpovědí intaktních respondentů na otázku č. 2

Postižení	tělesné	zrakové	sluchové	mentální
1. nejvíce vadí	76	54	140	561
2.	232	164	296	134
3.	203	360	191	67
4. nejméně vadí	327	258	212	80

Graf č. 5

Procentuální zastoupení absolutní četnosti odpovědí intaktních respondentů na otázku: „Při setkání s osobou s postižením mi osobně nejvíce vadí (v komunikaci apod.)“



V souhrnu odpovědí intaktních respondentů se ukázalo, že mentální postižení je nejen považováno za nejtěžší, ale při kontaktu i nejvíce rušivě působící. Číslicí 1 (vadí mi nejvíce ze všech vyjmenovaných typů postižení) je označilo 576 respondentů, což je 63, 6%. Celkové skóre je 1, 6, tedy poměrně blízko hodnotě 1. Odpověď, že nejvíce respondentům vadí právě mentální postižení, je dokonce ještě častější než u otázky první, které postižení považují za nejtěžší.

Ihned po mentálním postižení je za nejvíce rušivé považováno postižení sluchové, což je vzhledem ke specifčnosti dorozumívání neslyšících a existující jazykové bariéře pochopitelné. Při srovnání závažnosti všech postižení bylo hodnoceno jako nejlehčí, na druhou stranu ale působí značné nesnáze při komunikaci.

Mezi postižením zrakovým a tělesným pak není nikterak markantní rozdíl v otázce, které při kontaktu více vadí. Zrakové postižení se v tomto případě dostalo na poslední místo, co se týče počtu respondentů, kterým nejvíce vadí, a stejně tak získalo i nejvyšší skóre.

Intaktní respondenti, stejně jako respondenti se zrakovým postižením, spatřují v mentálním handicapu výraznou bariéru pro komunikaci.

Na základě tabulky č. 7 a 8 lze usuzovat, že mentální postižení intaktním osobám vadí nejvíce ze všech porovnávaných typů vad. Průměrná hodnota přiřazená mentálnímu postižení je dokonce ještě nižší než u otázky, které postižení považují za nejtěžší. To znamená, že mentální postižení je intaktními respondenty nejen považováno za nejtěžší typ handicapu, ale také jim nejvíce vadí např. při komunikaci.

Pak ovšem následuje postižení sluchové, což není překvapující, protože chybějící sluch u jednoho z komunikačních partnerů je významnou bariérou.

Tělesné postižení vadí s porovnáním s mentálním a sluchovým handicapem méně. Jako nejméně rušivé hodnotí intaktní respondenti z hlediska centrální tendence postižení zraku.

4.9.2.2 Míra odstupu osob s těžkým zrakovým postižením k ostatním osobám s handicapem

Tabulka č. 9

Aritmetický průměr hodnot přiřazených respondenty se zrakovým postižením k otázce č. 2: „*Při setkání s osobou s postižením mi osobně nejvíce vadí (v komunikaci apod.)*“

Typ postižení	zrakové	tělesné	sluchové	mentální
Osoby se zrak. postižením	1, 5	2, 4	1, 7	1, 7

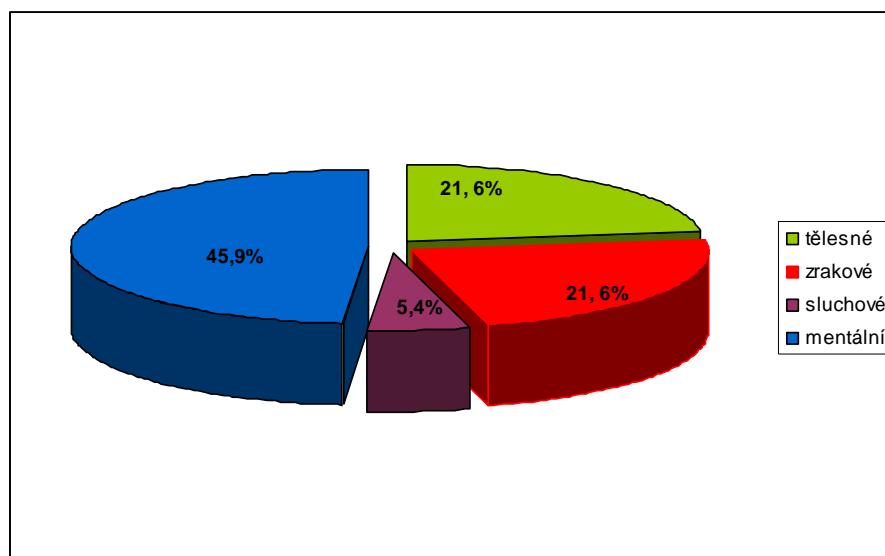
Tabulka č. 10

Absolutní četnost odpovědí respondentů se zrakovým postižením na otázku č. 2:

Postižení	tělesné	zrakové	sluchové	mentální
1. nejvíce vadí	8	8	2	17
2.	9	5	16	6
3.	11	8	9	6
4. nejméně vadí	6	13	7	5

Graf č. 6

Procentuální zastoupení absolutní četnosti odpovědí respondentů se zrakovým postižením na otázku č. 2: „*Při setkání s osobou s postižením mi osobně nejvíce vadí (v komunikaci apod.)*“



U osob se zrakovým postižením se setkáváme s poněkud překvapujícím výsledkem. Postižení, o němž uvedly, že jim nejvíce vadí, je z hlediska aritmetického průměru postižení zrakové. Vyjádřeno hodnotou aritmetického průměru, osobám se zrakovým postižením vadí zrakový handicap u jejich protějšku stejně jako osobám intaktním osoba s postižením mentálním.

Až za zrakový handicap řadí postižení mentální a sluchové, a to se shodným aritmetickým průměrem.

Relativně nejméně osobám s postižením zraku vadí setkání s osobou s tělesným postižením

4.9.3 Hypotetická akceptace vady

Třetí otázka se zaměřila na míru přijatelnosti jednotlivých vad, pokud by se týkala přímo respondentů nebo někoho z jejich blízkých. Jejich úkolem bylo seřadit uvedené typy postižení podle toho, zda by byli schopni postižení akceptovat u sebe nebo u svých blízkých. V teoretické části bylo pojednáno o důležitosti akceptace vady. Otázka akceptovatelnosti vady byla zároveň otázkou kontrolní,

neboť předpokládám, že postižení, které respondenti považují za nejvíce omezující by zároveň s největšími obtížemi akceptovali.

Nejprve uvádím výsledky odpovědí na hypotetickou akceptovatelnost vad u sebe nebo u někoho blízkého vyjádřené aritmetickým průměrem.

4.9.3.1 Hypotetická akceptace vad intaktními osobami

Tabulka č. 11

Aritmetický průměr hodnot přiřazených intaktními respondenty k otázce č. 3: „*Pokud bych musel/a já nebo moje dítě žít s postižením a mohl/a bych ovlivnit jeho typ, nejhůře akceptovatelné by pro mě bylo*“

Typ postižení	zrakové	tělesné	sluchové	mentální
Osoby intaktní	2,6	2,2	3,2	1,8

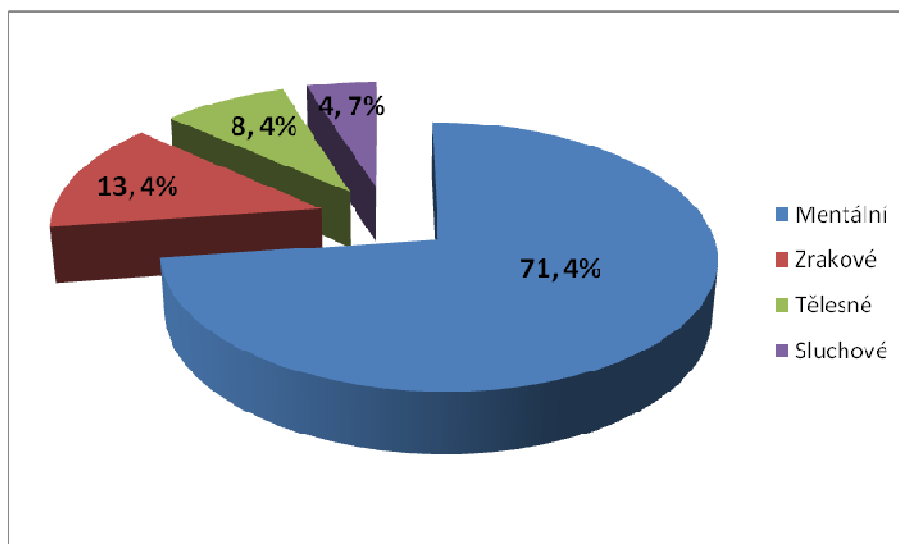
Tabulka č. 12

Absolutní četnost odpovědí intaktních respondentů na otázku č. 3:

Postižení	tělesné	zrakové	sluchové	mentální
1. nejobtížněji akceptovatelné	76	121	43	643
2.	346	285	127	103
3.	244	322	250	42
4. nejsnáze akceptovatelné	202	138	447	82

Graf č. 7

Procentuální zastoupení absolutní četnosti odpovědí intaktních respondentů na otázku č. 3:



V otázce akceptovatelnosti vady zůstalo pořadí prakticky stejné jako u otázky první, tj. nejhůře by intaktní respondenti akceptovali postižení mentální, 646 respondentů označilo toto postižení jako nejméně přijatelné. Naopak postižení sluchové považuje za neobtěžněji akceptovatelné pouze 43 respondentů. Tomu odpovídají i průměrné hodnoty, v jakém pořadí za sebe respondenti jednotlivá postižení řadili co do jejich přijatelnosti, jak dokládá tabulka č. 11 a 12 a graf č. 7.

Jako druhé nejobtěžněji akceptovatelné postižení označili intaktní respondenti postižení zrakové. 116 respondentů je považuje za nejhůře akceptovatelné. Postižení tělesné považovalo za nejméně přijatelné 75 respondentů.

4.9.3.2 Hypotetická akceptace vad osobami se zrakovým postižením

Tabulka č. 13

Aritmetický průměr hodnot přiřazených respondenty se zrakovým postižením k otázce č. 3:

Typ postižení	zrakové	tělesné	sluchové	mentální
Osoby se zrak. postižením	2,5	2,2	2,4	1,8

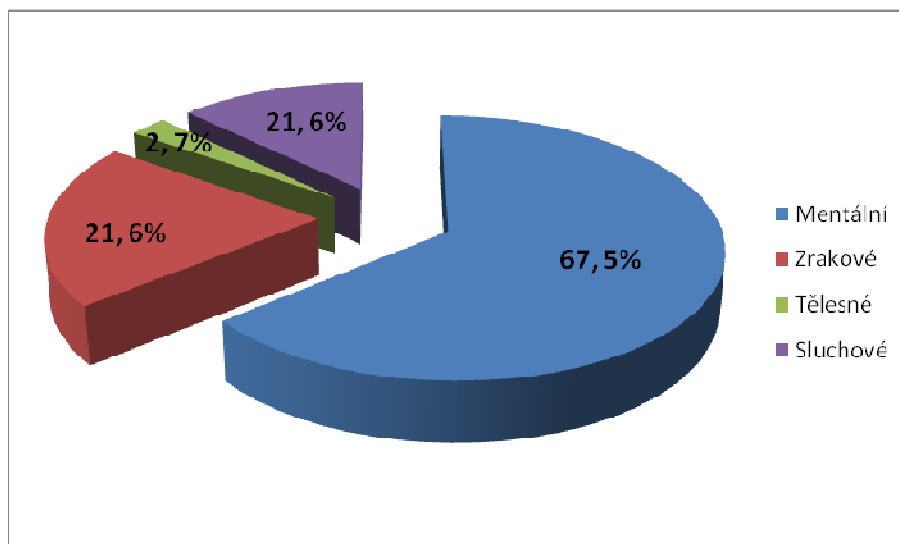
Tabulka č. 14

Absolutní četnost odpovědí klientů se zrakovým postižením na otázku č. 3:

Postižení	tělesné	zrakové	sluchové	mentální
1. nejobtížněji akceptovatelné	1	8	5	25
2.	14	1	15	3
3.	11	3	12	2
4. nejsnáze akceptovatelné	7	22	1	3

Graf č. 8

Procentuální zastoupení absolutní četnosti výpovědi respondentů se zrakovým postižením na otázku: „*Pokud bych musel/a já nebo moje dítě žít s postižením a mohl/a bych ovlivnit jeho typ, nejhůře akceptovatelné by pro mě bylo*“



Mentální postižení bylo shodně respondenty se zrakovou vadou, stejně tak jako intaktními, považováno za vůbec nejhůře akceptovatelné a shodně je u obou skupin dokonce i celkové skóre

hodnocení (viz tabulka č. 11 a 12). U osob intaktních, stejně tak jako u osob s těžkým zrakovým postižením činí průměrná hodnota akceptovatelnosti 1, 8, tedy poměrně blízko krajní hodnotě 1.

Tělesné postižení získalo u obou skupin respondentů také velmi podobné hodnocení co do jeho přijatelnosti, a co do hypotetické akceptovatelnosti mu byla přidělena průměrná hodnota 2, 2, jak u respondentů intaktních tak u respondentů s těžkou zrakovou vadou. Rozdíl se vyskytl pouze na úrovni setin, takže při zaokrouhlení na desetiny se vůbec neprojevil (viz tabulka č. 11 a 12).

Podstatnější rozdíl lze spatřit v akceptaci postižení sluchu. Zatímco intaktní osoby považují sluchové postižení za nejnáze přijatelné, a pokud by musely být přímo ony nebo jejich blízcí konfrontovány s nějakým postižením, volily by právě sluchové postižení (viz průměrná hodnota 3, 2 v tabulce č. 11, u osob s těžkým zrakovým postižením je tomu jinak (viz průměrná hodnota 2, 4 v tabulce č. 13). Bezprostředně za mentálním postižením však jako nejhůře přijatelným je umístěno tělesné postižení, a sluchový handicap se z hlediska aritmetického průměru dostal na třetí místo.

Pouze o jednu desetinu procentního bodu (2, 4) je pro respondenty se zrakovým postižením snáze akceptovatelná právě zraková nežli sluchová vada (viz tabulka č. 13). Celkově je postižení zraku, ve srovnání s ostatními handicap vadou, o níž respondenti se zrakovým postižením nejen hypoteticky uvažují jako o nejnáze akceptovatelné (viz tabulka č. 14), a zároveň ji považují za nejméně závažnou ve srovnání s ostatními vadami (viz tabulka č. 5). Zajímavé je z tohoto hlediska srovnání tabulky č. 3; 7; 11 a 13. Respondenti se zrakovou vadou se podle výsledků jeví jako tolerantnější k různým vadám a oproti respondentům bez postižení doceňují význam sluchu, neboť se jedná o jejich hlavní kompenzační smysl.

4.9.4 Reakce a pocity při setkání s osobou se zrakovým postižením

Další otázky v dotazníku byly směřovány na obecnější pocity intaktních osob při náhodném setkání s osobou se zrakovým postižením a bližší definování těchto pocitů. Ty jsou formovány vlastním náhledem na vadu a souvisejí tak částečně s otázkou předchozí, tj. zda se respondent někdy věnoval práci zaměřené na speciální pedagogiku nebo sociální služby pro osoby se zrakovým postižením, případně jako dlouho taková práce trvala. Respondenti mohli nejprve obecně vyjádřit své pocity při setkání s osobou se zrakovým postižením jako pozitivní nebo negativní. Poté byla otázka formulována jako otevřená, aby respondenti dostali prostor pro vyjádření svých konkrétních pocitů a popsali tak jejich původ.

Z jednotlivých odpovědí respondentů byly v rámci vyhodnocování dotazníku utvořeny škály podobně formulovaných odpovědí a bylo snazší sledovat frekvenci jejich výskytu. Kategorie vytvořené z odpovědí byly vymezeny následujícím způsobem:

- Lítost
- Soucit
- Potřeba pomoci, odpovědnost, obezřetnost a opatrnost
- Obavy a strach plynoucí především z nejistoty, jak realizovat pomoc
- Vina, zahanbení z pocitu nespravedlnosti osudu, případně strach o vlastní zrak
- Úžas, obdiv, úcta k výkonům osob se zrakovým postižením
- Zvědavost, zájem o život osob se zrakovým postižením
- Smutek a pocit bezmoci

Osoby bez zrakového postižení, případně se zrakovým postižením lehkého a středního stupně, nejčastěji pociťují při setkání s osobou s těžkým zrakovým postižením lítost, soucit a snahu pomoci.

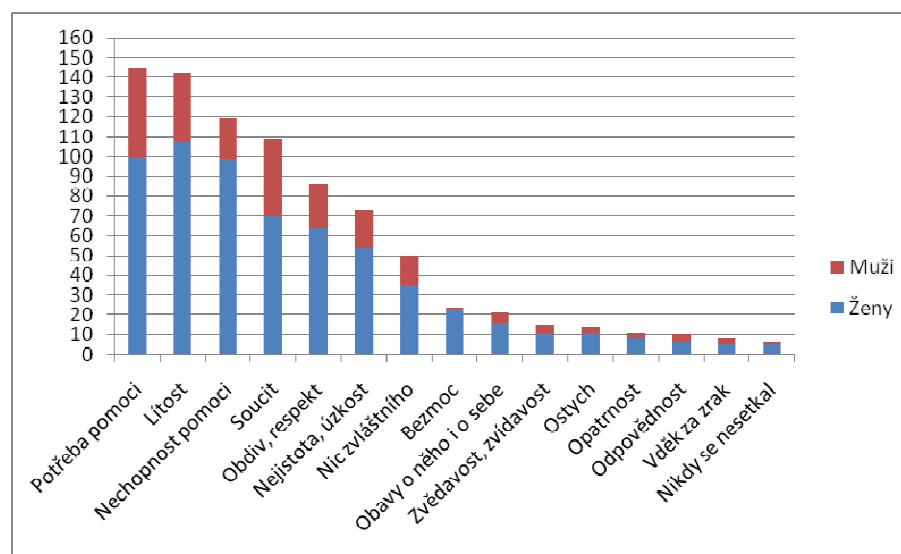
Na druhou stranu je velmi často zmiňovanou reakcí na setkání s osobou se zrakovým postižením obdiv a respekt vyvolaný schopností provozovat každodenní, pracovní a volnočasové aktivity bez zrakové kontroly v podobné míře, jako je tomu u intaktní populace.

Dobře vystihuje pocit ze setkání s osobou se zrakovým postižením jedna z respondentek: „Pocit, že musím pomoci, ale zároveň strach, že něco udělám špatně. Radost z vlastní pomoci. Všeobecně spíš ale kladné pocity.“

Nelze opomenout ani odpovědi padesáti intaktních respondentů, kteří uvádějí, že při náhodném setkání s osobou se zrakovým postižením mají tytéž pocity jako při setkání s kýmkoliv jiným. Z čistě racionálního hlediska soudobé speciální pedagogiky a jejího uvažování odvíjejícího se z filozofie jde prakticky o popis ideálního stavu, kdy na prvním místě vnímáme osobu samotnou a potom teprve různé její akcidenty, případně specifické poznávací potřeby člověka. Lidské jednání je však zpravidla určováno pohnutkami jinými než ryze racionálními nebo dokonce vědeckými.

Graf č. 9

Pocity, které nejčastěji popisují intaktní osoby při setkání s osobou se zrakovým postižením.



Pocit soucitu je, jak ukázal dotazník, v drtivé většině případů spojen s motivací k nabídnutí pomoci. Někteří lidé však zároveň prožívají ostych a úzkost, protože se v oblasti nabízené pomoci cítí velmi nezkušení a nevědí, jakým způsobem pomoci, aby pro nevidomého nešlo spíš o komplikaci, případně aby jejich pomoc nebyla vnímána jako netaktní nebo jako výraz pocitu osobní nadřazenosti. Nejistota se tak vyskytuje především s ohledem na konkrétní formu pomoci. Má-li být účinná, musí být poskytnuta rychle a adekvátně jako bezprostřední reakce při setkání v běžném kontaktu, náhodné pomoci v dopravních prostředcích, jednání na úřadech a ostatních běžných aktivitách vůbec. Tento specifický pocit by snad bylo možné označit jako nutkavou potřebu pomoci spojenou s frustrací plynoucí z nedostatku znalostí, dovedností nebo informací o tom, jak pomoc poskytnout. Ze zkušenosti osob, které s osobami se zrakovým postižením přicházejí častěji do styku, však frustrace rychle mizí. Stačí si osvojit a zautomatizovat pouze několik jednoduchých zásad.

Zmíněné obavy jsou dobře patrné v běžných situacích, jimž mnohdy nepřikládáme žádný zvláštní význam, a přesto vypovídají o tom, že pohyb prostorem bez zrakové kontroly je pro intaktní populaci do jisté míry nepředstavitelný. Typickou reakcí kolemjdoucích při hrozící kolizi s nevidomým na ulici je jakési tiché a nejisté vyčkávání, jak situace dopadne. Nechtějí být překážkou, zároveň se ovšem nejedná o pomoc, neboť nevidomý nemůže tušit hrozící nebezpečí nebo jen situaci, jež by byla snadno řešitelná, pokud by kolemjdoucí věcně a jednoduše upozornil na nadcházející rizika. Z pozice osob se zrakovým postižením reakce „neslyšného vyčkávání“ vyvolává nepříjemný pocit, protože mnohdy přítomnost člověka zaznamenají, stejně jako možnou komplikaci, ale náhle kolem sebe vnímají pouze napjaté ticho.

Hlavní nejistota ze strany osob vidících spočívá v tom, zda člověka s postižením oslovit, případně jak jej oslovit. Ostychné a nejistotu respondenti často uvádějí. Osoby se zrakovým postižením

přítom nejsou nijak omezeny v oblasti verbální komunikace. V případě nejistoty, zda pomoci, je nejlepší se dotázat. Pomoc rozhodně nevnucovat, což se ovšem často, byť s dobrými motivy, děje. V žádném případě není dobré navazovat primární kontakt taktilně, tj. nevidomého se nejprve dotknout, jak většině vidících osob velí jejich cit pro situaci. Vycházejí snad z vyhodnocení situace jako potenciálně nebezpečné a neobvyklé, a v takovém případě cítí potřebu rychle a účinně zasáhnout konkrétním činem. Nečiní tak při kontaktu s jakýmkoliv osobami, u nevidomých se ale se zahájením komunikace prostřednictvím fyzického kontaktu běžně setkáváme. U nevidomého dotyk neznámého člověka bez předchozího upozornění vyvolá nejspíš úlek a nepříjemný pocit, neboť nemá sebemenší tušení kdo a s jakým úmyslem jej zastavuje, v horším případě před sebou tlačí neznámo kam.

4.9.5 Těžké zrakové postižení a integrace na trhu práce

V provedeném dotazníkovém šetření byla položena otázka, zda by respondenti v případě, že by byli kompetentními osobami, zaměstnali osobu s těžkým zrakovým postižením. K dispozici měli škálu 1 – 5, přičemž přiřazení čísla 1 znamenalo, že by respondent zcela jistě osobu s těžkým postižením zraku zaměstnal a číselná hodnota 5 naopak, že by ji rozhodně nezaměstnal.

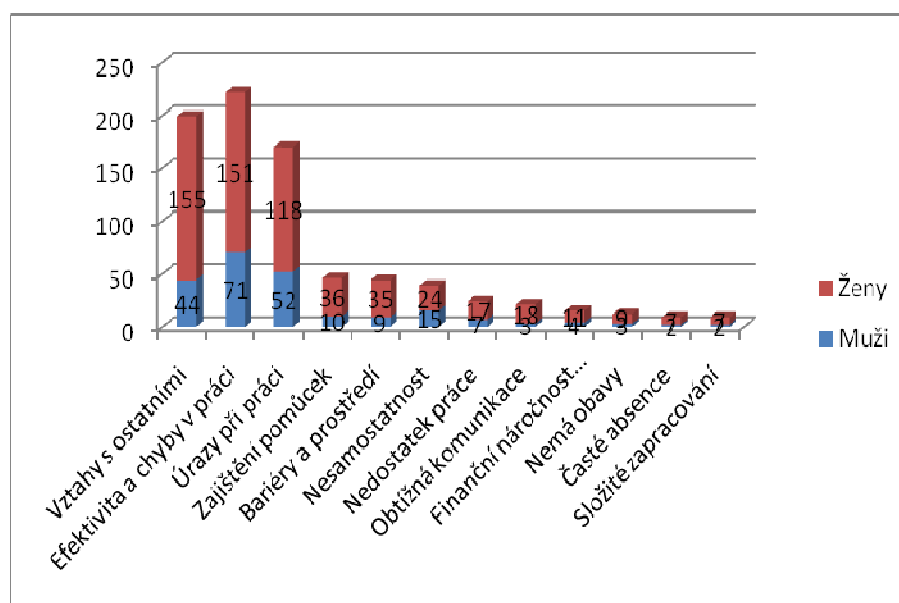
Při zpracování výsledků od vidících respondentů pomocí aritmetického průměru jsme dostali výsledek 2,4.

Na stejnou otázku, tj. zda by zaměstnali osobu s těžkým zrakovým postižením, odpovídali také respondenti se zrakovým postižením. Průměrná hodnota je zde 1,9. Mohlo by se zdát, že osoby s vlastní zkušeností s těžkým zrakovým postižením jsou v otázce zaměstnávání osob se zrakovým postižením otevřenější. Ve výsledcích osob se zrakovým postižením se však ve větší míře než u vidících respondentů objevovaly krajní postoje. To znamená, že měli

tendenci odpovídat jednoznačně kladně nebo také jednoznačně záporně. Dva respondenti uvedli odpověď jednoznačně zápornou a tři odpovědi s číselnou hodnotou 4, tedy spíše negativní. Naopak se prakticky nevyskytovala odpověď 3, k níž se často uchýlovali vidící respondenti, což dokládá výsledná hodnota získaná aritmetickým průměrem.

Graf č. 10

Graficky zaznamenané odpovědi intaktních respondentů na otázku: „Pokud bych jako zaměstnavatel přijal/a do pracovního poměru osobu s těžkým zrakovým postižením, nejvíce bych se obával/a“



4.9.6 Náboženská víra a akceptace vady

V naší sekularizované společnosti bývá někdy otázka náboženské víry poněkud přehlížena. Právě ve chvílích krize však otázky spojené se smyslem života a vírou získávají svoji aktuálnost.

V dotazníkovém šetření byla proto položena otázka č. 12 (viz příloha č. V), zda se respondenti domnívají, že v situaci, kdy je člověk konfrontován s náročnou životní situací, kterou ztráta zraku bezesporu

je, může být náboženská víra faktorem napomáhajícím akceptaci. Do odpovědí se zřejmě mohou promítnout náboženské postoje respondentů a jejich postoj k víře. Proto byla položena otázka č. 13, zjišťující, zda se respondent považuje za věřícího. Odpověď respondentů opět uváděli pomocí číselné škály, přičemž číslice 1 představuje jednoznačně kladnou odpověď, tj. respondent se považuje za věřícího, zatímco číslice 5 je zcela zápornou odpovědí, tj. respondent sám sebe považuje za nevěřícího.

Otázka směřující ke zjištění respondentovy příslušnosti k církvi je poněkud odlišná, proto byla položena zvlášť, aby bylo zřejmé, že od osobního vyznání respondenta je oddělena. Odpovědi přitom měly pouze orientační hodnotu. V České republice je poměrně běžné, že člověk je oficiálně členem církve, tj. je např. pokřtěn, ale k žádné konkrétní církvi se nehlásí, případně se ani nepovažuje za věřícího.

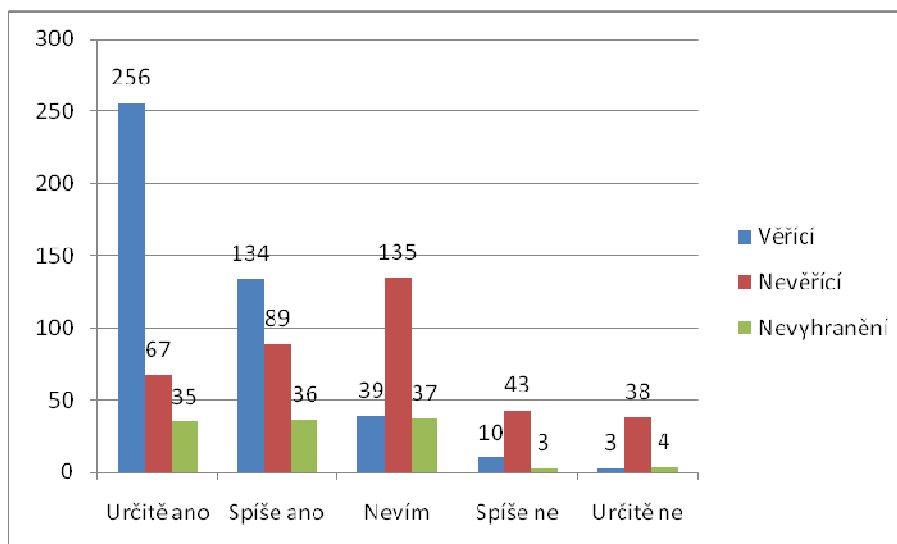
Tabulka č. 15

Absolutní četnost ztotožnění intaktních respondentů s tvrzením: „*Domnívám se, že víra může být v případě setkání člověka s handicapem pomocí*“ (1 = určitě ano; 2 = spíše ano; 3 = nevím; 4 = spíše ne; 5 = určitě ne)

	Věřící	Nevěřící	Nevyhranění
Určitě ano	256	67	35
Spíše ano	134	89	36
Nevím	39	135	37
Spíše ne	10	43	3
Určitě ne	3	38	4

Graf č. 11

Graficky znázorněné výsledky tabulky č. 5 – četnost ztotožnění intaktních respondentů s tvrzením: „*Domnívám se, že náboženská víra může být v případě setkání člověka s handicapem pomocí*“



Mezi odpověďmi týkajícími se otázky, zda se respondent považuje za věřícího a odpověďmi, zda respondenti považují náboženskou víru za faktor usnadňující akceptaci vady, se vyskytl vztah kladné korelace ($r = 0,49$). Čím víc se respondenti považovali za věřící, tím častěji pokládali také víru za pomocný faktor v akceptaci vady. Vlastní postoj k náboženské víře tedy zřejmě souvisí s tím, zda je náboženská víra považována za pomoc v případě náročné životní situace. Absolutní četnost odpovědí znázorňuje následující tabulka a graf. Z hlediska vlastního postoje k víře byli respondenti rozděleni do tří skupin: věřící, tj. ti, kteří odpověděli, že se jednoznačně považují za věřící nebo spíše věřící; kategorie nevěřících, tj. ti, kteří odpověděli, že se považují za zcela nevěřící nebo spíše nevěřící; třetí skupinou byli respondenti, kteří k odpovědi využili neutrální volbu, tj. nejsou si jisti, zda samy sebe považovat za věřící nebo nevěřící.

Z grafu vyplývá, že respondenti, kteří se považují za věřící nebo spíše věřící se také většinou domnívají, že náboženská víra je v situaci ztráty zraku pomocí. Naopak respondenti nevěřící vykazují především nerozhodný postoj, případně se shodně s věřícími domnívají, že náboženská víra je v náročné situaci pomocí. Jednoznačně negativní postoje nebo spíše negativní postoje byly u nevěřících respondentů méně časté než pozitivní. Podobně tomu bylo rovněž u respondentů, kteří se necharakterizovali ani jako věřící ani jako nevěřící. I oni

většinou považují víru za faktor pomoci při akceptaci vady, případně o tom pochybují a uchýlili se rovněž k neutrální odpovědi.

4.9.7 Informovanost o tyflorehabilitačních aktivitách organizovaných církvemi

Zaměřila jsem se také na míru informovanosti respondentů o aktivitách církví a náboženských skupin v oblasti sociálních služeb pro osoby s těžkým zrakovým postižením. V České republice je převážná část veškerých tyflorehabilitačních aktivit provozována organizacemi bez vazby na církve, ale existují i konkrétní projekty spjaté s církví, jak bylo uvedeno na začátku praktické části.

Následující tabulka a graf zachycují absolutní četnost odpovědí na otázku, zda je respondentům známo, že by se některé církve nebo náboženské společnosti věnovaly práci ve prospěch osob s těžkým zrakovým postižením.

Tabulka č. 16

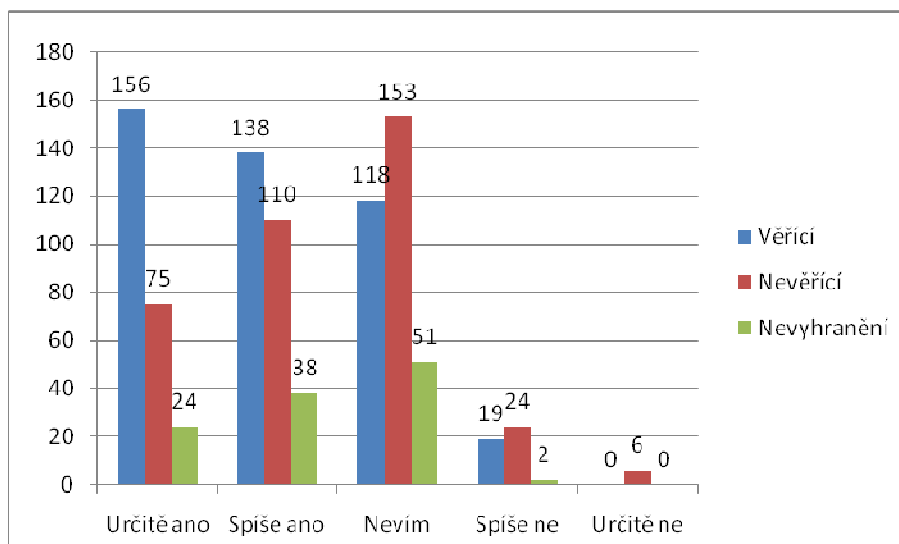
Absolutní četnost ztotožnění intaktních respondentů s tvrzením: „*Domnívám se, že se některá z církví nebo náboženských skupin u nás věnuje ve své práci osobám se zrakovým handicapem*“

(1 = určitě ano; 2 = spíše ano; 3 = nevím; 4 = spíše ne; 5 = určitě ne)

	Věřící	Nevěřící	Nevyhranění
Určitě ano	156	75	24
Spíše ano	138	110	38
Nevím	118	153	51
Spíše ne	19	24	2
Určitě ne	0	6	0

Graf č. 12

Graficky znázorněné výsledky tabulky č. 16



Jak z grafu vyplývá, celkem logickým závěrem je, že lidé věřící jsou o tyflorehabilitačních aktivitách spjatých s církvemi lépe informováni. Většina věřících respondentů je si jista existencí takových aktivit buď zcela nebo předpokládá vysokou pravděpodobnost existence takových organizací. U nevěřících a nevyhraněných osob se vyskytují pochybnosti, které jsou pochopitelné.

Odpovědi spíše kladné a odpovědi vyjadřující nejistotu tvořily v této otázce naprostou většinu odpovědí všech respondentů. To lze vysvětlit tradiční angažovaností církve v oblasti sociální práce nebo speciální pedagogiky.

Obecně informovanost v oblasti tyflorehabilitace je někdy problematická. Činnost některých svépomocných skupin reaguje na konkrétní potřeby, vychází „zdola“, a není tedy obecně známá.

4.9.8 Názor na vhodnost angažovanosti církví v tyflorehabilitačních aktivitách

Zajímavé odpovědi přinesla otázka následující, tj. zda se respondenti domnívají, že by se církve a náboženské společnosti měly věnovat práci ve prospěch osob s těžkým zrakovým postižením. Odpovědi byly opět zaznamenávány pomocí pětistupňové škály,

přičemž jednoznačně kladná odpověď byla vyjádřena číslicí jedna a odpověď zcela záporná, tj. církve a náboženské společnosti by se rozhodně neměly věnovat práci ve prospěch osob s těžkým zrakovým postižením, byla vyjádřena číslicí pět. Absolutní četnost odpovědí u lidí věřících, nevěřících i nevyhraněných je obsažena v následující tabulce č. 17 a grafu č. 13.

Tabulka č. 17

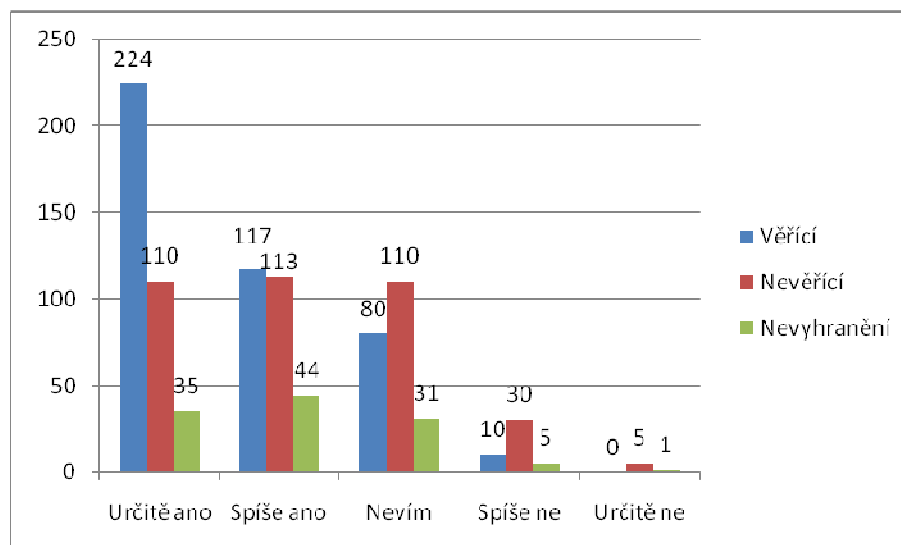
Absolutní četnost ztotožnění respondentů s tvrzením:
„Domnívám se, že by se církve či náboženské skupiny měly věnovat práci ve prospěch osob se zrakovým handicapem“

(1 = určitě ano; 2 = spíše ano; 3 = nevím; 4 = spíše ne; 5 = určitě ne)

	Věřící	Nevěřící	Nevyhranění
Určitě ano	224	110	35
Spíše ano	117	113	44
Nevím	80	110	31
Spíše ne	10	30	5
Určitě ne	0	5	1

Graf č. 13

Graficky znázorněné výsledky tabulky č. 17



Maximum odpovědí je opět souhlasných, spíše souhlasných nebo nerozhodných. Představy věřících lidí většinou směřují

k angažovanosti církví ve prospěch osob s postižením, a jak bylo zaznamenáno v některých odpovědích, mělo by se jednat o dobročinnost směřovanou k osobám s postižením obecně, nejen zaměřenou na osoby s těžkým zrakovým postižením.

Negativní odpovědi u věřících i nevěřících respondentů jsou v menšině. U jednoho respondenta, který se domnívá, že církve by se v žádném případě neměly věnovat práci ve prospěch osob s těžkým zrakovým postižením, byla uvedena doplňující odpověď: „*Je povinností státu se o lidi s postižením postarat*“. Stát zajišťuje pouze obecnější faktory, např. formou sociálního zákonodárství, zřizováním škol, nárokovými dávkami apod. Život každého jednotlivce se zrakovou vadou se však uskutečňuje v prostředí, kde fakticky pobývá, v konkrétní lokalitě, a zde je na místě princip subsidiarity, který může pružně reagovat na potřeby na té úrovni, kde jsou adekvátně řešitelné. Tyflo rehabilitační aktivity nepodléhají centralizovanému plánování a společnost je navyklá angažovanosti různých zájmových skupin, takže nevyklučuje ani aktivitu církví, kterou by většina respondentů uvítala a považovala by je za přínosné.

Mají tedy v dnešní době v oboru tyflo rehabilitace prostor aktivity spjaté s církví nebo s institucionalizovanou formou náboženství? Faktem zůstává, že v situaci nemoci nebo postižení se i u osob, které se považují za nevěřící, vyskytují otázky náležející do oblasti spirituality, neboť se podstatně mění podmínky života. V případě zrakového postižení dochází k omezení vizuálních podnětů a tím i k větší soustředěnosti na vlastní vnitřní svět a prožívání. To může vést ke změně v dosavadním hodnotovém systému.

V situaci krize se zpravidla prověřuje úroveň dosavadního spirituálního života, jistá stálost člověka v duchovním životě. Dojde-li ke ztrátě zraku u věřícího člověka, je výhodné, pokud se tento fakt stane automaticky součástí prožívání vlastní spirituality, případně pokud k tomu celý proces překonání krize směřuje. Má-li v lidském životě všechno dění nějaký smysl, pak také ztráta zraku může být určitým sdělením nebo výzvou člověku. Jak bylo popsáno v teoretické části, každá krize je charakteristická svým průběhem, nejedná se o

jednorázový fakt, ale o proces. V každé jeho části hraje spiritualita člověka svojí roli.

V překonávání krize nebo akceptaci nastalé situace bývá pomocí především možnost smysluplnosti dění. Podobně toho využívá existenciální psychoterapie: „*Kdo ví proč, snese téměř každé jak*“. Je však vždy třeba akceptovat nové podmínky a pochopit krizi jako integrální součást duchovního života. Tedy opět se nejedná o jednorázový děj, radikální obrácení.

V nelehkých životních situacích bývá člověk vnímavější k impulzům duchovního života, především proto, že sám hledá smysl konkrétních událostí. V tom se skrývá nebezpečí sekt, které se zpravidla zaměří na určitý aspekt duchovní tradice. Tím se ovšem omezí přístup k tradici v její celistvosti a dojde k deformaci duchovního života. Situace akutní krize proto rozhodně není obdobím, kdy by člověk měl činit zásadní rozhodnutí. Krom toho ztráta zraku způsobuje obrácení mysli do sebe a způsobuje zvýšenou citlivost vůči nevizuálním a duchovním podnětům. Proto i snahy o získání člověka pro konkrétní názor by v tomto období byly zneužitím omezené schopnosti rozlišovat a svobodně rozhodovat.

4.10 Vyhodnocení výsledků kvantitativního výzkumu pomocí korelační analýzy dat

Z číselně vyjádřených odpovědí respondentů kvantitativní části výzkumu byla sestavena tabulka, kde lze sledovat míru korelačního vztahu (viz příloha č. VI). Vysoká míra korelace byla prokázána u následujících dvojic otázek:

- Pocity při setkání s osobou se zrakovým postižením (otázka č. 9) v souvislosti s orientačními sociálně-demografickými charakteristikami: Pocity při setkání s osobou s těžkým zrakovým postižením budou vesměs kladné, což by odpovídalo značné míře společensky a kulturně dané akceptaci osob s těžkými poruchami zraku. Respondenty uvedené pocity

nejsou zřejmě závislé na pohlaví, náboženském vyznání nebo dosaženého vzdělání respondentů.

- U otázek týkajících se akceptace vady (otázka č. 1 – 3): postižením zraku je intaktními osobami považováno za jedno z nejzávažnějších postižení, zatímco závažnost postižení sluchu bude hodnocena jako nižší.
- Přesvědčení, že náboženská víra může být významnou pomocí při akceptaci vady, se ve zvýšené míře projevuje u osob, které se považují za věřící případně hlásící se k institucionalizovanému náboženství (otázka č. 12 a 13) v porovnání s osobami bez vyznání častěji vyjadřují souhlas s tvrzením, že náboženská víra je v případě akceptace zrakového postižení pomocným faktorem.
- Osoby považující se za věřící (otázka č. 13) vykazují vyšší povědomí o církevních iniciativách v oblasti péče o osoby se zrakovým postižením (otázka č. 16) než osoby bez vyznání.
- Osoby považující se za věřící (otázka č. 13) vyslovují vyšší podporu církví a náboženských skupin v oblasti práce ve prospěch osob se zrakovým postižením (otázka č. 17).

Zajímavé výsledky přinesla korelace akceptace vad a vlastní zkušenosti se zrakovým postižením. Zatímco v případě postižení mentálního a tělesného je míra akceptace u osob intaktních a osob s těžkým zrakovým postižením vyjádřená celkovým skórem přibližně stejná, rozdíly nacházíme právě v případě postižení smyslových. Potvrdilo se, že osoby s těžkým zrakovým postižením vnímají své postižení jako nejméně závažné a zároveň nejsnáze akceptovatelné. To je dáno vlastní zkušeností a nutností akceptovat postižení v každodenním životě, zatímco ostatní postižení jsou vnímána jako hůře přijatelná. Korelační analýza odhalila vysokou míru korelace v oblasti akceptace různých typů postižení. Postižení vnímané jako nejvíce omezující by zpravidla respondenti také nejhůře nesli, pokud

by se týkalo jich samotných nebo jejich blízkých. U zrakového postižení $r = 0,42$ (viz příloha č. VI).

4.11 Kvalitativní výzkum

4.11.1 Metoda rozhovorů

Po provedení kvantitativního výzkumu se uskutečnilo šest polostrukturovaných rozhovorů s osobami, pro které se tyflorehabilitace stala podstatnou součástí jejich života a dlouhodobě se podílejí nebo podílely na projektech v oblasti péče o osoby s těžkým postižením zraku. Všichni respondenti mají vlastní zkušenost se závažnou poruchou zraku. Disponují tak zkušenostmi příjemců i poskytovatelů tyflorehabilitačních služeb. Osoby pracující v organizacích zaměřených na práci ve prospěch osob se zrakovým postižením se v polostrukturovaných rozhovorech mohly vyjádřit ke směřování a vývoji vzájemných vztahů a poskytnout tak informace, které kvantitativní šetření nemůže nabídnout.

Zkušenosti osob, s nimiž byly realizovány rozhovory, vhodně dokreslují postoje a nálady ovlivňující vztah k osobám s postižením zraku, které vyplynou z dotazníkového šetření. Výpovědi respondentů poskytují hlubší vhled do problematiky vztahů intaktních osob a osob s těžkým zrakovým postižením.

Rozhovory nebyly zaznamenávány na diktafon, protože to mezi respondenty vyvolávalo vesměs negativní odezvy a omezovalo spontaneitu odpovědí. V průběhu rozhovorů jsem si pořizovala poznámky, což bylo pro respondenty přijatelnější. Z poznámek byly vytvořeny přepisy rozhovorů, které byly respondentům následně zaslány k autorizaci. Každý z respondentů se tak vyjádřil k autenticitě přepisu rozhovoru v konkrétní podobě, případně sám upravil text, aby co nejvíce odpovídal zamýšlenému sdělení. Autorizované záznamy rozhovorů se všemi šesti experty v oblasti tyflorehabilitace jsou v plném znění uvedeny v příloze č. III. Ačkoliv někteří z respondentů

souhlasili i s uvedením svého jména, byly nakonec z důvodu ujednacení vytištěny anonymizované verze rozhovorů a pouze stručně popsána situace respondenta. Ta je pro dokreslení názoru respondentů podstatnější.

Využito bylo následujících šesti otázek:

- 1. Pozorujete změny postojů veřejnosti k osobám se zrakovým postižením po roce 1989?*
- 2. Jaké byly možnosti zaměstnání pro osoby se zrakovým postižením před rokem 1989?*
- 3. Jak vnímáte současný stav na trhu práce a jeho otevřenost k osobám se zrakovým postižením?*
- 4. Jak hodnotíte výuku a rehabilitaci poskytovanou osobám se zrakovým postižením v současnosti?*
- 5. Jak hodnotíte pomoc poskytovanou osobám se zrakovým postižením náhodně na ulicích?*
- 6. Jak hodnotíte církevní snahy o pomoc osobám se zrakovým postižením? Znáte-li nějaké konkrétní aktivity tohoto typu, můžete se vyjádřit konkrétně.*

V polostrukturovaných rozhovorech se u jednotlivých respondentů objevovala velmi podobná témata. Bylo postupováno metodou obsahové analýzy a analýzy implicitního významu sděleného. Hlavní tématům byl přidělen společný souhrnný termín, který byl přiřazen k respondentovi a otázce. Klíčové termíny ve sděleních tvoří určité společné body přítomné v odpovědích na sobě nezávislých respondentů. Pravidelně se opakovala následující témata:

- Celkově kladné hodnocení osob se zrakovým postižením, případně přítomnost pozitivních změny po r. 1989.
- Kulturní podmíněnost vztahu k osobám se zrakovým postižením.
- Podpora typických profesí pro osoby se zrakovým postižením před rokem 1989.
- Vliv mravnosti ve společnosti na postoje k osobám se zrakovým postižením.

- Vliv mravních postojů osob se zrakovým postižením na chování osob intaktních.
- Potřebnost a kladný vliv svépomocných organizací, aktivita osob se zrakovým postižením.
- Jednoznačně kladný vliv osvěty a akcí prezentujících intaktní populaci život se zrakovou vadou.
- Pasivita osob se zrakovým postižením projevující se zpravidla při přemíře pečujících a podporujících přístupů.
- Manipulace navazující někdy na nedostatek aktivity osob se zrakovým postižením.
- Problematická současná legislativa, především kritika zákona č. 108/2008 Sb., zákon o sociálních službách.
- Vysoká nezaměstnanost osob se zrakovým postižením v současnosti.

Pro přehlednost byla heslovitá konotace jednotlivých témat zařazena do souhrnné tabulky (příloha č. III). Tématům se blíže věnuji v následujícím textu. Zjevný je vliv mravu, morálky a platných legislativních úprav týkajících se života osob se zrakovým postižením ve společnosti jedinců intaktních, tedy v majoritě, a vzájemné vztahy mezi oběma skupinami.

4.11.2 Názor respondentů na vztahy intaktních osob a osob s těžkým zrakovým postižením v závislosti na politických změnách po roce 1989

Pět ze šesti respondentů, s nimiž byl rozhovor prováděn, se shodli na tom, že od roku 1989 došlo v české společnosti jednoznačně ke kladnému posunu ve vztahu intaktních osob k osobám s těžkým zrakovým postižením. Je třeba podotknout, že nešlo o změny ve smyslu nekonzistentní změny postojů. V odpovědích spíše zaznívalo, že společensko-politické změny přinesly celkové uvolnění postojů a také větší otevřenost k osobám s těžkým zrakovým postižením a zájem o ně. Konstatování vyloženě negativního ladění společnosti

k osobám s těžkým zrakovým postižením se nevyskytlo v odpovědi žádného respondenta. Přesto z odpovědí vysvítá, že v průběhu dvaceti let od sametové revoluce zaznamenal vztah majority k osobám s těžkým zrakovým postižením několik změn.

Jeden respondent uvedl, že postoje veřejnosti k osobám se zrakovým postižením byly u nás vždy tradičně dobré, problematika zrakového postižení nebyla nikdy tabuizována a osoby se zrakovým postižením nebyly segregovány. Připouští přitom posun vztahu, ale ne zcela zásadního významu.

Dva z respondentů hovoří o euforii na začátku 90. let dvacátého století. V období po společenském zvratu je typický zájem o nejrůznější životní alternativy, zájem o vše ne zcela běžné. Lze tím vysvětlit i zvýšený zájem o potřeby osob s postižením. Především se nejednalo o systémové a koncepční změny, ale právě o výraz momentálního nadšení pro danou oblast.

Respondenti shodně popisují vznik nejrůznějších uskupení, z nichž některá trvají a realizují největší podíl aktivit v rámci celé tyflorehabilitace, některá však naopak poměrně brzo zanikla. Projekty působící v tyflorehabilitaci dlouhodobě a pokrývající většinu celkového objemu byly všemi respondenty hodnoceny vesměs kladně.

Čtyři z respondentů popisují větší otevřenost společnosti vůči osobám s těžkým zrakovým postižením, která se projevuje vyšší mírou aktivního nabízení pomoci při setkání s osobou s těžkým postižením zraku. Důležitá je přitom vlastní zkušenost respondentů s těžkým zrakovým postižením, a tedy i zkušenost s náhodně nabízenou pomocí, s jejíž absencí se nikdy nesetkali. Takto zvýšená aktivita veřejnosti je respondenty připisována osvětové činnosti některých organizací, např. dny otevřených dveří výcvikového střediska vodících psů, sbírky Bílá pastelka, případně Světluška, kavárny potmě apod.

Při srovnání výpovědí respondentů v kvalitativním výzkumu a výsledků dosažených v kvantitativním výzkumu nacházíme shodu. Pocity ze setkání s osobou s těžkým zrakovým postižením jsou v aritmetickém průměru hodnoceny jako spíš dobré (aritmetický

průměr 1,9 ve vzorku respondentů bez zrakového postižení, případně s postižením, které podstatně neovlivňuje jejich život). Ve shodě s takto vyjádřenými pocity uvádějí v rozhovorech osoby se zrakovým postižením, že postoje společnosti k nim nebývají primárně negativně laděné. Negativní hodnocení může vzniknout na základě předsudků založených na nejrůznějších skutečnostech.

Pro výše uvedené postoje, zvláště pak přesvědčení o vesměs kladném vztahu majoritní populace k osobám s těžkou poruchou zraku, lze najít kulturní a dějinné opodstatnění. V naší národní kulturní tradici a historii nejsou přítomny vyloženě negativní postoje k osobám se zrakovým postižením. Naopak se lze setkat s vyloženě pozitivními konotacemi. Např. naše státní hymna Kde domov můj zazněla poprvé v roce 1834 v divadelní hře Josefa Kajetána Tyla Fidlovačka aneb žádný hněv a žádná rvačka. z úst slepého houslisty Mareše. Zde můžeme nalézt důležitou souvislost. K hymně, jakožto znaku české státnosti, chováme úctu. Slýcháme ji při významných společenských událostech, kdy je zvykem úctu viditelným způsobem prokázat (pozastavit jinou činnost, povstat apod). Prokazujeme-li úctu k písni, postoj úcty je přítomný i ve vztahu k tomu, kdo ji v Tylově hře Fidlovačka zpíval.

Také ve světových dějinách se setkáváme s proslulými osobnostmi, které se přes své zrakové postižení, jakkoliv je pro vidící populaci naprosto nepředstavitelné, získaly značnou popularitu. Jejich příběhy jsou svým způsobem fascinující, a proto často literárně zpracovávány. Jejich význam přesahuje hranice domovského státu i speciální pedagogiky a proslulost není omezena pouze na komunitu osob se zrakovým postižením. Například Helena Kellerová (1880 – 1968, Alabama, New York)²⁵, Jacques Lusseyran (1924 – 1971, Francie)²⁶ a další. Z naší národní historie stojí v tomto místě jistě za

²⁵ Příběh hluchoslepe spisovatelky Heleny Kellerové (1880 – 1968) z USA, narozené dne 27. června 1880 v zámožné rodině, je velmi známý. Na základě nemoci v 18 měsících věku ztratila zrak i sluch. Mozek Heleny Kellerové označují speciální pedagogové za geniální, protože i bez zrakových a sluchových vjemů byla schopna abstraktního myšlení. (JAROŠOVÁ, 1991).

²⁶ Jacques Lusseyran (1924 – 1971) byl francouzský spisovatel a politický aktivista. V osmi letech oslepl. Za druhé světové války se aktivně účastnil odboje, přičemž

zmínku život Jana Žižky z Trocnova, o jehož úplném oslepnutí a jeho časové lokalizaci se vedou odborné historické polemiky. (PEKAŘ, 1992).

Vynikající schopnosti těchto osobností značnou měrou ovlivňují pohled na zrakové postižení a jeho nositele ze strany intaktní populace. Možná právě zde je možné hledat příčiny toho, že zrakové postižení je vidíci přijímáno bez negativních emocí a bez předsudků. Naopak velmi často neskrývají svůj obdiv a úctu. Někdy jsou dokonce schopnosti osob se zrakovým postižením glorifikovány a nadhodnocovány, jako by absence fyzického zraku byla předpokladem pro hlubší vhled do skutečností zrakem nepostižitelných.

Podobně jako v každém extrémním postoji, i zde se setkáváme s určitým rizikem. Je sice bezpochyby velkým úspěchem, a je to obdivuhodné, pokud někdo s těžkým zrakovým postižením dosahuje obdobných výsledků jako lidé bez postižení. Na druhou stranu tím může být u osob s postižením vyprovokována snaha o vyrovnání se takovému ideálu, což by ale vedlo spíše k sebedoceňování a demotivaci. V procesu akceptace vady by takové vzory mohly tedy působit až kontraproduktivně, protože neberou v úvahu individuální zvláštnosti osobnosti.

4.11.3 Hodnocení možností pracovního uplatnění před rokem 1989

V rozhovorech jsem položila otázku, jak respondenti hodnotí možnosti pracovního uplatnění osob s těžkým zrakovým postižením před rokem 1989. Otázka byla položena záměrně proto, že všichni respondenti byli v daném období v produktivním věku a pracovali. Možnost pracovního uplatnění souvisí samozřejmě s profesní přípravou a systémem školství.

využíval svých schopností, např. podle intonace hlasu odhalit zrádce. Za odbojovou činnost byl vězněn v koncentračním táboře. Válku však přežil a vrátil se do vlasti. Svůj životní příběh literárně zpracoval formou autobiografického románu. (LUSSEYRAN, 1977).

Všichni respondenti uvedli nutnost pravidelného příjmu před rokem 1989, jehož absence byla považována za příživnictví a tedy trestný čin. Osoby s těžkým zrakovým postižením vesměs pobíraly plný invalidní důchod, čímž byla podmínka pravidelného finančního příjmu splněna. Tendence politiky státu, která se objevuje i dnes a de facto vede k pasivitě osob se zrakovým postižením, je patrná. Finanční zajištění se jeví jako nejjednodušší řešení, které ale zároveň nelze považovat za nejsprávnější.

Zároveň respondenti shodně uvedli, že kdo z osob s těžkým postižením zraku pracovat chtěl, měl poměrně značné možnosti práci získat. Před rokem 1989 oficiálně problém nezaměstnanosti neexistoval. Existovala však také tzv. umělá zaměstnanost, kdy práce měla spíš formální charakter. Dalo by se tedy předpokládat, že se týkala i osob s těžkým zrakovým postižením.

Jak z odpovědí respondentů vyplynulo, v období před rokem 1989 byl poměrně velký počet pracovních míst, která mohly zastávat osoby s těžkým postižením zraku. Tři respondenti se kriticky vyjadřují k jistým činnostem, které byly ve své podstatě tak jednoduché, že pro inteligentního člověka byly nedůstojné, např. kompletování nejrůznějších součástí.

Dva respondenti s těžkým postižením zraku hovoří o iniciativě ze 60. let 20. století, kdy se začal úspěšně rozvíjet obor učitel hudby na Deylově konzervatoři v Praze. Vzdělávání se uskutečňovalo na velmi dobré profesionální úrovni a učitelé hudby se těšili a dodnes těší poměrně vysoké společenské prestiži.

Profesní učňovská příprava takových osob byla směřována specifickým směrem. Důraz byl kladen na tradiční zaměstnání pro osoby s postižením zraku, tzv. „typické slepecké profese“, o nichž implicitně nebo explicitně hovoří všichni z dotázaných. Tradičním zaměstnáním osoby s těžkým postižením zraku byla pracovní pozice spojovatele. V každém větším podniku byla tato funkce skutečně velmi důležitá, protože vzhledem k tehdejšímu stavu techniky ještě neexistovaly automatické ústředny.

Osoby s těžkým zrakovým postižením, které dosáhly v době před rokem 1989 vysokoškolského vzdělání, měly dle mínění jednoho respondenta obzvláště složitou situaci při hledání adekvátního zaměstnání právě proto, že byly upřednostňovány práce méně kvalifikované. Rozsah oborů studovaných v té době se samozřejmě také lišil.

Velmi zajímavá je zmínka o výrobním podniku Svazu invalidů Meta, o kterém explicitně hovoří tři dotázaní. Byl zde jasně definovaný záměr, který směřoval m.j. k vytvoření dalších specifických pracovních pozic v oblasti výpočetní techniky pro osoby s těžkým postižením zraku. S tím byl spojen také vznik specializačních vzdělávacích kurzů. Jeden z respondentů osobně prošel tímto kurzem a o projektu Mety hodnotí jako zajímavý a ve své době skýtající dobré možnosti. Celkový vývoj se ale v pozdějších letech ubíral jiným směrem, neboť od 90. let 20. století je ve světě informačních technologií kladen důraz především na vizualizaci. To je pro osoby se zrakovým postižením a jejich možnosti uplatnění v oblasti výpočetní techniky samozřejmě limitujícím faktorem.

Odpovědi respondentů na otázku týkající se možností zaměstnání před rokem 1989 jsou z faktografického hlediska velmi cenné. V současné době totiž není dostatek publikací, které by směřování školství, rehabilitace a rekvalifikace osob se zrakovým postižením přehledně a pravdivě reflektovaly. Respondenti poukazují na dobrou úroveň předlistopadového základního i odborného školství. Kritické poznámky se týkají většinou kapacity specializovaných institucí a jejich možností. S integrací se příliš nepočítalo nebo se o ní alespoň explicitně nehovořilo. Přesto probíhala skrytě, někdy právě jako jistý vedlejší produkt nedostatečných kapacitních možností. Záviselo pak na možnostech a vůli učitelů, do jaké míry se žáků s postižením uprostřed intaktního kolektivu věnovali. Rovněž vzdělávací předpoklady dětí se zrakovým postižením byly a jsou velmi rozdílné, stejně jako jejich volní vlastnosti, případně motivace z rodinného zázemí a další faktory.

Ze spontánně objevené potřeby, takže opět nikoliv plánovaně a systematicky, se u nás začaly rozvíjet základy pro dnešní ranou péči, tedy soustavnou práci s dětmi se zrakovým postižením a jejich širším sociálním okolím od nejtělejšího věku dítěte s vrozenou zrakovou vadou. Protože se jednalo o iniciativy neoficiální, vzešlé „zdola“, věnovali se jim bez nároku na mzdu zaměstnanci škol pro nevidomé a slabozraké žáky.

4.11.4 Současná situace osob s těžkým zrakovým postižením na trhu práce

Z rozhovorů je patrné, že respondenti vnímají nezaměstnanost osob se zrakovým postižením jako velmi vážný problém, a to v určitých směrech ještě vážnější než u osob bez postižení. V případě těžké zrakové vady je smysluplná práce nejen prostředkem k finančnímu zabezpečení a pocitu seberealizace jedince, ale stává se procesem celoživotní rehabilitace.

Osoby se zrakovým postižením spojuje společná oblast zájmů. V první řadě se jedná samozřejmě např. o aktivity, kde je nutné zapojovat kompenzační smysly, nejvíce sluch. Osoby později osleplé se často uchylují k poslouchání rádia jako snadnému zdroji informací, které jim může vyplnit značnou část dne. Moderní technika umožňuje také práci s internetem bez zrakové kontroly, zpravidla pomocí hlasového výstupu. Pro nezaměstnané osoby se zrakovým postižením je potom trávení dne poslechem rádia nebo surfování po internetu, které ovšem jednak nerozvíjí ostatní kompenzační smysly, ale vede ke společenské izolaci a samozřejmě i k izolaci na trhu práce. Člověk pak rezignuje a přestává mít zájem o dění kolem sebe a prohlubuje se jeho míra závislosti.

Nezaměstnanost u osob se zrakovým postižením vede k rezignaci a pasivitě, a to ještě ve větší míře než u intaktních. Důležitým faktorem je absence denního režimu, která se zpravidla dostavuje u všech dlouhodobě nezaměstnaných. Ta časem může vyústit až do nezaměstnatelnosti. U osob s těžkým zrakovým postižením je navíc do značné míry znemožněno vnímání světla a

tmy, což někdy navozuje poruchy biorytmu. Člověk se zrakovým postižením, který nemá přes den dostatek činnosti a motivace k soustavně prováděné práci, velmi rychle ztrácí pojem o čase. Večer není přiměřeně unaven, na což navazuje nespavost, občasný spánek přes den z nedostatku činnosti, a uzavírá se začarovaný kruh pasivity a rezignace. Jejím výsledkem může být nechuť vyvíjet jakoukoliv snahu či odvádět práci. Nakonec tedy nedojde ani k využití těch kapacit, které zůstaly zachovány a jedinec se stává závislým na sociálním systému státu.

Nezaměstnanost obecně je závažným společenským problémem, který se objevil po roce 1989 jako důsledek legislativních změn a transformace ekonomiky. Trh práce se začal rozvíjet s větší nezávislostí na regulaci státu, čímž vznikla značná konkurence a také větší nebezpečí pro osoby jakkoliv znevýhodněné.

Sociální stát by zřejmě měl poskytovat jistou míru základní ekonomické jistoty tam, kde není možnost získávat si prostředky vlastním přičiněním. Ovšem právě ona možnost je v případě osob s těžkým zrakovým postižením těžko definovatelná. Odvíjí se od vlastností osobnosti a v neposlední řadě od morálních hodnot jedince. V každé společnosti se najde část lidí, kteří začnou sociální podporu využívat, nadužívat a někdy až zneužívat. S tím se pochopitelně můžeme setkat i v komunitě osob se zrakovým postižením. Zrakové postižení de facto není pravou příčinou sociální ostrakizace, ale určitým typem spouštěcího mechanismu vedoucího až k popsané segregaci a postupnému poklesu na společenském žebříčku.

4.11.5 Současná tyflorehabilitace

Zaměstnanost, stejně tak jako aktivita osob s těžkým zrakovým postižením v občanském životě, nejsou podmíněny pouze školní nebo profesní přípravou, ale také nabídkou služeb pro osoby s těžkým zrakovým postižením v dospělosti. Všechny tyto aktivity budeme pro účely kvalitativního výzkumu nazývat tyflorehabilitace, ačkoliv mnohé z nich přináší rehabilitaci jako jistý výsledný produkt (např. volnočasové aktivity, zájmové kurzy, zprostředkovávání informací apod.). Mnohé již bylo řečeno v souvislosti se vztahem společnosti k osobám se zrakovým postižením, neboť i pouhá možnost sdružovat se je ovlivněna např. legislativními faktory.

V naší současné společnosti tak nebývá nikterak složité vytvořit určitý druh právnické osoby, která by se angažovala ve prospěch osob se zrakovým postižením, ale na druhou stranu pro takovou společnost může být problematické dostat všem požadavkům kladeným zákonem na poskytování sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Kritika zákona o sociálních službách se v rozhovorech objevuje poměrně často, a to prakticky napříč všemi otázkami. Převažuje samozřejmě u respondentů, kteří jsou v některé z organizací nabízejících sociální služby pro osoby se zrakovým postižením aktivní, a to především z pozice vedoucího pracovníka.

Ze všech rozhovorů vyplývá velmi dobrý vliv svépomocných organizací umožňujících vlastní aktivitu osob se zrakovým postižením a jejich přímé zapojení do naplňování vlastních přání a potřeb. Jinak by se pochopitelně mohlo stát, a bohužel se stává, že např. finančně náročné opatření, které má osobám se zrakovým postižením usnadnit život, ve výsledku vlastně nikomu nepomáhá. Příkladem mohou být snahy o odstraňování architektonických bariér (vestavba vodících linií na chodnících, silnicích, v metru, ve veřejných budovách apod.,

jejichž praktická využitelnost je pro osobu se zrakovým postižením z nejrůznějších důvodů nepříliš vysoká).

S podobným principem se setkáváme, a respondenti tento jev zmiňují, rovněž u některých kompenzačních pomůcek, kdy někdy platí známé „méně znamená více“. Velký pokrok techniky umožňuje poměrně dobrou orientaci v prostoru za pomoci nejrůznějších pomůcek z oblasti výpočetní techniky. Na jejich vývoj se investují nemalé finanční prostředky. Ve výsledku ale mnohdy základní informace jsou v situaci bez zrakové informace prospěšnější a psychiku příjemce nesrovnatelně méně zatěžují.

Některé právnické osoby směřující svoji činnost ve prospěch osob se zrakovým postižením mají v poměru veškerých služeb tyflorehabilitace spíš lokální význam a některé z nich již zanikly. Rozhodně není mojí snahou upírat jim jejich zásluhy a význam, ale v globálně pojatém pohledu na tyflorehabilitaci, o jaký se v předkládaném textu snažím, je nelze podrobně uvádět.

4.11.6 Náhodná pomoc osobám s těžkým zrakovým postižením

Respondenti s těžkým zrakovým postižením, s nimiž byl realizován rozhovor, mají velmi bohaté zkušenosti s náhodnými průvodci a pomocí poskytovanou zcela neznámými lidmi na ulici, na úřadech, veřejných institucích apod., neboť ovládají prostorovou orientaci za pomoci dlouhé bílé hole. Mohli tedy nejlépe zhodnotit četnost a úroveň nabízené pomoci.

Respondenti souhlasně uvádějí dostatek osob zcela náhodně ochotných pomoci. Nikdo nezmínil absenci pomoci v situaci jako je přecházení ulice, hledání vchodu do budovy, pomoc v čekárně u lékaře apod.

Pravdou je, že náhodných a příležitostných průvodců je v naší zemi poměrně mnoho a pro osoby se zrakovým postižením nebývá problém potkat někoho, kdo aktivně a ochotně nabídne pomoc. Respondenti se shodují v tom, že ve větších městech, v České

republiky především v Praze, kde je možné osobu s těžkým zrakovým postižením potkat nejčastěji, zpravidla není složité najít osobu ochotnou pomoci.

Jak uvádějí nevidomí, častou chybou v poskytování pomoci náhodným průvodcem je představa vidících osob, že je třeba osobou se zrakovým postižením manipulovat. V praxi to znamená, že nevidomého tlačí před sebou, častěji než slovní instrukce použijí rychlejší a názornější taktiku. Pro nevidomého tak vzniká poněkud nepřehledná situace, a pocit při vstupu do neznámého prostoru, kam je náhodně potkaným člověkem posouván, je doslova traumatizující. Vidící průvodce si zpravidla neuvědomí, jaký vznikne pocit např. na rušné křižovatce, kde osoba bez zrakové kontroly pouze slyší velmi intenzivní provoz a průvodcem je tlačena tam, kde nemá ani minimální představu o nerovnostech povrchu, možných bariérách apod. V tomto může pomoci praktický výcvik, kdy osoby s těžkým zrakovým postižením během výuky prostorové orientace pomoc neodmítají ani nehodnotí, pouze dostatečně asertivně sdělí své představy o pomoci, např. slovy: „*Děkuji, pokud dovolíte, rád bych se Vás přichytil tak, jak mi to nejlépe vyhovuje*“.

Zpravidla všichni respondenti s těžkým zrakovým postižením zmínili důležitost vystupování a chování osoby, které je pomoc poskytována. Záleží samozřejmě na charakterových vlastnostech osoby a konkrétních dopadech zrakového postižení, stejně jako na míře akceptace vady. U některých potenciálních náhodných průvodců pak naopak převládne strach z odmítnutí pomoci, které pak může mít za následek, že při dalším setkání s osobou se zrakovým postižením nenabídne pomoc raději vůbec. Zde se paradoxně projevuje předsudek o bezvadných povahových kvalitách osob s těžkým zrakovým postižením, který je v našich poměrech velmi pevně kulturně založen a tradicí udržován. Mezi osobami s těžkým zrakovým postižením, zcela stejně jako mezi intaktními osobami, existují lidé, kteří umějí vhodně vystupovat v případě nabídnutí pomoci nebo běžném společenském kontaktu a osoby, které naopak tyto dovednosti nemají dostatečně vyvinuty. K základním komunikačním dovednostem patří

nabízenou pomoc s povděkem přijmout, ale také taktně odmítnout. Zásady správné společenské komunikace je velmi vhodné připomínat a prakticky provádět výcvik taktního odmítání pomoci.

Při srovnání výsledků s uskutečněným kvantitativním výzkumem se nachází shoda. Vidící respondenti, kteří se ocitnou v situaci náhodného kolemjdoucího, pociťují často obavy a vlastní neznalost, jak pomoc poskytnout, aby se neminula svým smyslem. Brání-li v nabídnutí pomoci právě strach, je dobré zamyslet se nad jeho původem. Z velké části může být zapříčiněn skutečně minimální zkušeností a z ní pramenící neznalostí. V rámci výuky prostorové orientace se proto instruktoři zaměřují na schopnost osoby se zrakovým postižením instruovat náhodného průvodce takovým způsobem, aby jeho pomoc byla efektivní.

4.11.7 Zapojení církevních organizací do tyflohabilitačních aktivit

Stejně jako respondentům v kvantitativním výzkumu byla respondentům v polostrukturovaných rozhovorech položena otázka, jak hodnotí církevní snahy o pomoc osobám se zrakovým postižením. V případě, že konkrétní projekty znají, měli možnost se k nim vyjádřit. Odpovědi respondentů v podstatě korespondují s výsledky kvantitativního výzkumu. Převládá pozitivní postoj s tím, že veškeré svépomocné aktivity jsou vítány, a potom není rozhodující, kdo je jejich aktérem. Angažovanost církví v celkovém objemu tyflohabilitačních aktivit není zastoupena v tak velké míře, takže ani respondenti, kteří se pohybují v oblasti tyflohabilitace a mají vhled, konkrétní projekty neznají. Naopak, mají-li zkušenost s konkrétním projektem, postoje byly spíše vstřícné, případně pro respondenty rozlišení tyflohabilitačních aktivit podle jejich původce nebylo důležité.

Jeden z respondentů vyjádřil obavu z absence odbornosti, přičemž vycházel z vlastní zkušenosti. Stejně tak v odpovědích dalších respondentů se objevovala jistá ambivalence. Bylo také poukázáno na

nebezpečí provázanosti konkrétních církví s politickou mocí a využívání této převahy k sebeprosazení. Z etického hlediska má takové jednání svoji důležitost. Jedná se o dilema vyskytující se ve většině pomáhajících profesí. Konkrétní osoby pracující v dané organizaci mohou být svojí prací natolik pohlceny, že již nejsou schopny rozlišit hranice mezi profesionální úrovní a např. osobními kontakty, nebo naopak mezi sférou pracovní a soukromou rozlišují tak striktně, že v oblasti zaměstnání vystupují zcela jinak než v občanském životě, což v sobě také nese jistá rizika. Stejně jako v ostatních pomáhajících profesích platí, že hlavním nástrojem pomoci je osobnost pomáhajícího a jeho vztah ke klientům.

4.11.8 Studium dokumentace – existující etické kodexy

V rozhovorech bylo ověřeno, zda instituce orientované na tyflorehabilitace disponují definovaným etickým kodexem nebo nikoliv. Nadále jsem však o etice, případně etických kodexech explicitně nehovořila, a ponechala jsem respondenty definovat problematické body v přístupu veřejnosti k osobám s těžkým zrakovým postižením, případně osob s těžkým zrakovým postižením k veřejnosti. V případě položení otázky týkající se přímo etiky se většinou rozhovor dále ubíral směrem existence nebo neexistence etického kodexu v konkrétním zařízení. To bylo značně limitující a někdy dokonce kontraproduktivní, neboť respondenti zpravidla nebyli ochotní explicitně připustit, že v jejich zařízení neexistuje kodifikovaný soupis pravidel pro jejich pracovníky. Etický kodex sám o sobě sice nemůže zaručit celkovou kvalitu poskytovaných služeb a péče, ale jeho zveřejnění na webových stránkách instituce je zpravidla vysoko ceněno. Pro zde předkládanou práci a komparaci s předloženým kvantitativním výzkumem bylo přínosnější zaměřit pozornost na aspekty vztahu majorita a osoby se zrakovým postižením, jejich postavení v běžném životě a v zaměstnání. Respondenti tak pociťovali větší míru svobody a mnohdy došlo

k inspiraci a odkazům na zařízení, případně respondenty jiné. Existující etické kodexy institucí věnujících se práci s osobami se zrakovým postižením mohou sloužit jako vodítko a příklad. V příloze č. I a II uvádím etické kodexy Tyflocentra Brno, o. p. s., který je zveřejněn na webových stránkách organizace, a Pobytového rehabilitačního a rekvalifikačního střediska pro nevidomé v Praze, kde existuje pouze v tištěné podobě a je k dispozici ve středisku.

Význam existence psaného kodexu však nelze rozhodně nikterak zveličovat. Jednak proto, že jakýkoliv etický kodex je v podstatě spíš psaným souhrnem pravidel profesní mravnosti a tudíž jej nelze nijak právně vymáhat. Mnohdy plní účel kritéria kvality zařízení, neboť etické kodexy v poslední době začaly vznikat masivně. Některá zařízení mají etický kodex přístupný na webových stránkách, jiná pouze jako dokument existující v tištěné podobě v zařízení. Neméně zajímavé je zjišťovat, jaký vztah k takto formalizovanému výčtu pravidel chování zaměstnance, případně klienta, mají osoby v instituci vztah. Nejednou mi bylo odpovězeno, že vlastně nevědí, zda etický kodex platný pro jejich zařízení existuje či nikoliv, jindy o jeho existenci věděli, avšak nepokládali jej za nijak zvlášť významný a nevěděli, co je přesně jeho obsahem.

4.12 Shrnutí výsledků výzkumu, komparace a ověření hypotéz

Akceptace vady

Výsledky výzkumu akceptace jednotlivých vad ukázaly, že mentální handicap představuje nejobtížněji akceptovatelnou vadu, a to jak pro intaktní populaci, tak jako pro osoby s těžkým zrakovým postižením.

Výsledky týkající se hodnocení různých typů vad intaktní populací odpovídají výsledkům šetření popsaného v kapitole 4.3.1., kde 45% respondentů považovalo mentální postižení za nejtěžší typ handicapu, ihned za ním následovalo postižení zrakové, tělesné a jako relativně nejméně závažné. (KEHÁROVÁ, 1992).

Výše uvedené výsledky nemusejí být překvapujícím zjištěním. S osobou s mentálním postižením si běžný člověk „nerozumí“, intelektový rozdíl je obtížně překonatelnou bariérou.

V oblasti hodnocení smyslových vad se mezi osobami se zrakovým postižením a osobami intaktními objevily rozdíly, které popisují v kapitole 4.9.1. věnované vyhodnocení kvantitativního výzkumu. To sekundárně ovlivňuje celkové hodnocení závažnosti handicapů u obou skupin. U osob s těžkým zrakovým postižením hraje sluch významnější roli než u intaktních jedinců. Jedná se o jeden z nejdůležitějších kompenzačních smyslů. Informuje o okolním světě a prostřednictvím mluveného slova mohou osoby s těžkým postižením zraku bez problémů komunikovat s osobami intaktními a získávat od nich informace, pomocí kterých si dotvářejí představy o okolí, vzhladu, případně pomocí sluchu poznávají hlasy známých lidí.

Není bez zajímavosti, že osoby s těžkým postižením zraku hodnotí tělesné postižení z hlediska aritmetického průměru jako druhé

nejtěžší, tj. na stejném místě jako intaktní osoby postižení zraku. Oproti zrakovému postižení je u postižení tělesného omezena schopnost pohybu, což je především pro respondenty se zrakovým postižením nepřijatelné, stejně jako je pro osoby intaktní nepřijatelná představa života s absencí zraku. Jedna respondentka s vrozenou těžkou vadou zraku zdůvodnila své hodnocení těmito slovy:

„Nejhorší je pro mě určitě mentální postižení, to si vůbec nedokážu představit, takový člověk musí být úplně nepochopený, všichni si z něj dělají akorát legraci a neberou ho vážně. Tělesné postižení je pro mě druhé nejhorší, protože to se člověk nikam samostatně nedostane a všude je plno bariér jako schody, prahy, obrubníky... Když nevidím a neznám trasu, tak není problém se někoho zeptat a dojdu si, kam potřebuju. Proto si myslím, že postižení zraku je ze všech nejsnáze zvladatelné. Bez sluchu si život nedovedu moc dobře představit.“

Hodnocení zrakové vady jako druhé nejtěžší je zřejmě ovlivněno skutečností, že většinu podnětů získává intaktní jedinec právě zrakem. Odhady hovoří o 70 až 90% veškerých informací o okolním světě. Velká část populace má pravděpodobně zkušenost s nedostatkem vizuálních podnětů za zhoršených podmínek viditelnosti, např. při pohybu terénem za tmy, ve vlastní neosvětlené domácnosti. Prostým zavřením očí lze jednoduše a okamžitě simulovat stav totální slepoty a získat tak představu o životě při ztrátě zraku. Stejně tak při nejrůznějších akcích organizací ve prospěch nevidomých, kdy je např. možnost cvičně realizovat některé činnosti bez zrakové kontroly nebo za jejího značného omezení, např. pomocí simulačních brýlí. Zkušenost s podstatným omezením zrakového vnímání, zřejmě vzhledem k důležitosti vizuálních vjemů pro intaktní populaci, zřejmě působí jako neslučitelná s přijatelnou úrovní kvality života.

Výsledky výzkumu popsané v kapitole 4. 9. 1. navíc potvrdily, že postižení, které respondenti považují za nejzávažnější, by také nejhůře akceptovali. Počtu respondentů, kteří považovali určité

postižení za nejobtížněji přijatelné, odpovídají i celková skóre vypočtená pomocí aritmetického průměru.

Pocity při setkání s osobou s těžkým zrakovým handicapem

V provedeném dotazníkovém šetření se nejčastěji vyskytovala odpověď, že hlavní reakcí na setkání se s osobou se zrakovým postižením je strach z povinnosti nabídnout pomoc. Oproti tomu ve výzkumu popisovaném v kapitole 4. 3. 1. se jako ústřední pocit osoby bez postižení s osobou s těžkým zrakovým handicapem jeví soucit. (KEHÁROVÁ, 1992). Graf č. 9 na straně 140 mapuje odpovědi intaktních respondentů v širším smyslu: na prvním místě se objevuje potřeba nabídnout pomoc. Je potěšující, že oba výzkumy popisují při setkání s osobou se zrakovým postižením převládající kladné pocity. U studentů pomáhajících oborů na vysokých školách a osob profesionálně se věnujících pomoci osobám se zrakovým postižením lze předpokládat, že jejich vztah k osobám s postižením nebude odmítavý, ale spíš kladný. Z toho vyplývají tendence k praktické reakci, tj. nabídnutí pomoci. V některých případech toto nelze považovat za samozřejmost a setkáváme se s naprosto odlišnými reakcemi, které lze vysvětlit snad neznalostí, nerozhodností nebo nedostatkem zkušeností.

Někteří respondenti uvádějí při setkání s člověkem se zrakovým handicapem stud. Ten vychází z nejistoty, zda má být nabídnuta pomoc a pokud ano, jakým způsobem tak učinit taktně. Panuje obava z odmítnutí pomoci ze strany jejího zamýšleného příjemce, možnost nepřijetí, nebo poskytnutí pomoci takovým způsobem, který bude pro danou osobu zdrojem nepříjemných pocitů a nebyla kontraproduktivní.

Příkladem poměrně zdařilého projektu odstraňujícího obavy náhodných intaktních kolemjdoucím je projekt informačních brožur Dopravního podniku hlavního města Prahy realizovaný v roce 2008 s názvem „*Díky vám nezabloudím*“. Brožury byly k dispozici

v informačních stojanech pražského metra a je v nich jednoduše a poutavě popsáno, v jakých situacích a jakým způsobem je optimální nabízet pomoc nebo náhodný doprovod osobám s různými typy postižení. Bylo by vhodné, pokud by podobné informace, a to názorně zpracované, byly promítány např. ve stanicích metra.

Pomocí kvantitativního a kvalitativního výzkumu jsem se pokusila verifikovat nebo falzifikovat předem stanovené hypotézy, které v oblasti tyflorehabilitace, stejně tak jako v běžném postoji majority k osobám s těžkým zrakovým postižením, mohou hrát podstatnou roli.

- Osoby s těžkým postižením zraku jsou, vzhledem k historickým a tradicí uchovávaným zvyklostem, v porovnání s osobami s dalšími postiženími nejnáze společensky akceptované.

Výše uvedená hypotéza byla potvrzena. V kvantitativním výzkumu respondenti uváděli k osobám s těžkým zrakovým postižením postoje spíše vstřícné, a to jak v oblasti běžné anonymní pomoci při náhodném setkání, tak v oblasti případného zapojení na trhu práce. Existuje zde však i poměrně vysoká míra znalosti specifik a obavy z omezení možností osob s těžkým postižením zraku, především v oblasti efektivity práce.

Respondenti v kvalitativním výzkumu potvrzovali a na praktických příkladech dokládali vlastní zkušenost s vesměs kladnými a vstřícnými postoji ze strany intaktní majority. Případy zneužití snížené schopnosti orientace např. k trestné činnosti sice připouštěli, ale nepřikládali jim, na rozdíl od masivní mediální prezentace, příliš velkou důležitost.

K vesměs kladnému postoji majoritní populace k osobám s těžkým zrakovým postižením jistě přispívají mnohé známé příklady osob se zrakovým handicapem, které díky vynikajícím vlastnostem v nejrůznějších oblastech vešly do dějin a jejich životy se staly

inspirací pro mnohá literární zpracování. Právě absence zraku a následná nutnost kompenzace tak důležitého smyslu vede k vytvoření nadprůměrných schopností v dalších oblastech.

- Osoby s těžkým zrakovým postižením vnímají svoji vadu v porovnání s dalšími postiženími jako nejsnáze akceptovatelnou.

Lidé s těžkým zrakovým postižením v porovnání s majoritou intaktních jedinců skutečně považují za nejsnáze akceptovatelné postižení zraku. Vycházejí přitom z vlastní zkušenosti s možnostmi kompenzace a jasnou představou o kvalitě života bez možnosti vizuálních podnětů.

Shodně s osobami intaktními uváděli respondenti s těžkou poruchou zraku, že nejhorším a nejhůře akceptovatelným typem postižení je postižení mentální. Zde se m. j. potvrzuje, že se jedná o čistě subjektivní vnější hodnocení mentálního postižení. Zatímco pro osoby intaktní i osoby se zrakovým postižením je tak těžko přijatelné, samotné osoby s mentálním postižením by zřejmě svoji situaci vnímaly jinak, už proto, že důsledky své vady, právě z důvodu omezených kognitivních kapacit, nejsou schopny vyhodnotit.

- Za postižení nejvíce negativně ovlivňující kvalitu života je považováno postižení mentální.

Tato hypotéza se potvrdila. Mentální postižení je nadpoloviční většinou intaktních respondentů považováno za nejvíce omezující. Je to dáno tím, že mentální kapacita sama o sobě umožňuje náhled na vlastní myšlenkové pochody. Vztah korelace mezi dosaženým vzděláním a hodnocením mentálního postižení nebyl prokázán. Avšak při porovnání celkového skóre odpovědí přece jen jistý rozdíl existuje. Zatímco celkové skóre přidělené mentálnímu postižení je 1, 5, tedy zcela jednoznačně nejhorší, u kontrolní skupiny „ostatních“ činí skóre 2, 6, tedy jako poněkud méně závažné.

- Za nejsnáze akceptovatelné postižení je mezi intaktními osobami považováno postižení sluchu.

Sluchové postižení je skutečně intaktními respondenty označeno jako nejméně omezující. Z celkového počtu intaktních respondentů považuje postižení sluchu za nejméně omezující 424 respondentů, což činí 47, 1%. Pouze 6, 3% respondentů je označilo jako nejtěžší.

Skutečnost, že sluchové postižení je vnímáno jako nejméně závažné, je dána zřejmě relativně vysokým počtem nedoslýchavých jedinců např. mezi seniory a nepříliš solidárním postojem k nim.

- Osoby s těžkým zrakovým postižením považují sluchovou vadu za jednu z nejhůře akceptovatelných.

Tato hypotéza souvisí s předpokladem, že hlavním kompenzačním smyslem v případě ztráty zraku je sluch. Ve výzkumu se však nepotvrdila. Osoby s těžkým zrakovým postižením, shodně s osobami intaktními, uvádějí, že za nejhorší typ postižení považují postižení mentální. Za nejvíce omezující postižení hodnotí 17 z 35 respondentů s těžkým zrakovým postižením právě postižení mentální. Celkové skóre přidělené mentálnímu postižení intaktními osobami i osobami s těžkým zrakovým postižením je 1, 8.

- Postižení, které je vnímáno jako nejvíce ohrožující kvalitu života, je současně pro intaktní populaci nejhůře akceptovatelné.

Hypotéza se potvrdila. Za nejvíce omezující typ postižení označili intaktní respondenti postižení mentální v 517 případech. U druhé otázky dokonce 561 respondentů uvedlo, že jim nejvíce vadí postižení mentální. V otázce, které postižení by u sebe a svých

blízkých rozhodně nechtěli akceptovat, to bylo dokonce 643 respondentů, což představuje více než 70%.

Poněkud jiná souvislost platí mezi postižením, které bylo považováno za nejméně omezující, postižením které relativně nejméně vadí v komunikaci a postižením, které respondenti označili jako nejsnáze akceptovatelné. Postižení sluchu sice bylo jednoznačně považováno za nejméně závažné a současně nejsnáze akceptovatelné, avšak respondenti jej označují jako třetí největší překážku v komunikaci.

- Hlavním postojem intaktních osob k osobám s těžkým zrakovým postižením je především soucit.

Třebaže postižení zraku bylo po mentálním postižení hodnoceno intaktními respondenty jako druhé nejzávažnější, převládajícím postojem k osobám s těžkým postižením zraku je lítost a soucit, které zároveň vyvolávají potřebu pomoci a někdy též pochybnosti, zda je pomoc nabízena správně a taktně.

Stejně jako u první hypotézy, i zde se promítá veskrze postoj přijímání osob s těžkým zrakovým postižením ze strany intaktní populace, značná tolerance a schopnost empatie.

Postoj aktivního nabízení pomoci osobám s těžkým zrakovým postižením je kulturně podmíněn. U nás došlo k velkému posunu po roce 1989, kdy začaly snahy o integraci s osob s postižením do kolektivů osob intaktních, zájem o jejich potřeby a větší otevřenost. Především ve velkých městech jsou lidé zvyklí setkávat se s osobami s těžkým zrakovým handicapem a jsou připraveni pomoci.

Soucit je sice postojem, s nímž se ve vztahu k osobám s těžkým zrakovým postižením často setkáváme. Podmiňuje ovšem z etického hlediska velmi podstatnou reakci, bývá totiž motivací k pomoci. Vedle soucitu značná část osob pociťuje při setkání s osobou s těžkým zrakovým postižením lítost.

- Náboženská víra je vnímána jako významný pomocný faktor v mezních životních situacích, jakou je konfrontace člověka s těžkým postižením zraku.

Odpovědi na otázku vlastního náboženského vyznání a hodnocení víry jako faktoru usnadňujícího akceptaci těžkého zrakového postižení v kvantitativním výzkumu korelovaly. Zdá se, že zralá náboženská víra je postojem, který může usnadnit adaptaci na různým způsobem změněné životní podmínky. I ony jsou totiž postojem víry přijímány jako projevu vůle vyšší moci, případně jako sdělení konkrétnímu člověku. To platí ovšem v kontextu celého lidského života, nikoliv v období akutní krize, kdy například dojde ke ztrátě zraku. Pomocným faktorem může být spiritualita, která je integrální součástí lidské osobnosti a jako taková je rozvíjena.

Rovněž velká část respondentů, kteří sami sebe považují za nevěřící, pokládala náboženskou víru za pomocný faktor v akceptaci handicapu. Tato skupina byla dokonce početnější než skupina těch, kteří se pokládají za nevěřící a víru za pomocný faktor nepovažují, a zároveň srovnatelná se skupinou osob, kteří se k otázce víry jako pomocného faktoru nedokázali vyjádřit kladně ani záporně. To je pochopitelné, protože pokud člověk nemá vlastní zkušenost s náboženskou vírou, je těžké ohodnotit její dopady v situacích krize.

Ztráta zraku v životě člověka vyvolává rovněž jisté psychické změny, nezřídka dochází k introverzi a zvýšenému zájmu o duchovní složku života. To může v sekularizované společnosti vyvolávat riziko v podobě volného prostoru pro eticky problematické působení nejrůznějších sekt, k nimž by „neukotvené“ osoby v době životní krize mohly inklinovat.

4.13 Vymezení eticky dilematických oblastí v tyflorehabilitaci

Na základě skutečností popsaných v teoretické části práce a výzkumu v praktické části vyplývá nástin eticky dilematických oblastí, které se vyskytují v tyflorehabilitaci:

➤ **Stereotypy a předsudky**

O stigmatizaci osob se zrakovým postižením bylo pojednáno v teoretické části práce. Stigmatizace je často výsledkem předsudků a chyb v sociální percepci ze strany majoritní populace, někdy se však původci stávají osoby se zrakovým postižením. S tím se lze setkat v pobytových střediscích, kde např. klienti přestanou rozlišovat oblečení vhodné pro volnočasové aktivity a oděv pro společenské příležitosti. Získané zvyky z rehabilitačních zařízení pak zpravidla aplikují v běžném životě. Odlišný nebo pro danou příležitost nevhodný oděv se snadno může stát zdrojem stigmatizace.

Předsudkům je možné snad neúčinněji bránit informovaností. Veškeré prezentační akce, jejichž cílem je představit svět osob se zrakovým postižením intaktní majoritě, jsou velmi přínosné. Velké popularity se těší tzv. kavárny po tmě. Rovněž na nejrůznějších veřejných místech, např. v městské hromadné dopravě, státních institucích, zdravotnických zařízeních, se objevují snahy poskytnout intaktním osobám co nejvíce informací o možnostech osob se zrakovým postižením a vytvářejí vědomostní základnu pro účinné poskytnutí pomoci.

Paradoxně negativní dopad na vztah majority k osobám se zrakovým postižením může mít snaha státu o takovou sociální politiku a legislativu, která by nevedla k další marginalizaci ohrožených skupin. Představa finančního zabezpečení bez jakéhokoliv vlastního přičinění vyvolává u intaktní populace závist a představu osoby s postižením jako trvale závislé na společenské solidaritě.

Demotivující vliv mohou mít předsudky o nadpřirozených schopnostech a bezvadných morálních kvalitách osob se zrakovým postižením. Každý člověk je individualitou a některé povahové vlastnosti se vlivem handicapu prohlubují. v rámci tyflorehabilitace je proto třeba připomínat zásady vhodného společenského chování a taktního odmítnutí nabízené pomoci. Negativní zkušenost osoby náhodně nabízející pomoc by v důsledku mohla od dalších podobných aktivit v budoucnosti odradit.

➤ Riziko pasivity osob se zrakovým postižením

Respondenti se shodovali v tom, že závislost osob se zrakovým postižením na sociálním systému může být příčinou rezignace a apatie. Pasivitu může vyvolat mnoho aktivit, které jsou zamýšleny jako podpora osob s těžkým postižením zraku (např. výplata sociálních dávek, opatření zmírňující dopady nezaměstnanosti apod.). Pokud trvá dlouho stav závislosti na sociální pomoci státu, dochází u kteréhokoliv člověka k typickým změnám v jeho psychosociálních vztazích a osoby se zrakovým postižením nejsou výjimkou. Jejich rezignace je však, vzhledem k povaze postižení, poněkud silnější a podporovaná jistotou, že dotyčný člověk je přece zajištěn dávkami a podporován sociálním systémem, a není tedy nutné, aby vyvíjel vlastní aktivitu. Opět se tedy setkáváme s možnými negativními dopady velkorysé sociální politiky a legislativy.

Pokud je osoba se zrakovým postižením např. dlouhodobě nezaměstnaná, což je poměrně častý stav, nedochází k přirozené každodenní tyflorehabilitaci, nácviku tras, úkonů sebeobsluhy, omezují se sociální kontakty a v neposlední řadě není využívána získaná kvalifikace.

➤ Podceňování autonomie osob s těžkým zrakovým postižením

Projektivní postoj státu může u osob s těžkou zrakovou vadou podporovat pasivní postoj. To bylo částečně popsáno v předchozím bodě. Podobně je tomu ale i v běžném společenském kontaktu s osobami s postižením.

Při pomoci náhodným průvodcem se často objevuje podvědomý hyperprotektivní postoj, který velí manipulovat osobou se zrakovým postižením. Markantní je to v rovině fyzické, např. v dopravních prostředcích lze často vidět dobře míněnou pomoc osobě se zrakovým postižením, ovšem charakter takové pomoci více odpovídá pomoci osobě s tělesným postižením. Někdy se jedná také o poněkud méně nápadné prosazování vůle pomáhajícího na úkor osoby se zrakovým postižením, např. pomoc při nákupu zboží v hypermarketu by neměla suplovat výběr zboží, ale směřovat pouze k usnadnění orientace a získání přehledu o zboží.

Velmi často se objevuje jistý typ stigmatizace při verbální komunikaci s osobami s těžkým zrakovým postižením, které nejsou schopny očního kontaktu, na který jsme jinak běžně zvyklí. U mluvčího je vyvolán pocit, že ani on nemusí s osobou se zrakovým postižením udržovat oční kontakt, což působí rušivě.

Podobně se objevuje tendence nehovořit přímo s osobou se zrakovým postižením, ale s jejím průvodcem (např. v restauraci je možné často se setkat s otázkou směřovanou na průvodce a nikoliv přímo: „A copak si dá tady pán k jídlu“?).

Ještě nebezpečnější jsou tendence založené na podobném základě ve veřejném životě. Osoby se zrakovým postižením nejlépe vědí, jaké jsou jejich potřeby a nesnáze při jejich obstarávání. Proto je nezastupitelná jejich aktivita, např. při zakládání svépomocných organizací, kde by osoby se zrakovým postižením byly iniciátory změn, které by pro ně byly prospěšné.

➤ Alokace zdrojů a dostupnost péče

Zatímco ve vyspělých zemích světa jsou již běžné operace očních chorob, které dříve způsobovaly ztrátu zraku (šedý zákal),

v rozvojových zemích taková možnost není. Zatímco tedy v Evropě a Americe prosperují soukromé oční kliniky, kde moderní zákroky mohou člověka zbavit oční choroby korigovatelné brýlemi, a jedná se tak spíše o estetický problém, kdy si pacient nepřeje nosit brýle, v rozvojových zemích žijí lidé s nevratně poškozeným zrakem. Mnohé nadace se sice snaží rozvíjet v tomto směru solidaritu a za podpory sbírek umožnit terapii na moderních očních klinikách. Pokud se ovšem poté osoby vrátí do podmínek rozvojového světa, hrozí riziko infekcí a de facto zmaření dosaženého výsledku.

Rovněž ve vyspělých zemích světa se pokročilá oční medicína stává výhodným obchodním artiklem. Dostupnost moderních metod je determinována ekonomickou situací klientů a platební schopností vůči moderně vybaveným oftalmologickým klinikám.

Závěr

Život osob s těžkým zrakovým postižením s sebou přináší mnohá etická dilemata spočívající převážně v oblasti akceptace vady a vztahů s osobami intaktními. Sama akceptace vady je etickým problémem v oblasti tyflor rehabilitace.

Vztahy osob intaktních a osob s těžkým postižením zraku zůstávají poznamenány mnoha předsudky a zároveň nerovností vztahu, kdy se automaticky předpokládá, že člověk s postižením je nutně a výhradně příjemcem pomoci. Vztah je potom od samého počátku nerovný, podobně jako je tomu někdy v oblasti pomáhajících profesí. To je možná jednou z příčin vzniku mnohých etických kodexů, např. také v oblasti tyflor rehabilitace.

Veškeré služby ve prospěch osob s těžkým zrakovým postižením v sobě zahrnují riziko pasivity jejich uživatelů a rezignace, která neprospěje konkrétnímu jedinci ani obecněji vztahům k osobám s postižením.

Krom běžných a lety prověřených způsobů kompenzace chybějícího nebo vážně poškozeného zraku jsou za pomoci moderní techniky objevovány stále nové a nové pomůcky nebo lékařské zákroky podstatně zlepšující zrakové funkce. Kromě toho existuje však také kompenzace sociální, a to nejen v podobě legislativy, ale rovněž formou nových projektů. Dobrých příkladů je dnes již celá řada: nejrůznější osvětové akce jako například dny otevřených dveří rekvalifikačních středisek, střediska výcviku vodících psů, akce v rámci dnů bílé hole, hmatové výstavy nebo populární projekt kaváren potmě a jistě mnohé další. Úspěch podobných akcí spočívá především ve sbližování světa osob bez postižení a osob s postižením. Intaktní osoby si mohou v praxi vyzkoušet pocity při náhlém omezení nebo vyřazení zrakové kontroly. Taková zkušenost zcela jistě ovlivní postoje a chování v případě náhodného setkání s osobou s těžkým zrakovým postižením, stejně tak jako zefektivní formu i způsob nabízení pomoci. V případě kaváren potmě dokonce zcela mění role a

staví osoby s těžkým postižením zraku do pozice těch, od nichž očekávají pomoc osoby intaktní.

Součástí mojí práce se staly také aspekty vztahu spirituality jedince a získaného závažného poškození zraku, které s sebou nutně přináší řadu podstatných změn v dosavadním životě. Podstatná redukce nebo dokonce ztráta tak důležitého smyslu, jakým je zrak, vyvolává z psychologického hlediska situaci stresu, která je srovnatelná se stresem vyplývajícím ze sdělení infaustní prognózy vážného onemocnění nebo ztráty blízkého člověka. Bylo prokázáno, že zdravá spiritualita jedince je významnou podporou v akceptaci vady.

Literatura

ALEXANDER, Leo. *Diktatura a lékařská věda*. Praha : Občanský institut, 2003. 19 s.

ANDREWS, Frank M.; WITHEY, Stehen B. *Social indicators of well-being*. New York : Plenum Press, 1976. 455 p. ISBN 0-306-30935-1

ATKINSON, Rita, L. *Psychologie*. Praha : Portál, 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3

BALZ, Horst; SCHNEIDER, Gerhard. *Exegetisches Wörterbuch zum Neuen testament*. Band III. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer GmbH, 1983. 1223 s. ISBN 3-17-008207-8.

BLAŽEK, Bohuslav; OLMROVÁ, Jiřina. *Kráska a bolest*. Praha : Panorama, 1985. 413 s. ISBN neued.

BRANTSCHEN, Johannes, B. *Proč nás dobrý Bůh nechává trpět?* Praha : Scriptum, 1994. 76 s. ISBN 80-85528-31-2

COHEN, Jacob, Willem. *Boundary value problems in queueing system analysis*. Amsterdam : North Holland, 1983. 405 s. ISBN neued.

CORAZZA, Verena; DAIMLER, Renate; ERNST, Andrea. *Kniha o zdraví*. Praha : Victoria Publishing, 1990. 914 s. ISBN 80-85605-07-4

ČÁLEK, Oldřich. *Akceptace vady jako produkt sociálních vztahů postiženého jedince*. Praha : Novinář, 1988. 151 s. ISBN neued.

ČÁLEK, Oldřich; CERHA, Josef; HOLUBÁŘ, Zdeněk. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha : Achát, 1992. 244 s. ISBN neued.

Encyklopedia of Health & Aging. Editor Kyriakos S. Markides. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore : SAGE Publications, 2007. 650 s. ISBN 13-978-1-4129-0949-5

Ethik in der Medizin. Herausgegeben von Urban Wiesing unter Mitarbeit von Johann S. Ach, Matthias Bormuth a Georg

Marckmann.. Stuttgart : Philips Reklam, 2000. 389 s. ISBN 3-15-018069-4

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha : Karolinum, 2008. 372 s. ISBN 978-80-246-0139-7

DREWERMANN, Eugen. *Das Markus Evangelium*. Zweiter Teil. Olten : Walter – Verlag AG, 1988. 796 s. ISBN 3-530-16872-6

ERNEST, Jan; HEJSEK, Libor; NĚMEC, Pavel; REJMONT, Leoš. *Makulární degenerace : trendy v léčbě věkem podmíněné makulární degenerace*. Praha : Mladá fronta, 2010. 249 s. ISBN 978-80-204-2363-4

FAUCHER, Francois. *František Bakule enfant terrible české pedagogiky*. Praha : Portál, 1999. 118 s. ISBN 80-7178-305-6

GLADWELL, Malcolm. *Bod zlomu: o malých příčinách s velkými následky*. 3. vyd. Praha : Dokořán, 2008. 254 s. ISBN 978-80-7363-199-4

GOFFMAN, Ervin. *Stigma : poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Praha : SLON, 2003. 167 s. ISBN 80-86429-21-0

GORDON, Paul. *Face to face*. London : Constable, 1999. 190 s. ISBN 009-479-160-0

GRABNER-HAIDER, Anton. *Praktisches Bibellexikon*. Freiburg : Verlag Herder KG Freiburg im Breisgau, 1969. 1275 s. ISBN neuved.

HALÍK, Tomáš. *Noc zpovědníka*. Praha : Lidové noviny, 2005. 252 s. ISBN 80-7106-777-6

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas. Proč a jak?* Praha : Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Slabí v lidské společnosti*. Praktický lékař 81, 2001, č. 10, s. 550-551. ISSN 0032-6739

HEER, Friedrich. *Evropské duchovní dějiny*. Praha : Vyšehrad, 2000. 768 s. ISBN 80-7021-333-7

HENDL Jan. *Kvalitativní výzkum*. 2. aktualizované vydání. Praha : Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4

- HENDL, Jan. *Přehled statistických metod*. 3. přepracované vydání. Praha : Portál, 2009. 695 s. ISBN 978-80-7367-482-3
- HILL-MÜLLER, Benno. *Tödliche Wissenschaft*. Berlin : Verlag Volk und Gesundheit, 1989. 188 s. ISBN 3-333-00438-0
- HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. díl. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1999. 395 s. ISBN 80-7216-096-6.
- Human Rights and Social Work. A manual for Schools of Social Work and the Social Work Professions*. New York and Geneva : United Nations, 1994. 79 s. ISBN 92-1-154104-2
- HUTAŘ, Jan. *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené*. Praha : Národní rada zdravotně postižených ČR, 2009, 168s. ISBN 80-903640-2-0
- IFE, Jim. *Human Rights and Social Work*. Cambridge : CUP, 2001. 230 s. ISBN 13-978-0-521-79291-2
- IVANOVÁ, Kateřina. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2005. 94 s. ISBN 80-7368-069-6
- IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9
- JAN PAVEL II. *Salvifici Doloros*. Praha : Zvon, 1995. 49 s. ISBN 80-7113-151-2
- JAROŠOVÁ, Jindra. *Via lucis*. Praha : Fokus, 1991. 272 s. ISBN 80-900093-4-4
- JEPPSON-GRASSMAN, Eva. *After the fall of darknes*. Stockholm : School of Social Work, 1987. 75 s. ISBN 91-22-01170-6
- JEŘÁBEK, Jiří. *Oftalmologie pro pedagogy*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1985. ISBN neuved.
- JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha : Karolinum, 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9

- JESENSKÝ, Ján. *Czechoslovak Model of Social Rehabilitation of Visually Handicapped*. Pratur : Federál Committee of the Union of Invalids in Czechoslovakia, 1989. 64 s. ISBN 80-85098-02-4
- JESENSKÝ, Ján. *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2002. 310 s. ISBN 80-7041-041-8
- JESENSKÝ, Ján a kol. *Prolegomena systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků*. Praha : Univerzita J. A. Komenského, 2007. 659 s. ISBN 978-80-86723-49-5
- KÁBELE, František. *Základy speciální pedagogiky pro výchovné poradenství*. Praha : SPN, 1988. 86 s. ISBN neved.
- KAUTZKY, Rudolf; MAYER – SCHEU, Josef. *Vom Behandeln zum Heilen*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 1980. 180 s. ISBN 3-525-62.203-1
- KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5
- KEHÁROVÁ, Alena. *Handicap a společnost*. Diplomová práce. Praha : Pedagogická fakulta UK, 1992, 139 s. ISBN neved.
- KLAR, Alois. *Denkwürdigkeiten des Prager Privat-Institutes für arme blinde Kinder und Augenranke*. Prag : Josef Kraußschen Buchhandlung, 1831. 84 s. ISBN neved.
- KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. Praha : SPN, 2005. 829 s. ISBN 80-7235-272-5
- KOLÁŘ, Petr a kol. *Věkem podmíněná makulární degenerace*. Praha : Grada, 2008. 148 s. ISBN 978-80-247-2605-2
- KOMÁREK, Stanislav. *Spasení těla*. Praha : Mladá fronta, 2005. 147 s. ISBN 80-204-1287-5
- Koncepce činnosti Sjedenocené organizace nevidomých a slabozrakých České republiky*. Praha : SONS ČR, 1998
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha : Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha : Portál, 2004. 195 s. ISBN 80-7178-835-X

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Turnov : Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-85878-95-X
- KUSHNER, Harold, S. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*. 4. vydání. Praha : Portál, 2005. 143 s. ISBN 80-7367-053-4
- KUCKARTZ, Udo; GRUNENBERG, Heiko; DRESING, Thorsten. *Qualitative Datenanalyse: computergestützt*. Wiesbaden : Verlag für Sozialwissenschaften, 2007. 261 s. ISBN 978-3-531-34248-1
- LIFTON, Robert, Jay. *Nacističtí lékaři*. Praha : BB art., 2008. 636 s. ISBN 978-70-7381-452-6
- MICHALÍK, Jan. *Ochrana práv zdravotně postižených (kapitola ze zprávy Českého helsinského výboru o stavu lidských práv v České republice v roce 2002)*. Skok do reality: noviny o legislativě pro zdravotně postižené 4, 2003, č. 2. s. 1-2. ISSN neved.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha : Grada Publishing, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2
- MURPHY, Robert, F. *Umlčené tělo*. Praha : SLON, 2001. 188 s. ISBN 80-85850-98-2
- MUŽÁKOVÁ, Monika. *Klarova idea vzdělávání nevidomých dětí v českých zemích – 200 let soukromého ústavu pro slepé děti a na oči choré – Hradčanského ústavu pro slepce*. Speciální pedagogika 18, 2008, č. 1, s. 58 – 70. ISSN 1211-2720
- NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha : Academia, 1999. 282 s. ISBN 80-200-0690-7
- NEUDÖRFLOVÁ, Jana. *Péče o osoby s těžkým sluchovým postižením na přelomu 19. a 20. století*. Sociální práce – sociálna práca 4, 2009, roč. 9, s. 117 – 125. ISSN 80-254-4207-4
- NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Praha : Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5
- Ochrana mládeže : časopis pro veřejnou i soukromou péči o mládež v království Českém*. 1911 – 1918. roč. 1 – 9. ISSN neved.

- ONDOK, Josef, Petr. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha : Triton, 2005. 214 s. ISBN 80-7254-486-1
- OPATRŇÝ, Aleš. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. 2. mírně upravená verze. Praha : Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 2000. 41 s. ISBN neuved.
- OTTOVA ENCYKLOPEDIA. Sv. 2 Kultura a umění. Praha : Ottovo nakladatelství, 2006. 720 s. ISBN 80-7360-456-6
- PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
- PEKAŘ, Josef. *Žižka a jeho doba*. Praha : Odeon, 1992. 295 s. ISBN 80-207-0385-3
- PETRUSEK, Miloslav. *Teorie a metoda v moderní sociologii*. Praha : Karolinum, 1993. 204 s. ISBN 80-7066-799-0
- PLATÓN. *Symposion*. Praha : Oikoymenh, 2005. 83 s. ISBN 80-7298-139-0
- POKORNÝ, Petr. *Výklad evangelia podle Marka*. Praha : Kalich, 1974. 370 s.
- POTŮČEK, Martin; MUSIL, Jiří; MAŠKOVÁ, Miroslava. *Strategické volby pro českou společnost. Teoretická východiska*. Praha: SLON, 2008. 375 s. ISBN 978-80-86429-86-1
- POŽÁR, Ladislav. *Základy psychologie l'udí s postihnutím*. Trnava : Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. 184 s. ISBN 978-80-8082-147-0
- REKTORYS, Karel a spolupracovníci. *Přehled užité matematiky*. 7. vydání. Praha : Prométheus, 2000. 720 s. ISBN 80-7196-179-5
- SALAJKA, Milan. *Křesťanská církev ve své duchovní aktivitě a práci*. Praha : Karolinum, 1998. 181 s. ISBN 80-7184-655-4
- SALAJKA, Milan. *Křesťanské hledání zdraví a léčení nemocného života*. Časopis lékařů českých 10, 1998, č. 137. s. 313-314. ISSN 0008-7335
- SANDKÜHLER, Hans, Jorg. *Enzyklopädie Philosophie*. Band 1 A – N. Hamburg : Felix Meiner Verlag, 1999. 974 s. ISBN 3-7873-1452-0

- SINGER, Peter. *Spisy o etickom žití*. Bratislava : Vydavateľstvo Spolku slovenských spisovateľov, 2008. 352. s. ISBN 978-80-8061-332-7
- SCHNEIDERS, Werner. *Deutsche Philosophie im 20. Jahrhundert*. München : Beck, 1998. 213 s. ISBN 3-406-42059-1
- SMÝKAL, Josef. *Tyflopédický lexikon*. Brno : Slepecké muzeum SONS, 1998. 305 s. ISBN neved.
- SOKOL, Jan. *Etika a život*. Praha : Vyšehrad, 2010. 239 s. ISBN 978-80-7429-063-3
- SOKOL, Jan. *Filosofická antropologie: člověk jako osoba*. Praha : Portál, 2002. 222 s. ISBN 80-7178-627-6
- SOKOL, Jan. *Moc, peníze a právo*. Plzeň : Aleš Čeněk, 2007. 291 s. ISBN 978-80-7380-066-6
- SOVÁK, Miloš a kolektiv. *Defektologický slovník*. Praha : Nakladatelství H & H, 2000. 3. vydání. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
- SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha : SPN, 1972. 206 s. ISBN neved.
- SPITZOVÁ, Vivien. *Ďábloví doktoři*. Praha : BB/art., 2009. 358 s. ISBN 978-80-7381-530-1
- STUBHANN, Mathias. *Die Bibel von A – Z. Das aktuelle Lexikon zur Bibel*. Salzburg : Karl Müller Verlag, 1990. 800 s. ISBN neved.
- SYNEK, H. *Hluchoněmí a společnost*. Brno : Nový lid, 1920. 18 s. ISBN neved.
- ŠIMEK, Jiří; ŠPALEK, Vladimír. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha : Grada Publishing, 2003. 113 s. ISBN 80-247-0440-4
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. Praha : Grada Publishing, 2011. 129 s. ISBN 80-247-0888-4
- ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas*. Praha : ASPI, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7357-268-6
- ŠVAŘÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha : Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0
- TAUPITZ, Jochen. *Die Menschenrechtskonvention zur Biomedizin zwischen Kritik und Zustimmung. In Das*

- Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates – taugliches Vorbild für eine weltweit geltende Regelung.* Berlin : Springer, 2002. 833 s. ISBN 3-540-43449-6
- TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti.* Praha : Pedagogická fakulta UK, 2000. 248 s. ISBN 80-86039-90-0
- TITZL, Boris. *To byl český učitel František Bakule, jeho děti a zpěváčci.* Praha : Společnost Františka Bakule, 1998. 233 s. ISBN 80-902518-0-3
- TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky.* Praha : Portál, 2010. 439 s. ISBN 978-80-7367-680-3
- Tři otázky pro poslance Evropského parlamentu MUDr. Milana Cabrnocha.* Můžeš : noviny o překonávání bariér, 2007, roč. 15, č. 2
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Oftalmopsychologie dětského věku.* Praha : Karolinum, 1995. 182 s. ISBN 80-7184-053-X
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. vyd. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414
- VÁGNEROVÁ, Marie; HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana; ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu.* 2. přeprac. vyd. Praha : Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4
- VERSCHUER, Otmar. *Leitfaden der Rassenhygiene.* Leipzig : Georg Tyjeme Verlag, 1941. 260 s. ISBN neuved.
- VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence.* Praha : Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9
- VRUBLOVÁ, Yveta. *Základy zdravotnické etiky.* Ostrava : Technická univerzita, 2006. 61 s. ISBN 80-248-1131-6
- Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích. Praha : Nakladatelský dům OP, 1998. ISBN 80-85841-17-7
- WEINGART, Peter; KROLL, Jürgen; BAYERTZ, Kurt. *Rasse, Blut und Gene.* Frankfurt am Mein : Suhkamp, 1988. 747 s., ISBN neuved.
- WIENER, Pavel; RUCKÁ, Renata. *Terapie zrakového handicapu.* Praha : Institut rehabilitace zrakově postižených FHS UK, 2006. 94 s. ISBN 80-239-6774-6
- YALOM, Irvin, D. *Chvála psychoterapie.* 2. vyd. Praha : Portál, 2004. 244 s. ISBN 80-7178-894-5

Elektronické zdroje:

HALÍK, Tomáš. O ateismu, pochybnostech a víře. Přepis přednášky konané v rámci farářského kursu Českobratrské církve evangelické konané na Evangelické teologické fakultě UK v Praze, dne 26.1. 2005. [online] cit. 2011-23-10

Dostupné na

http://www.halik.cz/clanky/o_ateismu_pochybnostech_vire.php

Informace pro studenty se speciálními potřebami na Univerzitě Karlově v Praze, akademický rok 2010/2011. [online] cit. 2011-04-10.

Dostupné na <http://www.cuni.cz/UK-60-version1-specialnipotreby.pdf>

REZKOVÁ, Marie. *Jak jsme tolerantní?* Praha : CVVM AV ČR, 2003. [online] cit. 2011-04-10. Dostupné na

http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100476s_ov50427.pdf

ČERVENKA, Jan. *Jak jsme na tom s tolerancí?* Praha : CVVM AV ČR, 2005. [online] cit. 2011-04-10. Dostupné na

http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100476s_ov50427.pdf

DIMITROVÁ, Michaela. *Jak jsou na tom Češi s tolerancí?* Praha : CVVM AV ČR, 2007. [online] cit. 2011-04-10. Dostupné na

http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100476s_ov50427.pdf

TABERY, Paulina. *Tolerance ke skupinám obyvatel.* Praha : CVVM AV ČR, 2010. [online] cit. 2011-04-10. Dostupné na

http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100476s_ov50427.pdf

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Spiritualita a religióznost*. Praha, 2007. [online] cit. 2012-04-20. Dostupné na <http://jaro.krivohlavy.cz/spiritualita-a-religioznost-pacienta>

MICHALÍK, Jan. *Východiska k řešení výzkumu kvality života osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením – úvodní poznámky*. Olomouc 2008/2009. [online] cit. 2011-04-20. Dostupné na <http://uss.upol.cz/cz/clenove/profil/michalik/files/vychodiska-kval-zivota.pdf>

Průzkum Odborné sociální poradenství pro zdravotně postižené. Olomouc : Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2009. [online] cit. 2011-04-20. Dostupné na http://www.vcizp.cz/doc/Pruzkum-odb-soc-porad_ZP_ZP_2009.pdf

SMÝKAL, Josef. *Pohled do dějin slepeckých spolků*. Brno : Slepecké muzeum SONS, 2000. [online] cit. 2011-04-20. Dostupné na <http://smykal.ecn.cz/publikace/kniha14t.htm>

Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy č. 164 na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. [online] cit. 2007-03-27. Dostupné v mediální databázi: http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_vysv.doc

Seznam příloh

- I. Etický kodex společnosti TyfloCentrum Brno, o. p. s.
- II. Etický kodex sociálního pracovníka pobytového rehabilitačního a rekvalifikačního střediska pro nevidomé Dědina, o. p. s.
- III. Rozhovory + tabulka často opakovaných témat
- IV. Rozhovor s knězem zabývajícím se pastorační osob se zrakovým postižením
- V. Dotazník
- VI. Tabulka tematických konotací rozhovorů
- VII. Výsledky ankety střediska Dědina, o. p. s.

Etický kodex společnosti TyfloCentrum Brno, o.p.s.

1. Etické zásady

a) Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti.

Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou

vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech

dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních

práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

b) Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou

příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální

orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se

podílí na životě celé společnosti.

c) Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby

současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

d) Sociální pracovník pomáhá klientům svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich

rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

e) Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy.

Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Vztah ke klientovi

a) Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

b) Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

c) Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům.

Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka

v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech

aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin

a komunit a tak podporuje jejich zmocnění

d) Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje

s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho

o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu.

Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména

nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

e) Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení,

na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnání, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

f) Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

g) Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže

sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2. 2. Vztah k zaměstnavateli

a) Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

b) V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní

sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

c) Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své

zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2. 3. Vztah ke kolegům

a) Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

b) Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných

pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

c) Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2. 4. Vztah ke svému povolání a odbornosti

a) Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

b) Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových

přístupů a metod.

c) Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

d) Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení

stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

e) Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své

znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

f) Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce

při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2. 5. Vztah ke společnosti

a) Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na

případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

- b) Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.
- c) Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.
- d) Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.
- e) Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

3. Etické problémové okruhy

Sociální práce vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

3.1. Základní etické problémy jsou

- a) kdy vstupovat či zasahovat do života klienta a jeho rodiny (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
- b) kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,
- c) kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- d) kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci.

3.2. Další problémové okruhy,

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací,

- kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů
- a) při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- b) při konfliktu klienta a jiného občana,
- c) při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- d) při konfliktu zájmu klientů a ostatní společnosti,
- e) při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka, který klientům pomáhá a současně má klienty

kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální

pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska

základních hodnot sociální práce.

4. Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny s ohledem na závažnost ve skupině pracovníků nejužšího vedení společnosti. Sociální pracovník má mít možnost: diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, eventuálně i za

účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikovanější a závažnější.

3. Na základě tohoto kodexu je úkolem společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům

analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy, poskytovat včasnou supervizi, k předcházení těchto etických problémů.

Závěrečná poznámka: Pojem sociální pracovník se rozumí každá pracovní pozice ve společnosti,

která přichází do kontaktu s klientem.

Etický kodex byl schválen správní radou společnosti a nabývá účinnosti od 1. září 2007.

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA POBYTOVÉHO REHABILITAČNÍHO A REKVALIFIKAČÍHO STŘEDISKA PRO NEVIDOMÉ DĚDINA o.p.s

Jeho znění vychází z kodexu vytvořeného Společností sociálních pracovníků ČR platného od 1.1.1995

ETICKÉ ZÁSADY

Sociální práce je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, tak jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě dítěte.

Pracovník v sociálních službách respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

Pracovník v sociálních službách respektuje právo každého jedince na seberealizaci v míře, aby současně nedocházelo k omezení takového práva druhých osob.

Pracovník v sociálních službách musí dávat přednost své profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytuje, musí být na nejvyšší úrovni.

Pravidla etického chování pracovníka v sociálních službách

Ve vztahu ke klientovi

Pracovník v sociálních službách vede své klienty k vědomí odpovědnosti sám za sebe. Jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

Pracovník v sociálních službách pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Při žádné formě diskriminace nespolupracuje a nezúčastní se jí. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo jestliže jsou ohroženy další osoby.

Pracovník v sociálních službách dbá, aby klienti obdrželi všechny služby a dávky sociálního zabezpečení na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které je zaměstnán, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Pomáhá řešit i jiné záležitosti a problémy klienta týkající se jiné složky jeho života.

Pracovník v sociálních službách hledá možnosti jak zapojit klienty do procesu řešení jejich problémů.

Rozhovor s respondentem č. 1

(žena s těžkou zrakovou vadou na úrovni praktické slepoty, 45 let, zaměstnaná formou integrace)

1. Pozorujete změny postojů veřejnosti k osobám se zrakovým postižením po roce 1989?

Určitě ano. Před rokem 1989 byli lidé na ulicích, v obchodech apod. velmi odtaziti, např. velmi patrné to bylo ve výchovném působení rodičů, kteří svoje děti varovali, aby se osob se zrakovým postižením raději vůbec nedotýkaly, nedívaly se na ně, bylo to tabu. Nikdo nic nevěděl, protože o takových věcech se raději nemluvalo. Nyní jsou lidé daleko více informovaní a vnímají potřeby nevidomých, nabízejí aktivně pomoc. Nejvíce mladí lidé, kteří jsou velmi ochotní.

Komunikaci s osobou se zrakovým postižením usnadňují někdy kompenzační pomůcky, které používají pro jiný účel. Například vodící pes, mnoho lidí se s držitelem psa dá do řeči proto, že se mu líbí jeho pes. Je to někdy společné téma, navíc dostatečně „bezpečné“, protože se nejedná bezprostředně o osobu se zrakovým postižením nebo konkrétně o oční vadu. Pes je poněkud netypickou kompenzační pomůckou a je to dobré téma pro zahájení rozhovoru mezi dvěma náhodnými chodci. Oba se cítí bezpečně a dobře, protože necítí nebezpečí, že by mohli být považováni za neslušné, nějak druhého ranit. Navíc jsou i další pomůcky, které umožňují víc se podílet na společnosti nevidomých, získávat informace, které oni normálně získávají zrakem. Pomůcky se stále zdokonalují, zmenšují, takže člověk s nimi není nápadný (např. zmenšování vysílačky VPN). Vidící lidé mnohdy takové pomůcky neznají a rádi se příležitostně něco dozvědí, např. když během náhodné pomoci osoba se zrakovým postižením použije nějaké šikovné zařízení.

V Čechách je zájem vidících lidí většinou motivován snahou pomoci, a tak se chovají slušně a lépe než v zahraničí. Tam někdy vítězí zvědavost a snaha udělat si z osoby se zrakovým postižením legraci. U nás jsem se nikdy nesetkala s odmítavou reakcí, pokud jsem náhodného průvodce instruovala, jak vodit nevidomého, velmi ochotně se nechali poučit, tedy nedělá mi problém říci, jak bych si představovala jejich pomoc a oni to respektují. Někdy je problém, že si o to osoba se zrakovým postižením říct neumí nebo se stydí. Já se například v žádném případě nenechám tlačit do silnice.

2. Jaký byl stav na trhu práce pro osoby se zrakovým postižením před rokem 1989?

Bylo pravidlo, že pracoval každý, takže i osoby se zrakovým postižením měly práci a pracovat musely. Stejně tak jako hodně vidících lidí mělo práci jen formálně a byli zaměstnaní uměle, tak stejně i lidi s handicapem. Každý větší podnik měl telefonní ústřednu, tam automaticky pracoval nevidomý a nikdo ho nevyhodil. Takže z tohoto pohledu to pro ně bylo výhodnější a lepší, protože práci mít museli, bez ohledu na jejich osobní angažovanost.

Někdy byl problém s náboženským vyznáním, např. znám případ, kdy byl student díky své příslušnosti k Svědkům Jehovovým vyloučen ze studia

konzervatoře. Já osobně považuji sekty za nebezpečné, sama jsem praktikující katoličkou. Omezovat lidi v oblasti zaměstnání z důvodu vyznání, to je nesvoboda.

3. Jak vnímáte současný stav na trhu práce a jeho otevřenost k osobám se zrakovým postižením?

Jsou zaměstnavatelé, kteří se člověka s postižením snaží okrást. Je potřeba, aby si zaměstnanec s postižením byl schopen vybojovat svoje postavení a nesouhlasil se vším, o čem se ho zaměstnavatel snaží přesvědčit. Já sama mám nyní dobrou zkušenost, cítím se v práci spokojená a kolegy akceptovaná, mám s nimi dobré vztahy, kdykoliv jsou ochotní mi pomoci.

V minulosti byly také snahy zkrátit mi úvazek na 0, 5. Nemohu si ale stěžovat, zaměstnavatel se ke mně chová slušně, možná je to tím, že jsem byla schopna projeviti svoji vůli pracovat a živit se jako všichni ostatní. To s úvazkem 0, 5 moc nejde. Více menších pracovních úvazků na různých místech je pro nevidomého zatěžující i z hlediska transportu apod.

4. Jak hodnotíte výuku a rehabilitaci poskytovanou osobám se zrakovým postižením v současnosti?

Výuka je na velmi slušné úrovni, ve školách i v Tyfloservisu se instruktoři ke klientům chovají pěkně a slušně. Vlastně jen doporučují postupy, jak co dělat v oblasti samostatného pohybu nebo sebeobsluhy, nejde o klasickou výuku jako ve škole. Mnohdy je více cest a možností, instruktor nabídne a pak je stejně na konkrétním člověku, jak se toho chopí. Ano, myslím, že například Tyfloservis to dělá výborně.

5. Jak hodnotíte pomoc poskytovanou osobám se zrakovým postižením náhodně na ulicích?

Dávám si pozor, komu mohu důvěřovat a komu ne. Je to i v případě pomoci náhodným chodcem. Už se mi v minulosti stalo, že mi vnucovali pomoc sektáři a pak se snažili zjistit, kde bydlím. Bojím se také lidí, kteří pomáhají s jakkoliv zlými úmysly, např. kriminality, která se páchá na lidech se zrakovým postižením, kteří mají logicky daleko méně možností bránit se než vidící člověk. Někteří náhodní průvodci pomáhají proto, že mohou nevidomého snadno okrást, protože jsou u něho v těsné blízkosti a člověk s holí, který se drží průvodce, nemůže navíc kontrolovat svoje osobní věci. Takže znám případy, kdy náhodný průvodce nevidomého okradl. Je to od těch vidících pachatelů zbabělost a hyenismus zneužívat handicapu.

6. Jak hodnotíte církevní snahy o pomoc osobám se zrakovým postižením? Znáte-li nějaké konkrétní aktivity tohoto typu, můžete se vyjádřit konkrétně.

Ano, znám pomoc různých zařízení např.: Diakonie nebo různých společenství kolem katolické církve. Sama jsem zažila situaci, kdy lidé z Diakonie pomáhali mé nevidomé paní domácí, u níž jsem 3 roky bydlela.

Rozhovor s respondentem č. 2

(muž s těžkou zrakovou vadou na úrovni praktické slepoty, zaměstnaný formou integrace)

1. Pozorujete změny postojů veřejnosti k osobám se zrakovým postižením po roce 1989?

Rozhodně ano. Problém handicapu přestal být tabu. Jak se téma postižení otevřelo, začal se pochopitelně objevovat dluh společnosti vůči osobám s postižením. Během té doby došlo ke změnám, dvacet let od revoluce je docela významná časová perioda

Dnes už jsme ve fázi, kdy se upouští od jednoznačné podpory. Je to z mnoha různých příčin, existují tu interní vlivy působící v našem českém prostředí a legislativě. Například zákon o sociálních službách osoby se zrakovým postižením ze společnosti vyčleňuje, takže působí kontraproduktivně a někdy vyloženě poškozuje ve smyslu společenské exkluze. Závist je hrozná věc a pro neinformovaného člověka 11 000,- Kč měsíčně velká částka. Když si takový člověk přečte zákon o sociálních službách, tak ho upoutá, že v nejvyšším stupni závislosti lze dostat až tento poměrně nezanedbatelný obnos. Také je všeobecně známé, že dávky na péči se zneužívají a vůbec neslouží pro nákup služeb, jak bylo v úmyslu zákonodárce. To potom vyvolává až nenávist k osobám s postižením.

Konkrétně pro osoby se zrakovým postižením je zákon nevhodně formulován. Je na něm vidět, že byl iniciován s ohledem na tělesné postižení. Je tak apriori formulován právě pro osoby s omezenou hybností. Už třeba jen kritéria, která uvádí k hodnocení stupně závislosti. Tělesné postižení je úplně jiná kategorie a osoby s tělesným postižením zas mají jiné potřeby než nevidomí. Hodnotit všechny podle stejných kritérií prostě nejde. U osob s tělesným postižením není problém s předáváním informací. Komunikační specifika se týkají lidí s postižením smyslovým. S tím ale zákon vůbec nepočítá.

Ve výsledku sice nevidomý většinou nemá přiznaný nejvyšší stupeň nikdy fakticky nejvyšší stupeň, tj. 11 000,- Kč měsíčně, nedostane, ale v očích společnosti nic nedělá a dostává hodně peněz jen za to, že je postižený. Pak se ale ve společenském hodnocení dostává mezi ty nejhůře společensky přizpůsobivé lidi.

Z politického hlediska bude těžké vyvolat nějakou změnu. Osobně se domnívám, že ještě nějakou dobu to bude fungovat podle stávajícího zákona o sociálních službách, což je neudržitelné, takže se to úplně zborší, a na troskách se vytvoří zas něco jiného. Stejně tak ve školském systému jsme se vydali špatným směrem. To všechno se pak odráží v celkovém názoru na lidi se zrakovým postižením. V postmoderně se často hlásá, že vlastně žádné postižení nehraje roli, že mezi lidmi není rozdíl, ať už mají postižení nebo ne. To ale není pravda. I když se můžeme sebevíc snažit o kompenzaci a akceptaci vady, tak vždycky narážíme na problém efektivit těchto snah. Takže jedna otázka zní: můžeš – nemůžeš, ale nesmí se zapomínat na hned následující: s jakou efektivitou. A protože efektivita je nízká, nikdo pak lidi s postižením nebude brát vážně, což je stav, který je teď.

2. *Jaký byl stav na trhu práce pro osoby se zrakovým postižením před rokem 1989?*

Pokud byl někdo nevidomý a měl invalidní důchod, pracovní povinnost tím byla vyřízena. Existovala podpora jen v určité výšce služeb, a to ještě centralizovaným způsobem. Vznikla třeba Meta a měla jako družstvo invalidů určitý podnikatelský zájem. Byla to iniciativa k vytvoření dalších specifických zaměstnání v oblasti výpočetní techniky. Já jsem osobně pracoval na programech pro mzdové systémy a byl jsem jedním z prvních, kdo tam prošel i specializačním vzdělávacím kurzem.

Dá se říct, že snaha vytvořit specifické pracovní pozice pro osoby se zrakovým postižením v oblasti výpočetní techniky, nakonec nevyšla. Vývoj, který následoval právě v této oblasti, byl překotný a dynamický a šel hlavně úplně jiným směrem. Od 90. let minulého století je ve světě počítačů všechno založené na vizualizaci, a ta tendence stále trvá a pokračuje. To je pro osoby se zrakovým postižením samozřejmě limitující a zásadní problém.

Jinak byly v době před rokem 1989 upřednostňovány typické slepecké profese: telefonista, masér. Knihaři a čalouníci, to byly směry specifické učňovské činnosti. Pracovali hlavně ve speciálních dílnách.

Od 60. let 20. století usilovala Deylova konzervatoř o zavedení profese učitel hudby a dělala to na velmi dobré úrovni. Lidi, kteří prošli tamním vzděláním a pracují jako učitelé hudby, mají poměrně vysokou společenskou prestiž. Je to vidět hlavně na menších městech.

3. *Jak vnímáte současný stav na trhu práce a jeho otevřenost k osobám se zrakovým postižením?*

Dnes je to velmi problematické. Hlavně v oblasti efektivity práce. Těžké zrakové postižení vždy znamená, že člověk musí vynaložit víc úsilí i času, aby dělal to, co dělá normálně vidící člověk. Jde pak o to, zda je to úsilí a čas efektivně investován. Jaké zaměstnání se třeba dnes obejde bez používání počítače? A tam už je náročné jen se zorientovat na obrazovce. Pokud vidíte, podíváte se na obrazovku a vše je jasné, pak se jen kliká myší. Pokud ale používáte braillovský řádek a hlasový výstup, je to mnohem pracnější a pomalejší.

Na jednu stranu je zaměstnanost lidí se zrakovým postižením nedostatečná, na druhou stranu ale zas zneužitelná. Zaměstnavatelé někdy volí formální zaměstnávání osob s postižením. Efekt je pak ten, že postižený zaměstnanec nevyužívá svoji kapacitu v maximální dosažitelné míře a nemůžeme tak mluvit o plnohodnotném životě.

Problém je i v možnostech nových zaměstnání. Je to velmi nákladné a investice se nakonec nevrátí. Budoucnost pro inteligentní lidi se zrakovým postižením vidím v integraci.

Existuje Spektra, podnik kompletující počítače. Je to pro inteligentní lidi. Když třeba středoškolačka umístíte do chráněné díly, kde cpe molitan do textilních hraček, tak je to pro něj za trest. Tak někdo dostane nápad založit například call centrum, kde by byla místa pro osoby se zrakovým postižením. Jenže oni na to potom nereflektují. Je vždy omezená možnost volby konkrétního zaměstnání. Jasně je to vidět, když srovnáme, z kolika možností

zaměstnání si může vybírat vidící člověk, a mezi nimi jsou samozřejmě také rozdíly. Z kolika možností si vybírá nevidomý? Může se pak stát, že je pracovních míst pro nevidomé vlastně nadbytek, protože o ně není zájem. A přitom jejich zaměstnanost je srovnatelná jako ve skupinách osob společensky nepřizpůsobivých.

4. Jak hodnotíte výuku a rehabilitaci poskytovanou osobám se zrakovým postižením v současnosti?

Funguje Tyfloservis s asi třinácti středisky po republice, Dědina, nejružnější střediska vznikají při školách. Čas od času se objeví další subjekty, které něco provozují na podobné bázi. To ale v tom celkovém objemu služeb není tak významné a navíc třeba nevydrží a za pár let skončí. Z hlediska kvality i kvantity považují služby nabízené osobám se zrakovým postižením za dostačující. Kapacita a efektivita by měla být vyšší, stejně tak jako i větší počet lidí, kteří se tomu věnují. Pak by měla být i vyšší uplatnitelnost uživatelů služeb na trhu práce. Jenže jsou tam prostě ty hranice způsobené vadou samotnou.

A znovu narážíme na problém zákona o sociálních službách a v něm obsažených kritériích. Je to paradox. Když budeme hodnotit nevidomé podle těch zákonných kritérií, tak vlastně zvládá všechno, a tudíž by neměl mít na žádný příspěvek nárok. Takže je pro něho vlastně výhodnější, když nebude moc ukazovat, co všechno zvládne, a nebude se snažit, protože pak se vlastně sám toho příspěvku vzdává.

5. Jak hodnotíte pomoc poskytovanou osobám se zrakovým postižením náhodně na ulicích?

Lidé pomoc na ulicích normálně nabízejí. Jen jsou pořád přesvědčení o tom, že to neumějí, a tak to i prezentují. Asi je to postoj, který jim vtoukla do hlavy média, když dělají z jednoduchých věcí vědu. Tak se lidi potom zbytečně podceňují. Jedná se většinou o tak jednoduché zásady, že není třeba nad nimi dalekosáhle přemýšlet. Na tom se pak někdo jen snaží vydělat za to, když to někoho „naučí“, protože předtím to dělal špatně.

6. Jak hodnotíte církevní snahy o pomoc osobám se zrakovým postižením? Znáte-li nějaké konkrétní aktivity tohoto typu, můžete se vyjádřit konkrétně.

Jsem proto, ať se zapojuje každý, je to tak jediné správně. Služby jsou normálně postavené na zákonitostech trhu, vzájemně na sobě závisí nabídka a poptávka. Je velkou výhodou, pokud se takové práci věnuje svépomocná skupina a do činnosti se zapojují přímo lidi, kteří by mohli být klienty takových služeb. Nejvíce vědí, co by bylo potřeba, a tak svépomocné skupiny mají předpoklad reagovat právě na aktuální a konkrétní potřeby. Jenže svépomocná organizace v současné době nedokáže dostát vysokým požadavkům na služby podle zákona o sociálních službách.

Někdy je zvýšené riziko manipulátorů uvnitř organizací, které by měly pomáhat. Ti se ale ve službách církevních i necírkevních vyskytují úplně ve stejné míře. Takže v tom rozdíl není.

Je to podobné jako u nejnovějších technologií: pomáhají, ale znesnadňují současně. A je to na všech běžných zařízeních používaných všemi v dnešní době. Jenže k čemu je nevidomému třeba vizuální senzor na rychlovarné konvici, na mikrovlnné troubě nebo pračce? Nebo k čemu je mu navigace v mobilu? Většinou potřebujeme zjistit úplně prosté věci, které zrakem prostě vidíte hned, na první pohled a bez velké námahy.

Rozhovor s respondentem č. 3

(muž s těžkou zrakovou vadou na úrovni těžké slabozrakosti, zaměstnán ve službách pro osoby se zrakovým postižením)

1. Pozorujete změny postojů veřejnosti k osobám se zrakovým postižením po roce 1989?

Ano, na začátku byla velká neznalost pramenící z vývoje v době před revolucí, kde nejvyšším stupněm integrace osob se zrakovým postižením byla segregace. V první polovině devadesátých let došlo k velkému vzednutí zájmu o osoby s handicapem, například taxikáři vozili vozíčkáře zdarma na demonstrace. Primátor Kořán nechal vybudovat mnoho nájezdů pro vozíčkáře. Tato vlna zájmu vrcholila někdy na konci devadesátých let. Euforie postupně opadla a klesl také zájem, stav se stabilizoval do únosného normálu. Je zde zřejmá souvislost s celkovým morálním nastavením společnosti.

2. Jaký byl stav na trhu práce pro osoby se zrakovým postižením před rokem 1989?

Existovala družstva invalidů, výrobní podniky Svazu invalidů. Jednalo se někdy o práce poněkud méně důstojné, například rovnání sirek do krabiček apod. Pracovních možností bylo ale docela dost. Družstva pak postupně začala zanikat a nastal překotný vývoj bez systémové organizace. Existovaly sice dobré pracovní příležitosti, ale mnohdy chyběl smysl pro realitu. Samozřejmě nejtěžší situaci mají lidé zcela nevidomí a osoby s kombinovaným postižením.

3. Jak vnímáte současný stav na trhu práce a jeho otevřenost k osobám se zrakovým postižením?

Osoby se zrakovým postižením se vymykají podnikatelskému záměru většiny zaměstnavatelů. Došlo dokonce i ke zneužívání, což bylo v důsledku špatně nastavené legislativní normy. Například zaměstnavatel vytvořil místa pro osoby s postižením, ale jejich zaměstnání bylo jen formální. Třeba vůbec do práce nechodili, ale dostali menší mzdu, třeba tisíc korun. Je jasné, že jakmile se něco takového ukázalo jako možné, tak se to bude i nadále zneužívat.

4. Jak hodnotíte výuku a rehabilitaci poskytovanou osobám se zrakovým postižením v současnosti?

Základní potřeba je uspokojena. Někdy je problém s informovaností o možnostech institucionální pomoci. Celý systém funguje, ale funguje s problémy a je zcela zásadním způsobem ohrožen nedostatkem financí a legislativními předpisy, což spolu úzce souvisí. Neexistují už žádné finanční rezervy a situace se neustále zhoršuje.

Zákon o sociálních službách má značné mezery a je nedomyšlený, protože šlo vlastně o kompromis. Zákon dlouho chyběl a připravoval se, tak nakonec prošel v současné podobě, která působí řadu problémů.

Například Tyfloservis má v celé republice asi čtyřicet zaměstnanců. Bylo by potřeba personálně posílit jak přímou práci s klienty tak management. V současné době to funguje tak, že osoby provádějící přímou tyflorehabilitaci, krom toho, že musí zvládat všechny oblasti, tj. sebeobsluhu, prostorovou orientaci, pomůcky, tak sami provádějí i fundreising. Jedná se většinou o speciální pedagogy, musí mít vzdělání alespoň z vyšší odborné školy. Ovšem za předimenzované pracovní nasazení jsou odměňováni neúměrně nízkou mzdou. Základní mzda se pohybuje hluboko pod republikovým průměrem a pohybuje se na hranici minima nutného pro přežití.

5. *Jak hodnotíte pomoc poskytovanou osobám se zrakovým postižením náhodně na ulicích?*

Situace je odlišná v různých místech republiky, obecně ale velmi dobrá. Ve větších městech je vyšší výskyt osob s jakýmkoliv postižením, stejně tak s postižením zrakovým. Ojedinele se objevují nejrůznější excesy nebo v menších městech lidé prostě nevědí, jakým způsobem pomoci, protože se s osobami s postižením nejsou zvyklí potkávat.

Mediálně známé jsou případy fyzického napadení lidí se zrakovým postižením. To je ale vždy zkreslené. Například případ asi třikrát nebo čtyřikrát přepadeného nevidomého z Plzně. Nebylo řečeno, s jakými osobami se stýkal a proč, a z jakých důvodů tedy byl přepaden právě on. Když to ale proběhne sdělovacími prostředky, tak se to zevšeobecní a lidi dostanou strach. Přitom i pro osobu s postižením stačí zachovávat pár bezpečnostních zásad, které platí i pro kohokoliv jiného, např. nosit jen malé obnosy peněz, a to na různých místech, nepohybovat se pozdě večer v rizikových lokalitách, zkrátka chovat se opatrně.

Etická úroveň osob se zrakovým postižením je úplně stejná jako u ostatních lidí. Zním víc případů, kdy je původcem neslušného chování osoba se zrakovým postižením. Třeba nevhodně odmítne nabízenou pomoc.

6. *Jak hodnotíte církevní snahy o pomoc osobám se zrakovým postižením? Znáte-li nějaké konkrétní aktivity tohoto typu, můžete se vyjádřit konkrétně.*

Rozporuplně. Jsou tam určitě lidi s dobrou snahou a obrovským osobním odhodláním. Co tam ale někdy chybí, je důraz na odbornost. Na úkor skutečné pomoci se někdy projevuje snaha dané skupiny získat člověka pro své přesvědčení a sdílení světonázoru. Já nemám nic proti snahám církví získávat nové stoupence, ale ať se to děje otevřeně a ne pod pláštěm pomoci.

Někdy je problematické napojení církví na politickou sféru, což samozřejmě otevírá prostor pro získání většího vlivu a zneužívání takového postavení. V nedávné minulosti jsme toho byli svědky. Existují ale samozřejmě i skvělé církevní organizace, které působí naprosto profesionálně. Jednou z nich je například ADRA, ta ale žádné konkrétní aktivity pro osoby se zrakovým postižením neorganizuje, zaměřuje se jiným směrem.

Rozhovor s respondentem č. 4

(muž s těžkou zrakovou vadou na úrovni praktické slepoty, zaměstnán v oblasti služeb pro osoby se zrakovým postižením)

1. Pozorujete změny postojů veřejnosti k osobám se zrakovým postižením po roce 1989?

Ani v době reálného socialismu nebyla veřejnost vyloženě negativně laděná k osobám se zrakovým postižením. Není pravda, že byli skrýváni, to je mýtus. Už od doby Rakouska Uherska k nim existuje postoj lidí, který není negativní. Hlavní důvod je asi to, že člověk se zrakovým postižením může normálně komunikovat s lidmi bez postižení. Ne, že by neexistovala ve vztahu k osobám se zrakovým postižením ze strany ostatních před rokem 1989 a po něm žádná změna, ale ten vztah se v zásadě moc nezměnil. Jisté posuny vnímat lze, třeba v souvislosti se sociálním zabezpečením.

Společnost se na osoby se zrakovým postižením nedívá nijak záporně. Možná trochu svrchu, což ale může být i jejich zásluha. Setkáváme se sice s tím, že se majorita nebo politici snaží práva osob se zrakovým postižením všelijak okleštit, ale to je normální vývoj a postižení musejí být schopní se takovým snahám bránit.

Dokonce i některé speciální instituce sdružující osoby se zrakovým postižením, jsou v současné době poněkud pasivnější. Je to dáno demografickým vývojem a rozvojem v medicíně. Dnes se podaří zachránit skoro jakékoliv narozené dítě. Takže se množí výskyt kombinovaných vad a dětí, které prakticky nejsou vzdělavatelné, i když se hlásá, že vzdělavatelný je každý člověk. O takové osoby je skutečně třeba pečovat. Oni tvoří základnu svépomocných institucí, a ty jsou pak samozřejmě méně akceschopné.

2. Jaký byl stav na trhu práce pro osoby se zrakovým postižením před rokem 1989?

Za minulého režimu byla známá pracovní povinnost, takže pracovat musel každý, kdo mohl. Platilo to i pro osoby se zrakovým postižením, takže pokud byl zájem, tak pracovat skutečně mohly. Sice šlo často o práci nepřilíš efektivní a pracovalo se pro práci samotnou. Pokud se ale mělo za to, že daný člověk nějakou práci zvládne, tak zaručeně bylo i odpovídající pracovní místo. Proto nezaměstnanost byla nízká, asi 50 – 60% osob s těžkým zrakovým postižením v produktivním věku bylo zaměstnáno, i přesto, že pobíraly důchod, což ale pouze odhaduji. Paradoxně byli s hledáním práce nejúspěšnější ti nejméně kvalifikovaní. Nebylo těžké pro ně najít nebo vymyslet jakoukoliv práci a jim to nevadilo, i když ta práce nebyla nijak naplňující. Problém naopak měli třeba vysokoškoláci se zrakovým postižením, neboť pracovali na neadekvátních místech, např. jako telefonisté. To je ale práce natolik jednoduchá, že jí zvládne opravdu každý, takže s prací nebývali spokojeni. Člověku se zrakovým postižením bylo totiž vykázáno takové místo, které bylo pro takto postižené osoby tradiční, a nebyla moc šance najít kvalifikovanější zaměstnání.

3. *Jak vnímáte současný stav na trhu práce a jeho otevřenost k osobám se zrakovým postižením?*

Dnes je stav na trhu práce pro osoby se zrakovým postižením vyloženě tragický. Mezi nevidomými je kolem 80% nezaměstnaných v produktivním věku, a to bez ohledu na kvalifikaci. To vede ke zpoždění, k rezignaci a ztrátě předpokladů pro práci a z těch lidí se stávají nezaměstnatelní jedinci. Pokud se pak objeví zaměstnavatel, který by nevidomého zaměstnal, tak zjistí, že z jejich strany není ani zájem pracovat. Zvyknou si na to, že jim stačí důchod (i další sociální dávky) a vede je to k celkové sociální pasivitě. Sedí zavřený doma, bez problémů se zabaví, protože existuje internet a tam mohou celý den brouzdat a hledat všechno možné, takže se vlastně ani nenudí. Nikdo je nenutí vstávat do práce, učit se trasy, vyvíjet nějakou smysluplnou činnost, a to je stav, na který se poměrně snadno zvyká. Takže určitě dobrá polovina z nezaměstnaných osob se zrakovým postižením je současně také nezaměstnatelná. Je to v duchu politiky: „Máte důchod, tak sed'te doma.“

Neexistují ani oficiální statistiky o míře nezaměstnanosti mezi nevidomými, protože každá instituce si většinou vede nějaký přehled např. jen o svých klientech. Jsou určité zprávy od IT techniků, kteří spravují sociální sítě na internetu sdružující osoby se zrakovým postižením. Účastníci takových diskuzí si píšou o všech možných nesmyslech, jak už to u sociálních sítí bývá, ale na druhou stranu je možné zjistit tak určité informace ke konkrétním otázkám.

4. *Jak hodnotíte výuku a rehabilitaci poskytovanou osobám se zrakovým postižením v současnosti?*

V této oblasti jsem kompetentní posoudit pouze výuku osob se zrakovým postižením na školách, ale ne např. rehabilitaci později osleplých. Souvisí to trochu s mým někdejší zaměřením, kdy jsem působil jako metodik pro výuku čtení běžného písma žáků základních a středních škol pro zrakově postižené.

Mezi zrakově postiženými jsou určitě lidi zcela nepřipravení pro zaměstnání, důvodem může být např. úroveň školní výuky. Za dob reálného socialismu bylo poskytováno vzdělávání na velmi dobré úrovni, třebaže bylo zatíženo záměrně nepřesnostmi v informacích nebo nesmysly. To bylo ale ve školství obecně. Výuka jazyků, matematiky, to bylo ale v pořádku. Na to lze usuzovat s ohledem na lidi se zrakovým postižením, kteří prošli speciálním školským systémem. Dnes je to asi podobné.

5. *Jak hodnotíte pomoc poskytovanou osobám se zrakovým postižením náhodně na ulicích?*

Po roce 1989 je vidět velký kus práce na poli osvěty. Přístup lidí, kteří by mohli pomoci, je vesměs kladný, ačkoliv třeba pomoc je poskytována nešikovně. Lidé bez postižení jsou zvyklí na vizuální kontakt, což u osob se zrakovým postižením chybí. Paradoxně nejlépe pomohou lidé méně vzdělaní, neboť jsou zaměřeni víc prakticky a nemají ani tolik zábran pomoc nabídnout.

Po dvaceti letech od revoluce je znát velký podíl osvěty, což je asi hlavně zásluhou SONS a jejích dceřiných obecně prospěšných společností (např. Tyfloservisu). Organizují se např. různé kurzy pro zdravotníky a další pracovníky, kteří mohou přijít do kontaktu s nevidomým. Mnohdy přesně vědí, jak pomoc nabídnout. A pokud to nevědí, tak nemají problém se zeptat nebo si nechají poradit a neprojevuji se k nevidomým nadřazeně.

Samozřejmě, existují i příklady, kdy je pomoc nabízena naprosto nevhodně. Třeba si myslí, že mohou osobám se zrakovým postižením tykat, to je nepřijatelné. Nebo se snaží převést nevidomého přes silnici, i když svítí červená a jim připadá zbytečné, aby nevidomý čekal na zelenou. Jenže když je tam akustický semafor a nevidomý ví o tom, že přecházet nesmí, tak se pochopitelně brání. A on je přece svéprávný, aby se rozhodl, kdy a jak bude přecházet. Takový pomocník se pak třeba urazí, že nevidomý nebyl za pomoc dostatečně vděčný a příště už nepomůže nebo je nezdvořilý.

Státy by se daly rozdělit do tří skupin. Například skandinávské země jsou nejpokrokovější a normálně akceptují podpis osoby s těžkým zrakovým postižením. Je na ní, jak si zajistí, aby podepsala to, co skutečně podepsat chce. Pak jsou země, jako třeba Česká republika, kde se v určitých případech k podpisu nevidomého vyžaduje přítomnost svědka. A některé země nedávají nevidomým žádná práva, pokud jde o podepisování jakýchkoli listin.

6. *Jak hodnotíte církevní snahy o pomoc osobám se zrakovým postižením? Znáte-li nějaké konkrétní aktivity tohoto typu, můžete se vyjádřit konkrétně.*

O tom toho moc nevím. Obecně bych ale řekl, že jakákoliv dobročinná instituce se na lidi se zrakovým postižením dívá jakoby z patra. Jakoby oni věděli nejlíp, co nevidomí potřebují, a tak to pro ně zajistí. Vůbec je nenuť k nějaké aktivitě a pracují pro ně, i když třeba úplně neznají potřeby. Jsou přesvědčení, že přece pracují v jejich zájmu. To platí obecně, a to i u nadací. Je to otázka prostoru a svobody. Některým lidem vyhovuje, když se nemusí starat vůbec o nic a všechno udělá někdo jiný za ně. Jenže to prohlubuje postoj pasivity, a to nakonec neslouží vůbec nikomu. Proto je dobře, když vznikají svépomocné skupiny, a lidi, kteří konkrétně vědí, co potřebují, tak se také snaží toho dosáhnout.

Někdy je problém i s asistenty ve školách. Dítě dostane asistenta, a když na něho nejsou najednou peníze, tak je takový žák úplně ztracený. On totiž asistent mnohdy překračuje své kompetence a pomáhá třeba dítěti s vypracováním úkolu a neuvědomuje si, že je tam jen jako podpůrná síla. Nevidomé dítě si snadno zvykne na to, že má sluhu. Veřejnost je pak jedine naštvaná, co všechno ti postižení nechtějí.

Církevní instituce by měly pomáhat potřebným. Angažují se hodně v době katastrof apod. Když lidi nemají, kde bydlet, nemají doklady, neumějí si pomoci, tak je správné jim pomoci. Pokud by si ale mohli sami pomoci a neudělají to, protože to za ně může udělat instituce, tak se nemohou divit, že se setkávají s pohrdáním.

Rozhovor s respondentem č. 5

(muž s těžkou zrakovou vadou zaměstnaný v oblasti tyflorehabilitace)

1. Pozorujete změny postojů veřejnosti k osobám se zrakovým postižením po roce 1989?

Vnímám změnu vztahu veřejnosti, hlavně v Praze se hodně zlepšuje. Je to hlavně asi výsledek osvětové činnosti Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých, například projekt kaváren po tmě na lidi hodně působí. Pomáhají i další akce, třeba Bílá pastelka.

Za dvacet let vidím posun dobrým směrem, osobně jsem v tak pozitivní vývoj ani nedoufal. O handicapovaných se mluví obecně víc a je vhodnější nastavení společnosti.

2. Jaký byl stav na trhu práce pro osoby se zrakovým postižením před rokem 1989?

Vzhledem ke stavu techniky byla potřeba velmi mnoha telefonistů. Působili v každé firmě a bylo jich potřeba velké množství. Někteří v tom oboru byli opravdu skvělí. Jenomže potom přišly automatické ústředny, a lidí už není potřeba, plno jich ztratilo práci.

Celkově byl k postiženým macešský postoj. Pohled se snížil na to, aby člověk nebyl příživníkem, takže musel mít svůj příjem, což byl invalidní důchod.

3. Jak vnímáte současný stav na trhu práce a jeho otevřenost k osobám se zrakovým postižením?

Přetrvávají předsudky a jsou ještě horší než byly dříve. Náročnost zaměstnavatelů se zvyšuje i u lidí bez postižení a mají nereálné požadavky i na tyto lidi. Často používanou námitkou je, že pokud práci nezvládne člověk bez postižení, tak jak by ji mohl zvládnout člověk s postižením, třeba nevidomý. Pak je také obrovská konkurence na trhu práce.

V některých oborech je absence zraku handicapem znemožňujícím vykonávání určité práce, určitě nelze říci, že nevidomý zvládne všechno jako kdokoliv jiný, kromě řízení auta. Práce na počítači jde nevidomému vždycky pomaleji, a to i když používá veškeré kompenzační pomůcky. Zatím nikdo nevymyslel třeba myš pro nevidomé nebo některé grafické programy jsou bez kontroly zraku zcela nedostupné. Pokrok ve výpočetní technice tak sice na jednu stranu velice pomáhá a vyvíjí účinné kompenzační pomůcky. Na druhou stranu se vyvíjí směrem zaměřeným hodně na vizualizaci, takže to nevidomé znevýhodňuje, například dotykové displeje apod. Pomůcky tak sice existují, například mobily s hlasovým výstupem, ale jedná se o velmi drahé pomůcky. V době, kdy se šetří všude, jsou nedostupné.

4. Jak hodnotíte výuku a rehabilitaci poskytovanou osobám se zrakovým postižením v současnosti?

Díky Sjednocené organizaci nevidomých a slabozrakých je u nás rehabilitace nevidomých na světové úrovni. Asi by bylo vhodné ještě doplnit a

zkvalitnit rekvalifikaci. To je ale spíš závislé na celospolečenské situaci a postojích a na úrovni sociálního zákonodárství. Často je problém kombinace rehabilitace a rekvalifikace, jak to vychází z postižení samotného, už tím, že nevidomý dorazí do práce, je vyčerpán.

5. Jak hodnotíte pomoc poskytovanou osobám se zrakovým postižením náhodně na ulicích?

Celkově je více lidí ochotných pomoci a jejich pomoc je taktnější. Přibývá lidí, kteří se nejprve zeptají, zda mohou nějak pomoci a potom teprve pomoc nabídnou. To je základní zásada a je dobré, že stále častěji akceptovaná. Samozřejmě, existuje nadále i pomoc netaktní, když se někdo snaží nevidomého někam tlačit nebo před sebou sunout.

Někdy je pomoc nabízená veřejností neadekvátní typu postižený, nevidomým pomáhají podobně, jakoby šlo o tělesně postižené.

S náhodnými pomocníky je někdy potíží v tom, že neumějí být opravdu zcela k dispozici a mají tendenci rozhodovat za nevidomého. Často se to stává v hypermarketech. Obsluha nebo náhodný kolemjdoucí ochotně nabídne pomoc, ale potom zasahuje až moc do nakupování a v dobré víře radí, jakoby nakupoval sám.

6. Jak hodnotíte církevní snahy o pomoc osobám se zrakovým postižením? Znáte-li nějaké konkrétní aktivity tohoto typu, můžete se vyjádřit konkrétně.

V této oblasti nejsem obeznámen se stavem a nemám dostatek informací. V našich poměrech ale církevní aktivity nejsou rozhodující, protože hlavní a většinové jsou světské přístupy, nejvíce aktivity Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých.

Rozhovor s respondentem č. 6

(žena se získanou, lehkou, kompenzovanou zrakovou vadou, zaměstnaná v oblasti služeb pro osoby se zrakovým postižením)

1. Pozorujete změny postojů veřejnosti k osobám se zrakovým postižením po roce 1989?

Určitě ano, vycházím ze zkušenosti a sdělení klientů. V Praze a velkých městech jsou lidé daleko vstřícnější než tomu bylo dříve. Všimají si toho hlavně lidé z vesnic. Tam běžně není tolik lidí s postižením, a tak chybí zkušenost s pomocí, takže ve výsledku k žádné pomoci ani nedojde. V Praze je logicky kumulace osob se zrakovým postižením daleko větší, neboť jsou zde i speciální instituce, školy, pracovní příležitosti apod. Někdy až dokonce ochota kolemjdoucích nabídnout pomoc hraničí s bojem o život. Pokud se například osoba se zrakovým postižením není zvyklá pohybovat na eskalátorech a při nastupování se jí náhodný kolemjdoucí snaží pomoci, přičemž se jí nejdříve dotkne, dojde k úleku, zakopne a oba mohou skončit na zemi.

2. Jaký byl stav na trhu práce pro osoby se zrakovým postižením před rokem 1989?

To se odvíjelo od vzdělávacího systému. Kdo chtěl pracovat, tak pracoval. Např. Meta provozovala různé činnosti, mimo jiné v oblasti výpočetní techniky. Na základě změněné pracovní schopnosti měli žáci odcházet ze základních speciálních škol zase na speciální střední školy nebo na učňovské obory. Ale protože v polovině osmdesátých let dvacátého století byly z důvodu dospívání generace tzv. Husákových dětí školy přeplněné, vznikala tak skrytá a neplánovaná integrace do běžných škol. Dokonce ani na speciální základní školy se nedostaly všechny děti, bylo povoleno maximálně 10 žáků na třídu. Tak se všude umísťovalo aspoň 11, aby se navýšila kapacita, ale to samozřejmě také nestačilo. Takže na speciální školu se děti dostávaly až na druhém stupni a jejich úroveň vzdělání odpovídala přístupu pedagogů z nižších ročníků. Někdo byl ochoten svoji výuku přizpůsobit žákovi s postižením a naučil se třeba Braillovo písmo. Někdy bylo takto integrované dítě značně zanedbané, propadávalo, neboť se jen pasivně účastnilo výuky. Vznikal potom tlak ze strany rodiny, aby mohlo opakovat některý ročník.

Z výše uvedených důvodů se začalo vyvíjet to, co dnes nazýváme ranou péčí. To znamená soustavná práce s dětmi od narození nevidomými, aby se připravovaly na školní docházku, a také práce s rodinou. Provozovali to školní psychologové, ale jen z dobré vůle a čistě dobrovolně. Plnili tak funkci dnešních speciálně pedagogických center. První takové centrum vzniklo při základní škole pro slabozraké v Koperníkově ulici v Praze, kde se na tom začalo systematicky pracovat. I tam byl přetlak uchazečů o studium. Při výběru studentů se postupovalo striktně podle pořadí uchazečů. Šlo o snahu vytvořit v rámci komunity osob se zrakovým postižením inteligenci.

3. Jak vnímáte současný stav na trhu práce a jeho otevřenost k osobám se zrakovým postižením?

Ve vztahu společnosti k osobám s postižením lze sledovat po roce 1989 různé vlny. V první polovině devadesátých let dvacátého století byla typická obrovská vstřícnost vůči všem osobám s postižením nebo osobám nějak odlišným. Ve druhé polovině devadesátých let už se pomalu začaly rozpadat i různé podpůrné organizace a klesala obecně zaměstnanost, takže se to promítlo i do zaměstnanosti osob s handicapem. U osob se zrakovým postižením k tomu přispěl rozvoj digitalizace a mobilních sítí. Zmizela potřebnost tradičního zaměstnání telefonista. Na vývoj reaguje vývoj oborů ve středisku Dědina, od roku 2010 je nově obor kartonář.

Celkem lze rozlišit tři možnosti zaměstnávání osob se zrakovým postižením. Podnikání na živnostenský list souvisí hodně se sociálním prostředím konkrétního člověka, zda najde někoho, kdo mu pomůže s administrativou, obstaráním prostor, případně jak je člověk sám podnikavý a zvládá rizika. Hodně se tak uplatňují lidé z menších obcí, kde si založí svojí provozovnu a vytvoří vlastní klientelu.

V zaměstnaneckém poměru na volném trhu práce je to asi nejsložitější. Dobré možnosti byly do roku 2000, pak se to zhoršilo a vůbec nejtěžší situace nastala s ekonomickou krizí v roce 2009, což trvá dodnes.

Chráněné dílny a provozy také poskytují určitou možnost zaměstnání, a to i mezi osobami s jiným typem postižení. Využívá se různých schopností, to, co je schopen vykonávat člověk bez zraku zas třeba nemůže dělat vozíčkář a obráceně. Středisko Dědina shromažďuje kontakty a pak se snaží se zapojením svých klientů pomáhat. Často se jedná o zkrácené úvazky a zaměstnání osob s kombinovanou vadou, například zrakové postižení a diabetes, nebo zrakové postižení a epilepsie, nebo oběti úrazů, kdy je zrakové postižení společně s omezením hybnosti končetin. Tam je situace samozřejmě nejhorší a současně kombinovaných vad přibývá. Pak je vhodné zajistit zaměstnání v chráněných dílnách. Krom toho chráněné dílny většinou nezůstávají jen u pracovní činnosti, ale nabízejí i možnosti pro smysluplné trávení volného času, což je skvělé.

Zaměstnávání je vhodné zajistit nejen z důvodu zajištění kontaktu s lidmi a umožnění seberealizace, ale i z úplně bazálních důvodů. Pokud člověk zcela nevidomý zůstane doma a omezí svoje aktivity na poslech rádia a občasné telefonování s lidmi, za chvíli dojde k úplnému rozložení biorytmu, protože nefunguje ani vizuální odlišení noci a dne. Zaměstnání je vlastně programem celoživotní rehabilitace, protože člověk musí v určitou hodinu vstávat, někam se přetransportovat, vykonávat činnost, dojet zas domů, a neustále tak posiluje všechny kompenzační mechanismy a rozvíjí i sociální dovednosti. Platí to, i kdyby efektivita práce byla minimální.

To všechno potvrdila zkušenost. Existují osoby se zrakovým postižením, které rezignovaly. Výzkum na míru zaměstnanosti osob se zrakovým postižením není možné realizovat. Česká správa sociálního zabezpečení má sice přehled o vyplácených invalidních důchodech, ale nerozlišuje podle příčiny přiznání důchodu. Přehled mají spíš sociální odbory při úřadech, ale data jsou pak závislá na ochotě úřadů spolupracovat. S Tyfloservisem zas nejsou v kontaktu všechny osoby se zrakovým postižením. Není tak možné ani získat reprezentativní vzorek a výsledky výzkumu by o ničem nevypovídaly. Proto jsme pořádali setkání pro naše bývalé klienty. To zas nemělo žádaný efekt proto, že všichni si chtěli popovídat, měli radost ze setkání, odešli spolu

do hospody, vrátili se opilí, přespali, odjeli domů, a na výzkum tak nezbyl čas. Tak jsme letos vytvořili dotazník, a ten rozesíláme, jenže zas je malá návratnost.

4. *Jak hodnotíte výuku a rehabilitaci poskytovanou osobám se zrakovým postižením v současnosti?*

Souvisí to se vzděláváním, snažíme se reagovat na vývoj trhu práce a každému klientovi pomoci najít jeho místo. Je tu velká souvislost s tolerancí zaměstnavatelů a konkrétními schopnostmi člověka.

5. *Jak hodnotíte pomoc poskytovanou osobám se zrakovým postižením náhodně na ulicích?*

Lidé s těžkým zrakovým postižením nejsou ideálními osobnostmi, mají své povahové vlastnosti, jsou zvyklí se nějak chovat. Stejně jako všichni ostatní lidé. To ale jako by si někdy běžná populace neuvědomovala. Někteří nevidomí reagují na nabídky pomoci nevlídně nebo až neurvale, a to potom zas náhodné kolemjdoucí od nabízení pomoci příště odradí. Takže si někdy můžou sami za to, že jim nikdo nenabídne pomoc.

Většinou si ale naši klienti nestěžují na to, že by jim na ulici nikdo nepomohl. Někdy je té pomoci spíš až moc, jak už jsem říkala, takže nakonec je ta pomoc kontraproduktivní. Samozřejmě, ne všichni poskytují pomoc nevidomému optimálním způsobem, proto klienty učíme, aby byli schopni slušnou formou nabízenou pomoc odmítnout.

6. *Jak hodnotíte církevní snahy o pomoc osobám se zrakovým postižením? Znáte-li nějaké konkrétní aktivity tohoto typu, můžete se vyjádřit konkrétně.*

Každé zařízení se věnuje nějaké specializaci a je to tak dobře. Diakonie provozuje knihovnu, moravskoslezská Charita má chráněné dílny a zřizuje dům ve Vlastovičkách. To je velký přínos, už proto, že se jedná o jediné zařízení svého druhu v České republice. Fungují hodně jako start pro mladé osamostatňující se lidi. Dokonce existuje dohoda s Městským úřadem Opava, který pomáhá při zajišťování bytů pro klienty. Bylo by skvělé, kdyby to fungovalo i v jiných lokalitách. Domov ve Vlastovičkách vznikl v roce 1997 jako projekt navazující na rehabilitační a rekvalifikační středisko na Dědině.

	Změny po r. 1989	Zaměstnanost do r. 1989	Současná zaměstnanost	Dnešní tyflohabilitace	Náhodná pomoc	Církevní instituce
Respondent 1	Nezměněno nebo změněno mírně	Pracovní povinnost	Pasivita ZP	Nepřipravenost ZP	Přímos osvěty	Manipulace
	Tradiční pozitivní přístup v ČR	Nedůstojné práce	Vysoká nezaměstnanost	Dobrá úroveň výuky	Manipulace	Pasivita ZP
	Pasivita ZP	Nevyužitá kvalifikace	Nezaměstnatelnost		Kulturní rozdíly	Svépomocné organizace
	Manipulace ze strany majORITY	Nízká nezaměstnanost				
Respondent 2	Pozitivní změny	Pracovní povinnost	Efektivita práce	Přímos osvěty	Dostatek pomoci	Potřeba aktivity ZP
	Kritika 108/2006	Zajištění ID	Formální zaměstnanost	Dostačující kvalita	Podceňování majORITY	Svépomocné organizace
	Závist majORITY	Typické profese	Nedůstojná práce	Efektivita práce	Alokace financí	Kritika 108/2006
	Nebklahý vliv techniky		Nevyužitá kvalifikace	Nedostatek kapacit		Manipulace
Respondent 3				Kritika 108/2006		Ambivalence
	Pozitivní změny	Nedůstojné práce	Vysoká nezaměstnanost	Pasivita ZP		
	Odeznění eufonie	Nesystematičnost	Formální zaměstnanost	Dostačující kvalita	Dostatek pomoci	Absence odbornosti
	Odráz morálky ve společnosti	Nízká nezaměstnanost	Alokace financí	Absence informovanosti	Pozitivní přístup	Manipulace
Respondent 4	Pozitivní změny	Zátěž kombinované vady	Nezaměstnatelnost	Alokace financí	Nevhodné chování ZP	Politická provázanost
	Přímos osvěty	Typické profese	Přetrvávající předsudky	Dostačující kvalita	Ojedinelé excesy	Ambivalence
	Vysoká akceptace majORITY	Nízká nezaměstnanost	Konkurence	Potřeba rekvalifikace	Dostatek pomoci	Nízký podíl
	Manipulace	Zajištění ID	Bagatelizace vady	Přímos osvěty	Ojedinelé excesy	
Respondent 5		Urnělá zaměstnanost	Efektivita práce		Manipulace	
	Pozitivní změny	Pracovní povinnost	Nebklahý vliv techniky			
	Diskrétní pomůcky	Urnělá zaměstnanost	Manipulace	Dostačující kvalita	Dostatek pomoci	Ambivalence
	Kladný vliv techniky	Náboženská nesvoboda	Zneužití handicapu	Potřeba aktivity ZP	Ambivalence	Manipulace
Respondent 6	Kulturní vlivy	Typické profese	Potřeba aktivity ZP	Přímos osvěty	Manipulace	
	Vysoká akceptace majORITY				Excesy, kriminalita	
	Manipulace					
	Pozitivní změny	Pracovní povinnost	Nebklahý vliv techniky	Tolerance zaměstnavatele	Nevhodné chování ZP	Kladný vliv
	Nadruha pomoci	Typické profese	Potřeba aktivity ZP	Schopnosti ZP	Manipulace	
	Manipulace	Skrytá integrace	Zátěž komb. vady	Alokace financí		
		Zanedbávání výuky	Riziko pasivity ZP	Formální zaměstnanost		
		Pasivita osob se ZP				
	Nesystematičnost					
	Intelektuální základna					

Rozhovor s P. Richardem Tůmou, SJ, pověřeným pastorační osob se zrakovým postižením

Rozhovor byl uskutečněn dne 3. října 2003 v Praze. Autor souhlasí s uveřejněním přepisu rozhovoru pro účel uveřejnění v akademické práci.

Dozvěděla jsem se, že jste v Čechách toho času jediným knězem, který byl výslovně pověřen pastorační osob se zrakovým postižením. Jak k tomuto pověření došlo?

Ano, mám k této službě pověření od biskupa. Moje pověření se vztahuje na pražskou arcidiecézi, a nevím o nikom jiném kdekoliv jinde v českých diecézích, kdo by byl rovněž pověřen stejným úkolem.

Pověření vyplynulo z toho, že jsem se práci se zrakově postiženými začal sám věnovat a vyhledávalo mě stále více lidí, takže jsem měl možnost získat i více zkušeností. Pověřit někoho, kdo by neměl žádné zkušenosti, to by přece jen bylo složité.

Jaké zvláštnosti jsou, podle Vás, v oblasti pastorační osob se zrakovým postižením?

Nemyslím si, že by nevidomí byla nějaká zvláštní skupina, která by potřebovala pastorační jiného typu než jakou potřebují lidé vidící. Zrakové postižení není zátěž pro duchovní život. Je jenom potřeba někdy přizpůsobit metody pastorační konkrétním potřebám člověka. A to vlastně platí i z pastorační obecně, že vždycky musí být přizpůsobená a individuální. Takže rozdílnost spočívá v metodách, ne podstatě: je například problém s imaginacemi, obecně se musí při práci s nevidomými víc používat slovního opisu skutečnosti, kterou prostě nemohou vnímat zrakem (např. obraz), a tak je třeba víc mluvit, nechat si ohmatat např. liturgické prostory, stejně jako je třeba vysvětlit gesta a jejich význam v liturgii. To by se ale mělo týkat i vidících, takže opět žádný rozdíl.

Stejně tak není potřeba, a bylo by i chybou, vytvářet speciální kostely pro nevidomé nebo zavádět pro ně speciální mše. To bychom vytvářeli ghetto, a má jít spíš o resocializaci, aby mohli žít mezi vidícími a cítili se dobře. Stejně tak je to i s dlouhodobým individuálním duchovním vedením. Je třeba postiženého směřovat k tomu, aby si vybral nějaké společenství, kde je mu dobře, kde se cítí přijímán a nefixoval se na osobu duchovního vůdce. Někdy si handicapovaní vytvářejí vlastní skupiny, pak je dobré to tak nechat a neinstitucionalizovat. Vznikají pak spíš jakési diskuzní skupiny. Například mě vyhledávají nejen katolíci, ale i protestanté, buddhisti.

Je to tedy víc o přístupu než o nějaké speciální teologii. Křesťanská teologie je otevřená a duchovní život je u všech lidí stejný. Jde jen o to hledat takové formy, které by vyhovovaly situaci konkrétního člověka a byly mu přizpůsobené. Takže vlastně se dá říct, že pastorační nevidomých je také věcí sebeobsluhy nebo prostorové orientace apod.

Pokud není duchovní život handicapem ovlivněn, je pak nutné pověřovat konkrétní osobu pastorační nevidomých?

Někdy se handicap stane součástí duchovního života. Je to tak a stane se to realitou, která k člověku patří. Mnozí nevidomí pak odmítají např. operace, které by slibovaly navrácení zraku, protože přijmou prostě tuto svoji realitu. Pokud dojde k oslepnutí, je to změna života, jeho kvality, a v tomto smyslu je to existenční krize. Pokud u toho dotčeného člověka je rozvinutý duchovní život, je skutečnost oslepnutí jeho součástí a konkrétním pokračováním duchovního života. Vede to k přemýšlení nad tím, proč k tomu došlo, co tím chce Bůh člověku sdělit – pokud všemi událostmi promlouvá Bůh, pak chce něco sdělit i nyní.

K něčemu člověka přivést i skrze tuto událost, protože jinak by třeba nebyl schopen pochopit. Krize je záležitostí kontinuální, takže pokračuje pořád a nelze se s ní vyrovnat jednou provždy.

Má věřící člověk, který přijde o zrak, nějak ulehčenou situaci oproti nevěřícímu, kterého potká totéž?

Víra může pomoci v překonávání krizí. Ale tady je třeba si uvědomit, že je to vždy jenom berlička. Pokud člověk právě prochází krizí, není možné hovořit o duchovním životě a pastorači. Nejprve je třeba krizi zaintegrovat do duchovního života, naučit se žít ve změněných podmínkách. Nelze nevěnovat se krizi a spokojit se s konstatováním, že je to přechodný stav, který časem nějak odezní sám. Neodezní. Záleží také na konkrétní situaci jednotlivce – každý má jinou historii, jinou zkušenost, jiné vzdělání, a dovedeno do důsledku, každý má i nějaký ten svůj handicap. Je to vždy otázka krize a toho, čemu se říká druhé obrácení.

Nejde primárně o to přivést postiženého k víře. Musel by nejdřív chápat historický kontext, nejen učení. Musí např. pochopit, z čeho křesťanství vzniklo a porozumět mu v jeho celistvosti, takže ta historie k tomu nutně patří. Pokud si vyberu jen část učení, vznikne sekta.

Obecně lze říct, že je rozdíl ve vyrovnávání se s handicapem mezi výchovním a západním pojetím. Ve východních náboženstvích je vyrovnání usnadněno, neboť tam je myšlenka reinkarnace a postižení je chápáno jako součást karmy. Tím se prostě musí projít. Jsou tam lepší prostředky, jak překonat krizi. Křesťanství je víc orientováno na stav tady a teď. Jakmile dojde k oslepnutí, je člověk víc nucen soustředit se na informace, získat z nich maximum, takže teoreticky se i víc věnuje duchovnímu životu, protože jiné aktivity jsou omezeny. Součástí duchovního života se stává i sebeobsluha, prostorová orientace apod. Úplně běžné situace jsou najednou problémem a je potřeba se s tím vyrovnat.

Co je tedy hlavním úkolem pastorače osob se zrakovým postižením?

Rozhodně osleplý člověk nepřijde proto, že je buddhista a chce se stát křesťanem. Spíš je problém, že z nevidomých je jakýsi strach, jak s nimi zacházet, a tak se jim všichni začnou vyhýbat a nikdo se jim nevěnuje. Oni čekají, že jim někdo konkrétně poradí, jak se zachovat, že jim poradí praktické věci. Nejdřív je potřeba zjistit, co vlastně ten dotčený člověk hledá. Jistěže postižení zraku člověka ovlivní – jeho psychiku, sociální vztahy a situaci. Bude pak rozdíl v tom, na jakém stupni je právě duchovní život. Nikdy ale není dokonale vyrovnán se ztrátou zraku, je potřeba počítat s tím, že čas od času se projeví handicap citelněji, připomene se.

Existuje nějaká naše nebo zahraniční literatura, která by se věnovala speciálně otázkám pastorače osob se zrakovým handicapem?

Nevím o ní. Jde asi o to, že lidí, kteří se jí věnují, je málo, a tak jsou zaměstnání činností v terénu a nemají možnost věnovat se psaní textů. Každý pastorači také pojme jinak, podle sebe. Například já jsem jezuita, a tak jsem pro nevidomé začal dělat ignaciánská duchovní cvičení. Právě tady je hodně ten problém s imaginacemi. Hodně se v ignaciánských duchovních cvičeních s imaginací pracuje a jsou na nich vlastně založeny. Takže pokud není možné se jednoduše podívat na obraz, musí se víc vysvětlovat a víc mluvit. Standardní ignaciánská duchovní cvičení jsou osmidenní, ale lidé dnes na to nejsou připraveni. Svatý Ignác žil v jiné době a lidé tenkrát byli jiní. Bylo by to pro ně náročné. Každý den je čtyři až pět rozjímání, exercicie nejsou přednášky. Pro obě strany je náročné osm dní se zabývat

duchovním životem. Ten, kdo vede duchovní cvičení, se musí každému věnovat individuálně, vyžaduje to od něho, aby se koncentroval. Může se jich zúčastnit např. i buddhista, neboť i ten je individuálně veden.

Jezuitům se v minulosti vyčítalo, že se starají o fyzické potřeby lidí a málo s nimi mluví o Bohu. Například hladovým nejdřív dali polévku. Funguje tady ale Maslowova hierarchie potřeb. Prostě nemohu se snažit rozvíjet duchovní život tam, kde pro to nejsou předpoklady.

Dalším problémem byla ekonomická stránka věci. Nevidomí by se vlastně mohli zúčastnit jakýchkoliv duchovních cvičení. Oni ale nepatří k ekonomicky silné vrstvě a finanční nároky v různých exercičních domech jsou mimo jejich možnosti. Proto jsme začali volit jiné možnosti, ubytování u známých, prostě vše pro to, abychom minimalizovali náklady a přitom splnili záměr.

Mají u nás nevidomí k dispozici např. texty Písma svatého v Braillově písmu?

U nás neexistuje instituce, která by se věnovala vydávání náboženské literatury pro nevidomé. Existuje Nový zákon v bodovém písmu, evangelia a skutky apoštolů. Také jsou kazety, které by se u nás daly použít, jsou namluvené ve slovenštině. Obecně se používá nahrávek nebo přepisů do bodového písma, případně elektronického zobrazení a braillovského řádku na počítači. Čtecí zařízení často neřeší situaci, například, pokud nevidomý hledá jeden konkrétní verš a měl by k dispozici namluvenou kazetu. Nejjednodušší je asi mít text v počítači a používat Braillovského řádku.

Velkým problémem osob s těžkým zrakovým postižením jsou bariéry nejrůznějšího druhu a v důsledku toho informační deficit. Doufejme, že i tento rozhovor napomůže odbourávání bariér mezi lidmi a větší informovanosti veřejnosti. Děkuji Vám za to, že jste mi věnoval svůj čas a poskytl předběžné svolení k uskutečnění rozhovoru a publikaci jeho přepisu!

DOTAZNÍK

Dobrý den,

zde předkládaný dotazník vznikl na základě projektu disertační práce zaměřené na osoby se zrakovým handicapem a jejich život ve společnosti. Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než pět minut, je anonymní, otázky uvedené na začátku dotazníku jsou orientační.

Děkuji předem za Vaše odpovědi!

B¹ Muž Žena

C Věk:

- 15 – 20 41 – 50
 21 – 30 51 – 60
 31 – 40 61 a více

D Dokončené vzdělání:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Základní | <input type="checkbox"/> Vyšší odborná škola |
| <input type="checkbox"/> Vyučen/a | <input type="checkbox"/> Vysokoškolské (bakalářské) |
| <input type="checkbox"/> Střední odborné | <input type="checkbox"/> Vysokoškolské (magisterské) |
| <input type="checkbox"/> Střední odborné s maturitou | <input type="checkbox"/> Vysokoškolské (vědecká hodnost) |

Na následující otázky odpovězte, prosím, tak, že seřadíte jednotlivé typy postižení podle toho, jak na ně nahlížíte (pomocí číslic 1 – 4). Použijte, prosím, všech číslic, ačkoliv odpověď bude relativní.

1. Za nejhorší (nejvíce omezující) postižení považuji
(1 = relativně nejvíce závažné, 4 = relativně nejméně závažné)

- E** TĚLESNÉ POSTIŽENÍ
F ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ
G SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ
H MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

2. Osobně mi nejvíce při setkání s postiženým vadí (při setkání, komunikaci apod.)
(1 = relativně nejvíce, 4 = relativně nejméně)

- I** ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ
J TĚLESNÉ POSTIŽENÍ
K SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ
L MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

3. Pokud bych musel/a já nebo moje dítě žít s handicapem, a mohl/a bych ovlivnit jeho typ, nejvíce by mi vadilo

(1 = relativně nejvíce, 4 = relativně nejméně)

- M** ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ
N TĚLESNÉ POSTIŽENÍ
O SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ
P MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

(OTOČTE, text pokračuje na druhé straně tohoto listu)

¹ Červeně tištěná písmena označují příslušnou položku v tabulce korelační analýzy (příloha č. VI).

4. Mám vlastní zkušenost s handicapem (tj. mám nějakou formu handicapu)

- Q** ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ lehké střední těžké
TĚLESNÉ POSTIŽENÍ lehké střední těžké
SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ lehké střední těžké
MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ lehké střední těžké

Nemám zkušenost

5. Mám zprostředkovanou zkušenost s handicapem (v příbuzenstvu, u přátel)

- R** ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ lehké střední těžké
TĚLESNÉ POSTIŽENÍ lehké střední těžké
SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ lehké střední těžké
MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ lehké střední těžké

Nemám zprostředkovanou zkušenost

6. Pracoval/a jsem někdy v instituci či dobrovolné skupině pro pomoc osobám se zrakovým handicapem

- S** ANO NE

7. Pokud předchozí odpověď byla ANO, kolik měsíců či roků taková práce přibližně trvala?

.....

8. Moje pocity při náhodném setkání nebo zkušenosti s náhodnou pomocí nevidomým, jsou 1 = dobré; 2 = spíše dobré; 3 = nevyhraněný postoj; 4 = spíše negativní; 5 = zcela negativní

- T** 1 2 3 4 5

9. Při setkání s nevidomým pociťuji (pociťoval/a) jsem především

- U** (stačí jednoslovně)

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

10. Pokud bych byl/a v roli zaměstnavatele, zaměstnal/a bych osobu s těžkým zrakovým postižením (1 = ano; 2 = spíše ano; 3 = nevyhraněný postoj; 4 = spíše ne; 5 = ne)

- V** 1 2 3 4 5

11. Pokud bych jako zaměstnavatel přijal/a do pracovního poměru osobu s těžkým zrakovým postižením, nejvíce bych se obával/a (heslovitě)

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

12. Domnívám se, že náboženská víra může být v případě setkání člověka s handicapem pomocí (1 = určitě ano; 2 = spíše ano; 3 = nevyhraněný postoj; 4 = spíše ne; 5 = určitě ne)

- X** 1 2 3 4 5

13. Považuji se za věřící/ho (1 = rozhodně ano; 2 = spíše ano; 3 = nevyhraněný postoj; 4 = spíše ne; 5 = rozhodně ne):

- Y** 1 2 3 4 5

14. Hlásím se k institucionálnímu náboženství (jsem členem církve apod.):

- Z** ANO NE

15. Pokud byla předchozí odpověď *rozhodně ano* nebo *spíše ano*, jde o náboženství:

- AA** křesťanské
buddhismus
judaismus
jiné

16. Domnívám se, že se některá z církví či náboženských skupin u nás se věnuje ve své práci osobám se zrakovým handicapem:

(1 = určitě ano; 2 = spíše ano; 3 = nevím; 4 = spíše ne; 5 = určitě ne)

- AB** 1 2 3 4 5

17. Domnívám se, že by se církve či náboženské skupiny měly věnovat práci ve prospěch osob se zrakovým handicapem

(1 = určitě ano; 2 = spíše ano; 3 = nevím; 4 = spíše ne; 5 = určitě ne)

- AC** 1 2 3 4 5

18. Pomoc, kterou běžně lidé poskytují nevidomým, např. náhodně na ulici, úřadech, dopravních prostředcích apod., považuji za efektivní a dostatečnou

(1 = jednoznačně ano; 2 = spíše ano; 3 = nevyhraněný postoj; 4 = spíše ne; 5 = určitě ne)

- AD** 1 2 3 4 5

Velmi Vám děkuji za čas strávený vyplněním dotazníku!

Tabulka korelační analýzy dat kvantitativního výzkumu

C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	S	T	X	Y	AB	AC	AD
C	0,38	-0,01	-0,05	-0,07	0,09	-0,01	0,01	0,01	0,09	0,02	0,03	-0,05	0,06	0,11	0,19	-0,02	-0,07	-0,16	-0,08	-0,16	-0,04
D	0,38	0,09	-0,07	0,01	-0,01	-0,04	0,04	0,03	-0,01	-0,04	0,06	0,01	-0,01	-0,09	0,04	0,01	-0,13	-0,18	-0,08	-0,12	0,05
E	-0,01	0,09	-0,27	-0,36	-0,31	-0,06	0,20	-0,13	-0,05	-0,11	0,43	-0,22	-0,10	-0,02	0,05	0,02	-0,04	-0,05	-0,01	-0,04	0,03
F	-0,05	-0,07	-0,27	-0,03	-0,49	0,18	-0,06	-0,02	-0,09	0,42	-0,14	-0,10	-0,17	0,07	0,08	-0,06	0,02	-0,05	-0,03	-0,01	0,02
G	-0,07	0,01	-0,36	-0,03	-0,42	-0,02	-0,14	0,26	-0,16	-0,02	-0,23	0,54	-0,22	-0,11	-0,16	0,03	-0,05	0,06	-0,03	-0,01	0,00
H	0,09	-0,01	-0,31	-0,49	-0,42	-0,10	-0,03	-0,09	0,22	-0,20	-0,07	-0,14	0,42	0,03	0,00	-0,01	0,05	0,04	0,06	0,05	-0,04
I	-0,01	-0,04	-0,06	0,18	-0,02	-0,10	-0,22	-0,20	-0,32	0,31	-0,10	-0,06	-0,15	0,04	0,08	-0,09	0,06	0,00	0,03	-0,06	0,04
J	0,01	0,04	0,20	-0,06	-0,03	-0,22	-0,45	-0,45	-0,21	-0,12	0,34	-0,10	-0,10	0,04	0,03	-0,07	-0,03	0,02	0,03	-0,06	0,04
K	0,01	0,03	-0,13	-0,02	-0,09	-0,20	-0,45	-0,28	-0,28	-0,09	-0,16	0,32	-0,08	-0,16	-0,11	0,06	-0,05	0,03	-0,03	-0,05	-0,03
L	0,09	-0,01	-0,05	-0,09	0,22	-0,32	-0,21	-0,28	-0,06	-0,09	-0,18	0,35	-0,08	0,05	0,01	0,08	0,01	-0,08	-0,04	0,04	0,02
M	0,02	-0,04	-0,11	0,42	-0,20	0,31	-0,12	-0,09	-0,06	-0,32	-0,32	-0,13	-0,40	0,10	0,08	-0,04	0,02	-0,05	-0,09	-0,03	0,04
N	0,03	0,06	0,43	-0,14	-0,07	-0,10	0,34	-0,16	-0,09	-0,32	-0,36	-0,36	-0,17	0,09	0,06	-0,04	-0,02	0,00	0,02	0,00	0,02
O	-0,05	0,01	-0,22	-0,10	0,54	-0,06	-0,10	0,32	-0,18	-0,13	-0,36	-0,36	-0,36	-0,19	-0,12	0,01	-0,05	0,07	-0,02	-0,03	0,01
P	0,06	-0,01	-0,10	-0,17	-0,22	0,42	-0,15	-0,10	0,35	-0,40	-0,17	-0,36	-0,36	-0,02	-0,02	0,06	0,03	-0,05	0,08	0,08	-0,04
Q	0,11	-0,09	-0,02	0,07	-0,11	0,03	0,04	0,04	0,05	0,10	0,09	-0,19	-0,02	-0,02	0,11	-0,07	0,04	-0,06	0,00	-0,06	-0,10
S	0,19	0,04	0,05	0,08	0,00	0,08	0,03	-0,11	0,01	0,08	0,06	-0,12	-0,02	0,11	-0,01	0,06	0,06	-0,05	-0,02	0,05	0,02
T	-0,02	0,01	0,02	-0,06	0,03	-0,01	-0,09	-0,07	0,06	0,08	-0,04	0,01	0,06	-0,07	-0,01	-0,01	0,07	0,01	0,02	0,10	0,03
V	-0,07	0,02	0,04	-0,09	0,10	-0,02	-0,04	0,01	0,06	-0,07	0,02	0,06	0,03	-0,09	-0,15	0,14	-0,03	0,00	0,10	0,13	-0,03
X	-0,07	-0,13	-0,04	0,02	-0,05	0,06	-0,03	-0,05	0,01	0,02	-0,02	-0,05	0,03	0,04	0,06	0,07	0,49	0,23	0,31	0,31	0,10
Y	-0,16	-0,18	-0,05	-0,05	0,06	0,04	0,00	0,02	0,03	-0,08	-0,05	0,07	-0,05	-0,06	-0,05	0,01	0,49	0,21	0,27	0,27	0,04
AB	-0,08	-0,08	-0,01	-0,03	0,06	0,02	0,03	-0,03	-0,04	-0,09	0,02	-0,02	0,08	0,00	-0,02	0,02	0,23	0,21	0,39	0,39	0,03
AC	-0,16	-0,12	-0,04	-0,01	0,05	0,09	-0,06	-0,05	0,04	-0,03	0,00	-0,03	0,08	-0,06	0,05	0,10	0,31	0,27	0,39	0,39	0,12
AD	-0,04	0,05	0,03	0,02	0,00	-0,04	-0,05	0,04	-0,03	0,02	0,02	0,01	-0,04	-0,10	0,02	0,03	0,10	0,04	0,03	0,12	0,12

Korelační analýzu dat zpracoval Mgr. A. Grubr

Vysoká korelace 0,7 – 1,0
 Střední korelace 0,3 – 0,7
 Nízká korelace 0,1 – 0,3
 Bez korelačního vztahu
 (HENDL, 2004)

Vysoká korelace 0,5 – 1,0
 Střední korelace 0,3 – 0,49
 Nízká korelace 0,10 – 0,29
 (COHEN, 1983)

ANKETA

V roce 2010 uplynulo 10 let od založení obecně prospěšné společnosti Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina.

Středisko již fungovalo od roku 1995 jako odborné pracoviště nejprve České unie nevidomých a slabozrakých, následně jako pobytové zařízení Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých. Každoročně jsme pořádali setkání bývalých klientů, kteří se u nás sešli, popovídali si a my jsme získali zpětnou vazbu a povědomí jaké případné problémy mají a pomáhali je řešit. V posledních letech se setkání účastnila stále stejná skupina bývalých klientů a proto jsme se rozhodli obrátit na všechny bývalé klienty z let 2001 – 2010 a požádat je o vyplnění jednoduchého dotazu. Výsledky šetření Vám nyní předkládáme :

V průběhu 10 let se našich pobytových programů (sociální rehabilitace, pracovní rehabilitace – sociálně terapeutické dílny a rekvalifikace) zúčastnilo 302 osob. Někteří absolvovali pouze jeden program, jiní prošli všemi. Délka jejich pobytu u nás byla rovněž různá, ale v časovém rozsahu 3 týdny až 2 roky. Od roku 2007 (tj od platnosti nového zákona o sociálních službách) provozujeme v rámci sociálně terapeutických dílen i stacionář pro klienty s kombinovaným postižením – zrakovým a mentálním. Ve středisku jsou na tzv. obecně prospěšných místech zaměstnáni i bývalí rekvalifikanti z dílen, celkem 9 osob. Z celkového počtu klientů nám vyplnilo dotazník 66 osob. Jsou to převážně ti, kteří u nás prošli i rekvalifikačními kurzy, jsou to lidé u kterých ke ztrátě zrakových funkcí došlo v průběhu života, u nás se se ztrátou zraku naučili žít, zacházet se složitými kompenzačními pomůckami a následně se rekvalifikovali. Co nás zajímalo jsme shrnuli do 11 otázek.

1. Jak jste spokojeni s kvalitou svého života ?

- Velmi spokojeno je 27 osob.
- Spíše spokojeno 33 osob.
- Spíše nespokojeno je 5 osob.
- Velmi nespokojen je 1 člověk.

2. Jak jste byli spokojeni s úrovní služeb poskytovaných střediskem Dědina ?

- Velmi spokojeno bylo 29 osob.
- Spokojeno 37 osob.
- Nespokojeno 0.

3. V čem splnila naše služba Vaše očekávání ?

- Odpovědi byly různorodé.
- 12 osob preferovalo zacházení s PC.
 - 1 osoba nácvik Braillovského písma.
 - 1 osoba nácvik prostorové orientace.
 - 16 osob bylo spokojeno se všemi aktivitami.
 - 2 osoby upřednostnili přátelský přístup.
 - 4 osoby množství získaných informací a dovedností.
 - 6 osob se vyjádřilo, že pobyt jim umožnil návrat do plnohodnotného života
 - 12 osob zdůraznilo nové pracovní uplatnění.
 - 1 člověk si při pobytu uvědomil co vlastně chce a na co má kapacitu.

- 11 osobám pomohl pobyt vyrovnat se s nevidomostí.

Další otázky zodpověděli pouze někteří respondenti.

4. Co Vám v nabídce našich služeb chybělo ?

- Výběr z několika jídel, dietní stravování.
- V kurzu masér více vědomostí a ošetřovatelství, více anatomie, více hodin výuky cizích jazyků
- Více prostoru v pokojích.
- Delší výuka práce s PC.

5. Jaké služby využíváte nyní ?

- Služeb Tyfloservisů využívá 20 osob.
- Služeb Tyflocenter 17 osob.
- Služeb oblastních odboček SONS (zejména právní poradenství) využívá 21 osob.

Někteří z klientů využívají tyto služby současně.

Dále jednotlivci odpovídali:

- jiné služby (nespecifikovali) využívá 6 osob.
- Služby sdružení Okamžik 2 osoby, služby Kafiry 2 osoby.
- Dále jsou využívány služby Adaptechu, Knihovny a prodejny pomůcek, Cechu zrakově postižených masérů, Lormu, ústavu v Chrlících a Pečovatelské služby.

6. Co by Vám pomohlo zlepšit Váš život ?

Zde jsme se setkali s rozmanitými odpověďmi :

- 7 osob uvedlo zlepšení zdravotního stavu
- 4 osoby uvedly jistotu finančního zabezpečení
- 7 osob uvedlo méně předsudků od většinové společnosti a její větší pochopení
- snazší dostupnost pomůcek, zejména PC
- uplatnění při práci se zdravotně postiženými a více práce
- přátelé a optimismus
- v odbočkách SONS více mladých lidí
- lepší podmínky bydlení (více chráněného bydlení)

7. Absolvoval jste na Dědině rekvalifikační kurz ?

- 4 osoby uvedly ne
- ostatní ano – nevidomý a slabozraký masér 26 osob
 - košíkářská výroba 5 osob
 - keramická výroba 4 osoby
 - tkalcovská výroba 3 osoby
 - PC 12 osob
- ostatní dotaz nezodpověděli

8. Které informace Vám v obsahu rekvalifikačních kurzů chyběly ?

- Převážná část respondentů odpověděla, že rozsah vědomostí byl dostatečný
- 2 bývalí absolventi kurzu Nevidomý a slabozraký masér by přivítali důkladnější jazykovou přípravu k účelové komunikaci v angličtině a němčině

- 1 absolvent výše uvedeného kurzu doporučil více praktických ukázek z léčebného tělocviku
- 1 absolvent kurzu Keramická výroba měl výhrady k délce tohoto kurzu (2 měsíce) – zdála se příliš krátká

9. Našel jste po ukončení kurzu pracovní uplatnění ?

- ano odpovědělo 34 dotázaných
- ne 3 osoby
- dočasně 5 klientů
- 1 bývalý klient vnímal rekvalifikaci jako pomoc před dalším studiem na VŠ

10. Pracujete ?

- samostatně na živnostenský list podniká 14 bývalých klientů
- v zaměstnaneckém poměru pracuje 26 bývalých rekvalifikantů
- 3 osoby integrovaně studují
- 5 osob pracuje v chráněném prostředí
- část bývalých klientů dotaz nezodpovědělo

11. Měl byste opakovaně zájem o využití našich služeb ?

- 19 osob odpovědělo kladně. Opakovaný zájem je o doškolování u masérů, zopakování nácviku práce s PC, zopakování rehabilitačního pobytu a znovu 1x ročně organizovat setkání bývalých klientů se seznámení s novinkami v sociální oblasti a pomůckami.

Náš průzkum z hlediska reprezentativnosti (odpovědělo cca ¼ bývalých klientů) alespoň částečně vypovídá o důležitosti námi poskytovaných služeb a o dalším směřování vzdělávacích aktivit střediska Dědina.